

## 第五章 2003 年 SARS 危機的危機管理活動探討

### 第一節 危機發生前的防疫活動

#### 壹、SARS 的病源與爆發後的影響

21 世紀是全球化的世紀，重大且非預期性的危機相繼爆發，引發世人對危機管理的警覺與重視，以為因應不確定年代的挑戰，美國 911 恐怖攻擊事件即是顯例。而源於中國廣東的「嚴重急性呼吸道」疫疾，於 2003 年上半年對華人社會更產生了重大的影響與衝擊。因此，我國如何在全球化趨勢下，運用其優勢壯大國力，避免其附帶危機，以危機管理的概念，建構一套符合全球化趨勢的危機管理活動模式，實為國家必須重視的問題。

#### 一、SARS 病毒的來源與擴散

##### (一)SARS 在世界各地的擴散

2002 年 11 月中國大陸廣東省爆發了一種前有未有的疫疾，其症狀是高燒、頭痛、咳嗽，類似於肺炎<sup>1</sup>。後來經世界衛生組織(World Health Organization, WHO)斷定為“Severe Acute Respiratory Syndrome”(SARS)。中文譯為「非典型肺炎」，簡稱「非典」。致命的原因是「冠狀病毒」感染，由於其傳染性很高，一位染病的醫師將他帶到香港，和他同住一家旅館的若干人也受感染，又把它傳到越南、新加坡、加拿大和台灣。在幾天之內，就有上千人受到感染。

WHO 對中國發出旅遊警告，亞洲若干大型會議和活動都被取消，旅遊業隨之一落千丈，損失慘重；其他各國，紛紛起而防範，一時之間，整個世界人心惶惶。由於非典病毒第一次出現，各國醫療機構不知如何檢驗，防範的方法也不完善，更無治療藥方。根據 WHO 報告，迄 2003 年 8 月 7 日止，全世界一共發生 8,422 個病例，916 人死亡。非典病毒的出現、蔓延和分布似乎很突然，但其蔓延方式和其他傳染病並無重大區別，只是因全球化的高速交通和通訊而加大，遂顯得格外來勢洶洶。

SARS 的到來，也象徵全球化所促成的「風險全球化」時代的降臨。SARS

---

<sup>1</sup> SARS 是世界衛生組織(WHO)在 2003 年 3 月 15 日新公佈的名稱,在這之前稱為「非典型肺炎」SARS 的主要症狀是發高燒 (> 38 °C) 咳嗽、呼吸急促或呼吸困難。胸部 X 光檢查可發現肺部病變。SARS 尚可能伴隨其他症狀,包括:頭痛、肌肉僵硬、食慾不振、倦怠、意識紊亂、皮疹及腹瀉。SARS 的潛伏期為 2-7 天,最長 10 天,其致病的原因為接觸 SARS 病者的飛沫或體液而感染。(劉智淵, 2003:30)

對人類社會所造成的恐懼、憂慮與失序的情景雖然短暫，但卻讓人類對安全的思考，從傳統安全領域，擴展到非傳統的安全領域。未來，以人為軸的非傳統安全領域，將逐漸被納入整體國家安全的思維中。因此，在全球化的趨勢中，國家安全危機管理的政策制定，應有全球化風險管理的思維理則、作法與措施。

## (二)SARS 在臺灣地區的傳染

2002 年 11 月 16 日，SARS 病毒在中國大陸廣東佛山等城鎮被發現後，一路失控，在短時間內擴散到中國其他地區及國外<sup>2</sup>；台灣第一個案例係於 2003 年 3 月 8 日住進台大醫院，於 3 月 14 日診斷確認為 SARS 病例，迄至 2003 年 5 月 22 日全台可能病例達到 483 例。SARS 疫情不但對台灣公衛防疫機制、醫療感染控制的應變能力造成影響，也衝擊了台灣經濟和社會體系。

台灣對於 SAR 疫情的處理過程，仿如戲劇化般，先是隔岸觀火的慶幸心態，到和平醫院爆發院內感染的快速封院；隨後，像是對台灣投下一顆定時炸彈，新聞傳來照顧病人的醫護人員陸續染病和死亡的消息，台灣社會開始像無頭蒼蠅般的恐慌。由於一開始政府的情報資訊管理系統就出現問題，對於 SARS 病毒的知識與情報，可說是「無知」與「忽略」，造成民眾對醫療專業及政府控管信心的失落；加上危機情境溝通網絡的失去控管，任由媒體發布不利流言(負面消息)，而醫院也逃避和拒收疑似 SARS 個案，以求自保。最後由於民眾壓力、政府有效控管及醫院救護體系的步入軌道，才能回歸正常。

SARS 可能病例的年齡分布大多是集中在 20-59 歲，共 333 人，約佔所有可能病例的 70%；死亡病例有 42 例發生於台北縣市，高雄縣 8 例；北高兩市分別為 15 例及 8 例；死亡人數中，醫護人員有 6 名，其中醫師 2 名，護理人員 4 名。<sup>3</sup>依內政部資料應居家隔离人數達 82,109 人；截至 2003 年 5 月 21 日，根據 WHO 的統計，全球有將近 8,437 人受到 SARS 感染，約 813 人死亡。(全球病例如下表)

---

<sup>2</sup> 中國大陸首次對外公佈它在廣東有 305 人得到異型肺炎，是在 2003 年的 2 月 9 日，其中 5 人死亡。當時，世界衛生組織就表示要進入中國大陸調查，無奈被中共拒絕。同一時間，香港有一家人到福建平潭開養雞場，這家人的女兒就在平潭發病過世，父親回到香港也身亡。香港對外宣稱，此二病例為禽流感所造成。2003 年 3 月 12 日世界衛生組織發佈警訊，通報有個從香港到越南河內華裔美國商人發病，還感染給醫院 60%的工作同仁。這時，香港陸續有人發病，同樣也感染給醫院工作的同仁。事後知道，包括新加坡、加拿大的指標案例，都和河內、香港的指標案例一樣，住了九龍的某一家飯店，同一時間，同一層樓，還有來自廣東的醫師(SARS 病患)，在那裡投宿，於是 SARS 事件從中國大陸向外傳播。之後，在香港、越南就陸續出現非典型肺炎合併有呼吸道感染症狀的案例。(劉智淵，2003:26；梁亞文、周思源、洪錦墩，2003:353)

<sup>3</sup> 參見衛生署疾病管制局 SARS 資訊網及其相關網站：[http://203.65.72.83/ch/dpc/Show\\_Publication.ASP?RecNo=3018\(2003.05.22\)](http://203.65.72.83/ch/dpc/Show_Publication.ASP?RecNo=3018(2003.05.22))

表 5-1-1:全球 SARS 疫情統計

國家(地區)	累計報告病例	死亡病例	治愈出院病歷
全球累計	8,437	813	7,452
澳大利亞	5	0	5
巴西	1	0	1
加拿大	250	38	194
中國大陸	5,327	348	4,941
香港	1,755	298	1,433
澳門	1	0	1
台灣	671	84	507
哥倫比亞	1	0	1
芬蘭	1	0	1
法國	7	1	6
德國	10	0	9
印度	3	0	3
印尼	2	0	2
義大利	4	0	4
科威特	1	0	1
馬來西亞	5	2	3
蒙古	9	0	9
紐西蘭	1	0	1
菲律賓	14	2	12
愛爾蘭	1	0	1
韓國	3	0	3
羅馬尼亞	1	0	1
俄羅斯	1	0	0
新加坡	206	32	172
南非	1	1	0
西班牙	1	0	1
瑞典	3	0	3
瑞士	1	0	1
泰國	9	2	7
英國	4	0	4
美國	75	0	67
越南	63	5	58

資料來源:“Cumulative Number of Reported Probable Cases of SARS”, World Health Organization, <<http://www.who.int/csr/sars/country/2003-07-11/en/>>

## 二、SARS 病毒對台灣社會的衝擊

由於台灣民眾普遍缺乏危機意識，尤其在 SARS 危機的預防時期，未能將病毒防堵於境外，而僅著眼於個案對應的處理方式。危機發生時，政府的危機處理機制，又呈現多頭馬車，責任編組不夠明確，加上中央與地方相互批判，政治力凌駕於專業之上，協調機制難以發揮整合功能。再者，危機處理時，不將院內感染控制列為防疫重點，卻提早將防疫戰線拉到與全民生活結合，如公共場所量體溫、社區大消毒、乘坐捷運戴口罩等等，加上媒體的推波助瀾，而衍生為全國性的危機。(曹瑞泰，2005:185-186)

台灣在 2003 年 3 月開始進入 SARS 風暴圈，造成近 900 億台幣的損失，84 條人命喪生，2%GDP 之下降。首先是，台北市立和平醫院爆發院內感染，上千人被隔離，死亡案例陸續增加，短短 10 天內，5 月 3 日，可能病例突破百人；5 月 7 日，和平醫院護士胡貴芳殉職後，台北列入世衛組織旅遊警示區。不久，台大高雄長庚醫院爆發院內感染，長庚醫師林重威過逝；至 7 月 5 日，全台地區依衛生署報告，可能病例共有 647 人；累計死亡人數為 84 人（參見表 5-1-2），其中醫事人員死亡人數佔 7 人<sup>4</sup>。

我國健保局醫療給付，從 1998 年開始大幅度成長，雖在 2002 年實施總額給付後，申報金額每月平均比前一年度+8%的速度成長，造成平均點值僅有 0.8-0.9%；SARS 風暴開始以後，醫學中心之申報金額由 4 月份的+4.29 降到 5 月份的-13%及 6 月份的-17%左右，其對各醫院之影響十分重大。（參見下表 5-1-3）在經濟方面，SARS 風暴後，依據經濟部統計 2003 年第二季之 GDP 較上一季衰退 2%，其中尤以服務業最為明顯。（詳見下表 5-1-4）

表 5-1-2：SARS 可能病例分區累計表(公布時間:2003.07.05)

區別	累計病例總數	住院病例總數	累計死亡數
北區	525		58
中區	36		3
南區	110		22
東區	3		1
總計	674	28	84

資料來源:衛生署網站:<http://www.cdc.gov.tw/sars/>國內 SARS 相關資訊/台灣 SARS 疫情現況.htm

表 5-1-3:台灣 2002-3 年之健保申請數額成長率

2002 年	4 月	5 月	6 月	7 月	8 月	9 月	10 月	11 月	12 月
成長率	13.35	9.14	8.24	13	8.97	11.2	10.5	5.3	7.0
2003 年	1 月	2 月	3 月	4 月	5 月	6 月			
成長率	10.0	9	7.57	4.29	-13.8	-17.4			

資料來源:中央健保局:醫療給付(申請金額)參見<<http://www.nhi.gov.tw/01intro/intro-file/1-4.xls>>

<sup>4</sup> 台灣醫事死亡人員，包括和平醫院護理長陳靜秋、和平醫院住院醫師林重威、和平醫院護士林佳玲、和平醫院護理部副主任鄭雪慧、仁濟醫院護士胡貴芳、高雄長庚醫師林永祥、和平醫院醫檢師蔡巧妙等 7 人。參見衛生署：SARS 可能病例分區累計表 <<http://www.cdc.gov.tw/sars/>國內 SARS 相關資訊/台灣 SARS 疫情現況.htm >

表 5-1-4: 台灣 2001-2003 第二季之經濟成長率

年季	GDP 經濟成長率%	農業	工業	服務業
2001 年	-2.18	-0.05	-2.06	-0.07
第一季	0.61	-0.02	-0.43	1.06
第二季	-3.26	-0.04	-2.35	-0.87
第三季	-4.42	-0.03	-3.16	-0.78
第四季	-1.58	-0.11	-1.82	0.35
2002 年	3.54	0.04	1.79	1.72
第一季	1.20	-0.01	0.25	0.96
第二季	3.98	0.02	2.24	1.72
第三季	4.77	0.03	2.58	2.16
第四季	4.22	0.12	2.08	2.02
2003 年第一季	3.21	-0.03	1.80	1.44
2003 年第二季	1.20	0.02	1.15	0.03

資料來源:經濟部:經貿統計/國家經濟統計/總體經濟:<http://www.moea.gov.tw>

## 貳、政府對 SARS 的預防管理

### 一、政府的預防管理措施

事實上，早在國人還未注意到非典型肺炎時，我國疾病管制局就已經啟動了防疫機制。<sup>5</sup>在 SARS 危機爆發初期，採取較為戒慎的看法。但是在危機演變過程中，由於政府的「自滿表現」<sup>6</sup>，導致 SARS 危機的惡化。

2003 年 2 月 9 日中國大陸第一次對外公佈其在廣東有 305 人得到異型肺炎，其中 5 人死亡。2003 年 2 月 12 日衛生署疾病管制局發布下述內容的新聞稿：

「據報載大陸廣州近日爆發肺炎流行...，衛生署疾病管制局已密切注意廣州地區之不明原因疫情，並呼籲民眾注意防範。...疾病管制局已密切注意廣州不明原因肺炎疫情，每日均蒐尋大陸傳染病資料庫，瞭解當地肺炎流行情形。民眾如果發現親友疑似有呼吸道感染聚集的情形，也可利用疾病管制局的疫情通報專線 0800024582 通報，以便衛生單位及時掌握疫病情形。」<sup>7</sup>

<sup>5</sup> 前疾病管制局陳在晉局長，在接受訪問時表示：「我們的資訊是即時的，我們的防疫工作也相當中肯，即沒有不及，也不會太過。」他又認為，台灣防疫體系、醫療資源和公共衛生各方面，都有很好的基礎建設，是 SARS 疫情控制良好的主要因素。(劉智淵，2003:26-27)

<sup>6</sup> 當時包括政府行政官員的政治干預，以及醫院行政系統對醫療系統的干預，皆是導致疫情惡化的原因。疫情初期，為了保住「三零」(零死亡、零社區感染、零移出)而縮小病例認定範圍、忽視專家的預警，未能及時做好情勢惡化的準備。據指出，曾有行政院官員對於疾病管制局送來的疫情統計數字「動腦筋」，詢問是否能依不同分類加加減減，讓數字好看一點。而醫院行政主管則是打著業績的算盤而罔顧專業，唯恐 SARS 影響醫院經營、個人績效而隱瞞疫情、延緩通報病例，乃至要求下屬封口，結果危及醫療人員的安全，釀成更嚴重的後果。(田習如，2003:136-7)

<sup>7</sup> 參見衛生署疾病管制局相關網站:[http://203.65.72.83/ch/dpc/Show Publication.ASP?RecNo=3018](http://203.65.72.83/ch/dpc/Show%20Publication.ASP?RecNo=3018)

2003年2月15日，中國大陸宣稱已經找到致病菌，認為是「依原體」，也就是所謂的「披衣菌」。2月22日，疾病管制局在台南召開「亞洲傳染病研討會」，會中並對中國大陸和香港的案例作討論。(劉智淵，2003:27)迨至3月14日疾病管制局的新聞稿始表示：

**「WHO 已通令世界各國對『未知致病原因引起之急性呼吸道症候群』應自即日起全面監視，凡符合通報定義應即由各該國衛生機關通報衛生組織。... 疾病管制局亦已即就國內疑似個案通報 WHO，並完成採檢，即刻展開一切必要之防疫措施。」**

質言之，衛生署自2月12日已知悉境外爆發疫情的情況下，至3月14日通令「各地衛生局轉知轄區醫院，對凡有由上開地區回國後發生符合 WHO 通報定義之個案應立即通報」。但其所採取的防疫措施相當有限，大抵包括停留在於提請民眾留意疫情、呼籲醫師、學校、一般民眾通報疫情之階段。(陳愛娥，2004:32)

至3月24日疾病管制局仍發布新聞稿表示：「在 SARS 致命原因及檢驗方法尚未清楚，各國仍持續就 SARS 相關資料進行蒐集與討論之情形下，目前暫不將 SARS 列入第四類法定傳染病」<sup>8</sup>而直到3月27日晚間，衛生署才開始指定 SARS 為法定第四類傳染病，自此傳染病防治法所定之相關強制措施始開始執行。

## 二、政府的危機準備措施

由於我國在危機預防的運作中，並未積極建立標準作業程序(Standard Operating Procedures, SOPs)<sup>9</sup>作為緊急應變危難之方案，導致日後危機處理進退失據。政府對 SARS 危機的危機處理不周與倉皇失措、危機辨識與反應能力不足，而且全國資訊管理系統，以及中央指揮體系也未能及時建立，致貽誤危機應

---

(2003.11.01)

<sup>8</sup> 所謂「第四類傳染病」，依據疾病防治法定義，係指「其他傳染病或新感染症，經中央主管機關認為有依本法施行防治之必要時，得適用指定之」。事實上，依傳染病防治法第29條第1項前段規定，「醫師診治病人或檢驗屍體，發現傳染病時，應視實際情況立即採行必要之感染控制措施，並報告該主管機關」；同條第2項則針對同法第3條所訂不同類型之傳染病規定其完成報告的期限，其中第四類傳染病，「由中央主管機關於指定時，規定其報告期限」。因此，由於中央主管機關未指定 SARS 為傳染病防治法第3條第1項第4款所定的「第四類傳染病」之前，不能課醫師以報告之義務。(陳愛娥，2004:32-33)

<sup>9</sup> 「標準作業程序」主要是指行政機關為處理眾多的日常事務所發展出來的一套慣例規則，行政機關在執行政策之時，必須建立一套標準作業程序，係基於下列理由：1.節省時間，以便處理更多事務；2.採取統一的規則，較能應付繁雜的狀況；3.以規則代替資源，減少政策資源的不足。不過執行機關一但建立標準作業程序之後，也可能造成以下不利影響，包括1.限制執行者行政能力，造成行為缺乏彈性，無法適應客觀環境；2.執行者以遵守標準作業程序為目標，放棄了達成組織目標的任務，形成「目標替代」的畸形現象；3.抵制變遷，很難適應新的變局與危機。參見(林鐘沂，2001:388-389)

變先機。尤其，在危機判斷方面的失誤，更是造成危機突破防疫之缺口，以致擴散的關鍵因素。

行政院衛生署疾病管制局於 3 月 14 日，針對香港及越南出現非典型肺炎疑似群聚感染一事，提醒民眾注意及防治的方法。但就在發布新聞稿的當日，隨即接獲第一起非典型肺炎的病例通報，為來自中國大陸地區的勤姓台商，他曾於二月中旬經香港到中國廣東省經商，返國後出現身體不適，於 3 月 8 日因呼吸窘迫住進某醫院中心的加護病房；他的妻子隨後在 3 月 14 日也因出現類似發燒與呼吸道症狀而留院治療。（許瑜真，2003:16-17）

衛生署於 3 月 27 日檢送各直轄市、縣市政府衛生局「嚴重急性呼吸道症候群(SARS)隔離通知」；函中指出，「為有效阻斷境外移入個案造成國人感染，即日起對可能與 SARS 疑似病患有相當接觸者（如同住家人，往來密切之親友、同事等）或其他經本署發佈應密切注意之情事者（如搭乘某航班旅客等）實施居家隔離，期間以 10 日為原則，...」該函並強調「請重視接受居家隔離及 SARS 病患之隱私權，以免引起其不便。」同時規定，各級衛生主管機關如發現有感染 SARS 病患，應即「強制移送指定醫院施行隔離治療」<sup>10</sup>。

如上述說明，我國已於 3 月 14 日就發現 SARS 首位病例，但政府係自 4 月中旬，才開始採取緊急應變措施。例如，衛生署在 4 月 10 日採取國際機場入境全部旅客耳溫測量措施；4 月 23 日採取出境旅客測量體溫措施。交通部自 4 月 25 日起，針對國道長途客運強制駕駛人員應配戴口罩，旅客乘車前應測量體溫及登載通訊資料，並呼籲旅客儘可能配戴口罩。<sup>11</sup>從以上政府的危機預防措施觀察，雖然危機轉化的時程雖不算長，但政府在危機判斷、偵測、反應能力與決心下達，已存在明顯的失誤，此不僅反映危機管理能力不足，亦欠缺危機的憂患意識。

### 參、政府防 SARS 的缺失檢討

事實上，危機管理首重危機預防，而若能針對早期的危機警訊加以察覺，並採取適當的因應措施來遏止其發生，那麼組織便能將危機消弭於無形。（孫本初，1996:22）朱延智也認為，在危機事件發生前，若能即時發現危機因子，並有效防

<sup>10</sup> 依據傳染病防治法第 35 條第 1 項第 2 款規定，「第三、四類傳染病病人，應視其病況採取適當之防治措施。必要時，得比照第一類傳染病病人處置」；同條第 1 款規定，「第一、二類甲種傳染病病人，應強制移送指定醫院施行隔離治療。」參見（李建良，2003:89-90）。

<sup>11</sup> 參見交通部新聞稿：<http://www.motc.gov.tw/hypage.cgi?HYPAGE=business.htm&url=business-4.htm> > (2003.11.02)

止，展開一系列危機處理，對於危機的解決，將會產生諸多的優勢。<sup>12</sup>但由於政府危機警覺的失準，而一再延誤危機處理的好時機，造成 SARS 對台灣的成功侵入，也引起國人的恐慌及國家的危機。

事實上，2002 年 11 月，SARS 病毒在中國廣東開始蔓延，到 2003 年 3 月中旬勤姓台商引入，期間已歷經 5 個月，政府理應能建構完整的危機管理機制及危機應變計畫。然而，政府卻按兵不動，仍陶醉於「三零紀錄」中<sup>13</sup>，才會導致危機爆發不可收拾之境地，檢討原因如下：

### 一、危機管理者的自滿心態

2003 年 3 月底，當時的媒體正追著 SARS 疫情的發展時，衛生署疾病管制局局長陳在晉對記者表示，「台灣防疫體系、醫療資源和公共衛生各方面，都有良好的基礎，是 SARS 疫情控制良好的因素」。又說：「台灣的公共衛生基礎良好，從中央到地方有一套完備的公共衛生架構，機場、港口的防疫檢疫未曾鬆懈，加上多年來我們對環境衛生和傳染病防治的掌控良好，都是疫情不致擴散的原因」。(劉智淵，2003:26-28)當時，陳局長或許在安撫民心，使民眾不至於過度恐慌，但卻未告知政府的相關防疫措施及民眾應配合事項，如此也造成民眾對政府的防疫措施失去應有的信心。

### 二、醫護人員的鬆懈態度

SARS 是一種新型濾過性病毒所造成的呼吸道系統傳染病，傳染力極強，病情變化急劇，而且更無疫苗可為預防及有效藥物治療。雖然國內醫護人員對此種傳染病都很陌生，但在和平醫院事件之前，香港、中國、加拿大多倫多以及新加坡便已經飽受 SARS 肆虐，而我國的醫院及醫療體系竟然疏於防範和準備，造成院內集體感染，使疫情爆發直轉急下，衍生為全國性的疫情事件。<sup>14</sup>

<sup>12</sup> 這些優勢包括:1.處理時間較為寬裕；2.資訊取得較易；3.降低震撼力；4.降低瞬間壓力；5.減小破壞力；6.增長預警及可反應時間；7.可應變項次選項多；8.成功處理機率較高；9.容許策略嘗試錯誤的空間較大；10.溝通相對較佳；11.危機擴散強度相對較低範圍較小，處理較為單純；12.容忍度較強，較理性。(朱延智，1999:240-241)

<sup>13</sup> 政府的三零紀錄是指「零死亡、零社區感染、零境外移出」記錄，請參見《社論:從和平醫院看「人類永久威脅」》，聯合報(台北)，2003 年 4 月 24 日，版 A2。

<sup>14</sup> 從此次 SARS 危機事件觀察，病患大多源自院內感染。事實上，在 SARS 之前，國內醫院並未注意及重視醫護人員的教育訓練、風險評估及緊急救護體系等問題。SARS 後，國內各醫院才開始重視到危機處理的教育訓練、風險控管，以及醫院危機管理等問題。參見(楊大羽、張晉榮、賴奎魁，2003:61)



### 三、缺乏傳染病防治緊急回應的相關法令

我國是在 1999 年 921 地震後，延宕 6 年的「災害防救法」才通過立法，並於該年 7 月 15 日施行，奠定了我國災難危機管理法制的基礎。但「災害防救法」並未將各項相關「危機」內容與處置採取高密度規範，也忽略將其他危機納入，例如疫情的傳播等。我國政府是在 2003 年 5 月 2 日，以最快的速度完成了「嚴重急性呼吸道症候群防治及紓困暫行條例」，該法共計 19 條，明定適用期間為 2003 年 3 月 1 日至 12 月 31 日止，如疫情延燒，可經立法院同意延長。(廖又生，2004:8)此突顯我國傳染病防治，以及應付重大緊急醫療事故時之法令不足。

### 四、危機應變計畫的準備不足

危機管理計畫的目的，就是在事前對可能發生的潛在危機，預先研究討論，以發展出應變的行動準則。其次，則要規劃好完善的危機管理機制、擬定危機應變計畫及危機反應手冊、建立危機溝通網絡、擬定危機劇本與防災預演、建立預警機制、加強政府與民眾的危機意識等。(詹中原、吳玚雪，2003:23-25)在 SARS 防疫階段，政府並無危機管理的組織和設計，因而造成抗 SARS 時的紊亂。此外，危機雖有其高度的不確定性，但對於 SARS 等傳染性疫疾，政府早就應建立共通性或分殊性的標準作業流程。例如，要有危機判別標準、危機與反應之分級標準、危機處理程序及通報流程等，但這些在政府的預防準備工作上，卻大多都付之闕如。

### 五、忽略危機傳播與風險溝通功能

危機傳播在危機管理中佔有非重要的地位，雖然媒體在報導 SARS 時會有負面流言，會引起社會恐慌的負面作用，但媒體也有正面助益功能。例如，除了具備第四權的首望相助功能、形成輿論促進決策之民主化，以及社會化的教育宣導功能外，媒體也肩負澄清事實、滿足民眾「知」的需求，並間接傳遞政府的危機處理作為。而在 SARS 危機尚未入侵擴散之前，媒體最大的功能就是宣導與教育民眾有關 SARS 的知識，以及防止傳染與被感染的抗 SARS 基本常識。但我國政府在 2003 年 4 月 SARS 首例傳出之前，並未積極教育民眾有關 SARS 的知識及防疫措施，以建立民眾正確的風險認知。

儘管 3 月底衛生署已製作宣導海報、電視插播卡、防疫資訊手冊與宣導錄影帶等，但從製作到散發或播出，仍有一段時間落差(time lag)。若未採疫情後期的強制徵用電視時段之手段，得知資訊的國人還是少之又少。事實上，疾病管理局、

國民健康局與衛生署衛生教育委員會是從4月下旬才開始積極辦理SARS防治宣導業務，就認識SARS、全民量體溫、勤洗手、居家隔離、就醫、心理建設與諮商等多項主題展開密集媒體宣導<sup>15</sup>，但就時間而言，已經過遲。

#### 肆、小結

綜合前述觀察，究理而言，依據SARS危機的特性，在其未爆發大型感染前，其危機控管的機關應屬行政院衛生署。因此，行政院衛生署的危機預防管理工作，應有危機管理總計劃(含應變計畫)，並於平時以「最糟劇本」進行模擬訓練，且以此劇本作為各醫療單位的緊急應變標準作業程序(SOP)；而決策支援管理體系中也應有智庫、專家對SARS的專業知識進行研究，情報資訊管理系統應對SAR疫情在全世界(大陸)的發展進行控管，而危機溝通傳播網絡隨時要告知及教育民眾有關防範SARS方面的知識與做法。但在這一切，於當時都尚無規劃，總是在經歷教訓之後，才能知所警惕。

其次，在SARS危機預防上的法令也明顯不足，例如災害防救法僅在第22-26條對災害預防有所規範，但並未落實到醫療救護體系<sup>16</sup>，也無法達成資源共享目的。因此，未來應將傳染病防治與緊急醫療體系整合加入「災害防救法」的體制內，而政府對傳染性疫疾的觀念宣導、潛在危機之檢查、演練等應納入各級政府或各單位行政考核項目，使政府對傳染性疫疾的防治，不僅是「亡羊補牢」的回應，而且是朝向「預防管理」的機制發展邁進。

---

<sup>15</sup> 參見《行政院衛生署衛生教育委員會網站》，<<http://health99.doh.gov.tw/link/Link1.asp>>；《國民健康局網站》，<<http://www.bhp.doh.gov.tw/>>；《行政院衛生署疾病管制局網站》，<<http://www.cdc.gov.tw/ch/>>。

<sup>16</sup> 依據我國災害防救法所界定的「災害」是指：1.風災、水災、震災、旱災、寒害、土石流災害；2.重大火災、爆炸、公用氣體與油料管線、輸電線路災害、空難、海難與陸上交通事故、毒性化學物質災害等。參見全國法規資料庫網站：<<http://law.moj.gov.tw/Scripts/Query4B.asp?FullDoc=所有條文&Lcode=D0120013>>

## 第二節 危機擴散時的緊急回應

### 壹、政府對 SARS 疫情的回應

本論文所指的國家安全「危機」，是指當「安全威脅」轉變成「危機事件」時，如果在短時間內不能做有效的處置，就會形成更大的危機；而當問題愈漸擴大嚴重之時，甚至於會危及政權的穩定與國家安全。國家安全的危機又可區分為國際危機與國內危機，國際危機如同前章探討的 1996 年的台海軍事衝突危機一樣，如果政府沒有處理好，就會引發戰爭，以軍事衝突收場；而國內危機如果沒有處理控制妥當，則可能引發民眾暴動、政府垮台，危及執政者的政權穩定、國家安全與社會安定等。

SARS 危機在形式上，就是具備這種會促使民眾恐慌、危及政權穩定及國家社會安定的特性。尤其，當時科學界對 SARS 這種致命病毒，並不十分了解，也沒有疫苗或特效藥，全世界的政府都處於緊張防治的狀態。因為，如果不能有效控制疫情，任由疫情迅速擴大，將會造成多數無辜生命的喪失，也會促使人對政府能力失去信心與信任，危及政府的統治權力。但從前述觀察，我國政府的預防管理措施與危機處理作為等都有改善的空間。以下說明之：

#### 一、政府抗 SARS 的應變組織

在台灣 SARS 的疫情發展方面，繼勤姓台商夫婦之後，3 月 15 日衛生署疾病管制局再接獲第 3 例可能病例，為一名 64 歲婦人，曾到廣東、香港旅遊，於 3 月 7 日住院，後痊癒出院。至 4 月 22 日止，衛生署陸續接獲 199 名通報案例，經送專家會議審議後，確定有 29 名可能病例，其中 21 名已出院；46 名列為疑似病例，31 名已出院；另有 38 例未確定、86 例已排除感染 SARS 病毒；所有通報病例已有 106 例出院。由於台灣並未有社區感染之虞，因此世界衛生組織在 4 月 13 日，首度將台灣、美國、英國標示為「有限度」的感染地區。(許瑜真，2003:16-17)

在政府緊急危機處理機制方面，由於台北市和平醫院的集體感染事件，促使 SARS 疫情急速擴大。行政院乃於 4 月 25 日提升防疫層級，同時宣布將傾政府及民間所有部門的力量，從事和平醫院傳染事件之救治工作。<sup>17</sup>但由於疫情變化快速，政府為因應 SARS 疫情之處理，乃於 4 月 28 日成立「行政院 SARS 疫情

<sup>17</sup> 參見海基會經貿處整理(2003)，《政府因應 SARS 疫情相關防疫管制措施》，第 136 期，頁 2。

應變處理委員會」，而於 5 月 5 日起正名為「行政院嚴重急性呼吸道症候群防治及紓困委員會」，並從美國召回李明亮教授擔任抗 SARS 的「委員會副召集人兼防治作戰中心總指揮」。<sup>18</sup>

行政院 SARS 防治作戰中心，轄下四個小組，包括(一)國防資源組，由國防部長湯曜明負責，管理化學兵及軍醫院；(二)居家隔離組，由內政部長余政憲負責，緊盯居家隔離者的動態；(三)境外管制組，由陸委會主委蔡英文負責，負責出入境管制及兩岸交流事宜；(四)醫療及疫情控制組，由李明亮教授率領一批專家學者，成為委員會的核心陣容。同時，讓涂醒哲去職，由陳建仁臨危授命接任衛生署長。<sup>19</sup>

## 二、抗 SARS 的緊急應變措施

4 月 22 日台北市和平醫院共通報 9 例疑似 SARS 病例，衛生署立即進行流行病學調查，發現病例主要聚集的地方為該院 B8 病房(含病患曾就醫之急診處)及 A7 病房；衛生署隨即要求該院採取包括全院進行全面消毒、停止住院與急診作業、確實隔離曾與病患接觸之人員，以及對該院之出院病人追蹤其是否疑似 SARS 症狀出現等措施。

其後，衛生署於 4 月 24 日作出支持台北市政府封院<sup>20</sup>並緊急隔離 1,300 餘名醫護、病患與家屬之措施的決定。<sup>21</sup> 4 月 27 日衛生署要求，「即日起國人自大陸地區（不限省份）或 WHO 公佈之病例集中地區返台者（含自病例集中地區轉機返台），一律採行『專案防疫強制隔離』措施，其方式為下列二者：(一)為本人直接返家後，採行本人強制居家隔離之措施，或由企業主執行強制隔離之責任。(二)國人經由離島兩岸通航港口入境者，其專案防疫強制隔離措施亦比照辦理。」(政

<sup>18</sup> 李明亮教授係由行政院由美電召回國，擔任我國防疫總指揮，據其撰述參與該委員會的人員包括前衛生署副署長黃富源、前台大醫學院院長謝博生、陳建仁院士、蘇益仁教授、台大感染科張上淳教授，以及後來加入的中研院副研究員何美鄉、民進黨副秘書長李應元、前健保局總經理賴美淑及葉金川、陽明公衛的黃文鴻教授、郭旭崧教授(由美回國)、高雄榮總的顏慕庸醫師，以及其他醫師群等。(李明亮，2003:24-25)

<sup>19</sup> 參見陳晞(2003)，《全民防疫總動員》，卓越雜誌(台北)，頁 44-45。www.ecf.com.tw

<sup>20</sup> 一般所謂的「封院」措施，包括 1.管制和平醫院人員的出入；2.院內病人集中治療；3.所有員工召回集中隔離；4.院內病人家屬居家隔離。(李建良，2003:93-95)

<sup>21</sup> 行政院衛生署疾病管制局於 2003 年 4 月 23 日，以衛署疾管監字第 0920005402 號函知其各分局，「請各分局即日起全面啟動轄內院內感染控制輔導機制，對各醫療機構進行 SARS 感染控制教育及查核措施」。同時依據「院內感染 SARS 管控規定」，「發現疑似 SARS 院內感染事件應立即通報所在地衛生局及衛生署疾病管制局，並由衛生局會請專家學者成立調查小組，立即深入調查。必要時衛生局並得成立接管小組進駐該醫院，並進行人員出入及分區使用管制」，其後，於 4 月 29 日，亦比照和平醫院模式，對仁濟醫院實施封院 14 天。(陳愛娥，2004:34)

府專案防疫強制隔離流程如下圖 5-2-1) 又於 4 月 29 日指出,「有關指定醫院調整一般病床為隔離床,目前各醫院已積極進行中,預定可有 1,600 多床,採取分級方式收治 SARS 病患」<sup>22</sup>。

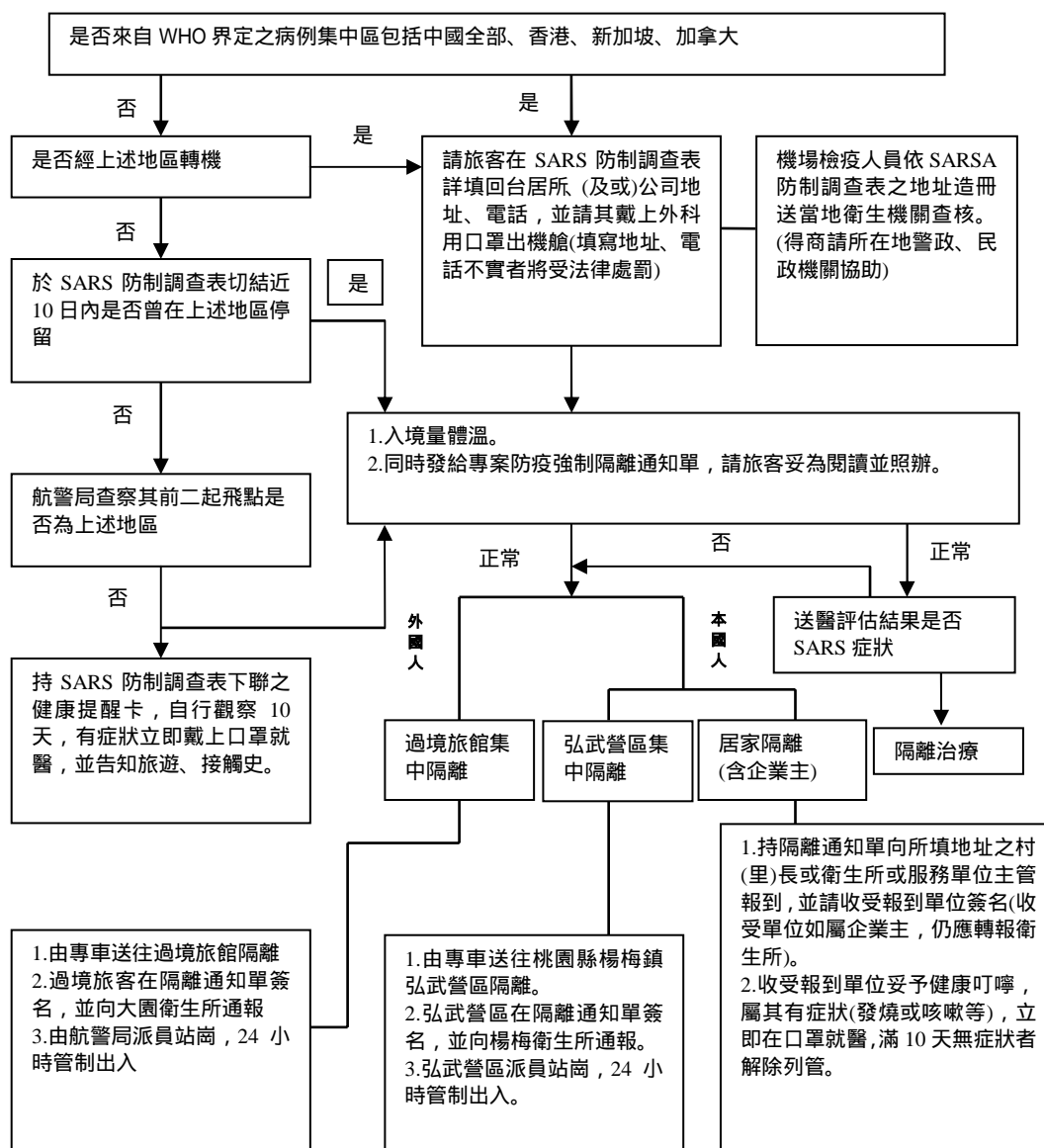


圖 5-2-1:政府專案防疫強制隔離流程

資料來源:海基會經貿處整理, 2003:4 ; < www.seftb.org >

為因應 SARS 防治的需求, 朝野各黨團及行政院均提出特別的防治條例草案, 經黨政協商, 終於在 5 月 2 日通過「SARS 暫行條例」。<sup>23</sup> 據此條例, 交通部

<sup>22</sup> 依據傳染病防治法第 15 條第 2 項規定:「各級主管機關於傳染病流行時, 得徵用私立醫院或公共場所, 設立臨時傳染病醫療所, 並得徵用私立醫院或公共場所, 設立臨時傳染病醫療所, 並得徵調民間醫事人員協助防治工作; 對於人民因徵用或徵調所受之損失, 並應予以相當之補償。」(陳愛娥, 2004:34)

<sup>23</sup> 依該條例第一條規定,「本條例施行日期, 自中華民國 92 年 3 月 1 日至 93 年 12 月 31 日止(第一項)。本條例施行期限屆滿, 得經立法院同意延長之(第二項)」。參見立法院通報, 第 92 卷第 25 期院會紀錄, 頁 57-93 ; 頁 230-236。

於 5 月 2 日要求搭乘國際航線香港、澳門及新加坡航線及國內金門、馬祖航線飛機之旅客，除食用餐飲時外，於機艙內應全程配戴口罩；另所有進出商港船舶上之船員及搭乘之旅客亦應全程配戴口罩。(自 5 月 6 日上午 6 時起實施) 5 月 8 日起，強制市區公車、一般公路客車及計程車駕駛人應配戴口罩。台北都會區大眾捷運系統，自 5 月 10 起強制旅客乘車須配戴口罩才能進站搭乘。

此後，台北市大理街華昌國宅因有「社區感染」疑慮，遂採取召回整排大樓所有人員，並執行居家隔離並量體溫，以及所有與疑似因 SARS 致死、疑似病患接觸者列入居家隔離對象。5 月 20 日衛生署為使現行各類居家隔離、專案強制隔離等措施簡化，即日起統一稱為「居家隔離」，並區分 A 級、B 級。<sup>24</sup>

5 月 22 日，衛生署公告緊急徵用各民間貨運及航空器寄送 SARS 防疫檢體，要求不得拒絕地方衛生機關交寄之防疫檢體輸送箱；5 月 26 日 12 時後，衛生署依據 SARS 暫行條例之規定，徵用自國外輸入已報關未提領、已進儲倉報關或逾 48 小時未提領，數量在 1,000 萬片以上之口罩，供 SARS 防治工作使用。5 月 30 日，行政院 SARS 防治及紓困委員會宣布近日取消國內及國際航機旅客戴口罩之規定，同時對所有防疫措施進行全面檢討。<sup>25</sup> 6 月 26 日，交通部宣布停止實施搭乘鐵路及捷運民眾必須配戴口罩之規定；市區公車、公路客運及計程車等駕駛佩帶口罩之規定一併取消。(陳愛娥，2004:35-36)

### 三、危機的緩和與解決

面對一個全新疫情，不論是資源配置問題或心理準備，衛生署顯然不足。因此從和平醫院、仁濟醫院、台大醫院、馬偕醫院相繼失守，醫護人員紛紛倒下，大家宛如驚弓之鳥；隨後，疫情急速上升，台北淪陷、WHO 宣佈台灣為旅遊警示區、美國撤僑、萬華華昌國宅爆發疫情，高雄長庚及南部其他醫院也相繼淪陷，疫情幾乎一發難以收拾。

然疫情在 5 月 18 日達到高峰後，開始持續下降，病例日日減少，疫情明顯趨緩。5 月 28 日後，每日病人數進入 WHO 可以接受的範圍（每日平均減少 5

<sup>24</sup> A 級:適用於未採取妥適防護措施之 SARS 病患接觸者，如家人、同事、同學、親密朋友或特定醫療機構人員，在 10 天之檢疫期間，除經管單位同意，並採合乎規定之保護措施外，不得外出，這類人員外出應由管理單位安排交通工具。B 級:係指從高發病地區回來，無任何症狀之人員，可配戴口罩外出(如散步、一般購物、倒垃圾等)，惟如出現發燒或其他類似 SARS 症狀，應致電管理單位安排交通工具就醫。(陳愛娥，2004:35-36)

<sup>25</sup> 因世界衛生組織(WHO)並不建議無症狀的旅客或機組員使用口罩，為使 SARS 防治措施與國際同步，且各國已應 WHO 要求，開始實施旅客登機前量體溫的措施。(陳愛娥，2004:35-36)

人)，於是開始向 WHO 申請除名；6 月 17 日台灣從世界旅遊警示區除名，7 月 5 日正式從 WHO 疫區除名。(李明亮，2003:24-27) (我國疫情發展與抗疫過程詳見下表 5-2-1)

表 5-2-1:我國對 SARS 疫情的危機處理事記

2002/11/16	第一例 SARS 疫情出現在中國大陸廣東佛山。
2003/02/11	WHO 接到中國衛生部報告廣東省爆發 305 例 SARS 案例，其中 5 人死亡。
2003/03/14	衛生署證實:勤姓台商夫妻確實感染 SARS。
2003/03/15	美國疾病管制局專家抵台，協助確認肺炎的感染源。
2003/03/19	衛生署證實台灣的 SARS 與香港、德國為相同的病毒。
2003/03/21	勤姓台商夫婦之子遭父母傳染；同時出現第 6 個 SARS 病例。
2003/03/24	邱淑媿衛生署及早公佈 SARS 為法定傳染病。
2003/03/27	1.台北市衛生局邱淑媿局長建議將 SARS 列為第 4 類法定傳染病，隔離防治適用(傳染病防治法)。 2.因應 SARS，衛生署將疑似感染者發居家隔離通知。 3.中鼎工程傳員工感染 SARS，衛生局展開疫情調查。
2003/03/31	居家隔離對象出國，台北市建議管制出入境。
2003/04/02	SARS 可能病例為 14 例。
2003/04/09	中國大陸 10 多名專家來台考察 SARS 防疫措施。
2003/04/18	最早出現的 SARS 病人勤姓台商出院。
2003/04/23	1.陳總統宣示把 SARS 防疫工作視為作戰看待。 2.SARS 可能病例為 38 人，向香港輸出 1 人，零輸出破功。 3.台北和平醫院 7 名醫護行政人員可能感染 SARS，衛生局朝醫院集體感染方向因應。
2003/04/24	1.台北市政府成立因應 SARS 緊急應變中心。 2.台北市和平醫院全面封閉，所有人員管制進出，由衛生局接管，病患員工集中治療隔離。
2003/04/27	1.衛生署指出，國內第一位因 SARS 死亡病例，是位於台中中國醫藥學院附設醫院的一位曾姓可能病例，他是遭到其居住在香港陶大花園社區的兄長來台探視時感染的。 2.國軍松山醫院 300 名病床陸續空出收容 SARS 病患。 3.前台北市衛生局長葉金川進駐和平醫院，了解是否有交叉感染的情況。 4.大陸香港來台與國人返台須強制隔離 10 天。
2003/04/29	1.台北榮總一名急診室護士出現疑似 SARS 症狀。 2.衛生署下令，台北市仁濟醫院關閉 14 天淨空消毒，有 96 人封鎖隔離，而 20 例 SARS 可能和疑似病例陸續移走。
2003/04/30	美國將台灣列暫時旅遊警示區。
2003/05/01	1.和平醫院護理長何靜秋因染 SARS 病逝於林口長庚，為國內第一位因 SARS 而殉職的醫護人員，將入忠烈祠。 2.衛生署成立調查 SARS 防治失職醫院與醫師小組。
2003/05/03	1.台灣屬世界衛生組織最近本土傳染區的中度傳染區。 2.WHO 派遣一組專家至台灣協助控制疫情，因為台灣累積病例已超過 100 名。
2003/05/08	1.WHO 將台北市列入旅遊警示區，而全世界有 24 國把台灣列入旅遊警示名單。 2.衛生署:各縣市成立快速診療中心，加速篩選 SARS。
2003/05/10	1.世界衛生組織提高台北市為高度 SARS 本土傳染區。 2.台灣 SARS 醫藥研發小組今成立。

2003/05/11	搭台北捷運，今起強制戴口罩。
2003/05/12	軍方化學兵協助，展開台北市一周戶外大消毒，首站是萬華。
2003/05/13	國防部支持政府防疫，即日起管制官兵休假。
2003/05/14	今起搭火車強制戴口罩。
2003/05/16	陳建仁接任衛生署長；蘇益仁接任疾病管理局長。
2003/05/18	衛生署長陳建仁：逾 9 成 SARS 可能病例與醫院有關。
2003/05/20	世界衛生組織指台灣已成為 SARS 傳染最快地區。
2003/05/21	全球 SARS 死亡人數與死亡率台灣排名第三。
2003/05/24	1.李明亮:SARS 疫情穩定，可開始恢復正常生活。 2.松山醫院啟用 102 間負壓病房，黃芳彥任總指揮官。
2003/05/28	1.SARS 防治委員會:各縣市將增設 SARS 輕症醫院。 2.衛生署與 SOS 達成澎湖、蘭嶼、綠島 SARS 病患運送協議。
2003/05/30	今起搭機不強制戴口罩。
2003/06/05	行政院今天訂定「後 SARS 台灣重建計劃」，希望達到包括社會關懷及秩序的重建、公衛及醫療體系的改造、產業經濟的振興、國家形象的宣導等四項具體目標。
2003/06/06	台灣今向 WHO 申請解除旅遊警示。
2003/06/07	SARS 疫情趨穩，防疫總指揮李明亮功成身退。
2003/06/10	WHO 決定維持對台灣旅遊警示。
2003/06/11	WHO 解釋未對台灣除名理由；衛生署：雙重標準。
2003/06/13	G 世衛再度否決台灣自旅遊警示區除名。
2003/06/17	WHO 將台灣從 SARS 旅遊警示區中除名。
2003/06/22	台灣已從 WHO 旅遊警示區名單中除名，但美國疾病管制局(CDC)仍維持台灣在較嚴重的 SARS 旅遊警告名單。
2003/06/27	世衛說明感染區除名認定標準。
2003/07/01	台灣連續 16 天無 SARS 新增病例。
2003/07/05	WHO 將台灣從 SARS 疫區中除名

資料來源:作者自製(參考自陳德昇, 2004:93-100)

美國波士頓教授 O. Lerbinger 曾說：「危機並不可怕，但缺乏憂患意識與自滿的文化才是致命傷」<sup>26</sup>。從前述觀察，由於 SARS 疫情的發展迅速，而我國政府對於 SARS 病疫，在預防管理階段確實「疏忽大意」，也缺乏整體的危機管理活動計劃與應變措施。在他國傳出 SARS 病情(2002 年 11 月 16 日)後，台灣第一例病患出現(勤姓商人，2003 年 3 月 14)後，我國政府始採取應變措施；而早期的預警措施，也大抵僅在提醒民眾留意疫情。因此，可以說，我國在 SARS 防疫階段，已經奠定了失敗的基礎了，第一層的防疫措施已經不及格了。以下針對我國政府抗 SARS 的危機管理活動過程進行檢討。

<sup>26</sup> 參見鄭錫錯(2003)，《後 SARS 時代中央政府應有之危機應變機制》，國家政策論壇(台北)，冬季號，頁 1-3。 < <http://www.npf.org.tw/monthly/0304/theme-035.ht> >



## 貳、政府抗 SARS 措施檢討

所謂「前事不忘，後事之師」，從對 SARS 疫情的預防到擴散的過程中，以危機管理活動模式觀察，其中可以看出諸多問題，殊值重視探討，以為預防「下一次危機」所借鑑。

### 一、抗 SARS 的危機應變組織

危機應變中心(危機處理的指揮中心)的成立時間與人員組成，決定因應危機的速度與策略，因此是危機處理成功與否的關鍵因素。依據危機管理活動模式，在危機管理總計劃中，即備有應變計畫，應變計畫中即已草擬「最糟劇本」，而危機管理人員(智庫、專家)平時就須依據草擬方案，督導危機處理小組(成員)進行演練(沙盤推演)。Steven Fink 也認為，危機應變計畫的擬定必須在組織正常營運、沒有危機的情況下就做好，因為危機處理計畫就是希望小組成員在冷靜理智的情況下做決定，不致因身處壓力風暴而出錯。(吳宜蓁，2004:112)同時，危機應變中心必須定期集會，俾便隨危機狀況發展檢討及修正應變計畫。從以上以危機管理活動模式中的危機應變中心成立之原則，來檢視 SARS 危機時，發現政府危機應變處理中心的設立，以及危機管理活動過程中有諸多深值探究之處。

#### (一)危機決策，未掌先機

檢視我國政府的危機應變機制，不但危機應變小組的成立時間太慢，層級上也過低。2003 年 3 月 14 日，當出現第一個病例時，政府仍陶醉於「三零」紀錄中，低估疫情風暴的嚴重性。儘管各部會在 SARS 蔓延之初，便成立工作小組予以監控，如衛生署 3 月 17 日成立的「嚴重急性呼吸道症候群疫情處理因應中心」、「專家學者會議」、「中央跨部會疫情對策會議」，以及 3 月 28 日成立的「SARS 疫情特別因應小組」，但卻都不是由最高決策者進行有力的統籌規劃。

丘昌泰就指出：「3 月 14 日後，衛生署啟動的應變機制，實際上只是一種備戰狀態，並未實際進入執行階段。」直到 4 月 24 日和平醫院爆發院內感染而封院，確定 SARS 防護網出現漏洞後，才開始啟動國安系統的危機處理機制，<sup>27</sup>並於 4 月 28 日成立具有中央統籌協調能力的「行政院 SARS 疫情災害委員會」。但此時距離 SARS 首宗病例傳出已超過一個月，因此可以確認，政府的危機處理在一開始便失去先機，而非掌握機先。

<sup>27</sup> 參見何榮幸、吳典蓉，《總統府周四召開國安會議》，中國時報(台北)，2003 年 4 月 27 日，版 A2。

隨著疫情逐漸升高，政府危機處理中心的層級才跟著提升。在台北市方面，首先成立的危機處理小組僅限於衛生局；在和平醫院危機爆發後，<sup>28</sup>才成立跨局處的「疫情緊急應變中心」，由副市長歐晉德擔任召集人，成員涵蓋社會局、交通局、民政局、環保局與教育局，並隨即展開機制運作。

2003年5月2日後，當台北各大醫院相繼淪陷，疫情轉速擴大，此時政府才通過「嚴重急性呼吸道症候群防治及紓困暫行條例」，並依此法令，採取以隔離措施、強制配戴口罩等為主的防治手段。

## (二)危機組織，一再更組

中央政府的抗 SARS 危機處理中心，從疾病管制局、衛生署一直拉高到行政院。然而，中央政府的危機處理機制一直沒有固定的編制，讓外界無所適從。初期成立的是「SARS 特別因應小組」，由行政院秘書長劉世芳負責協調，衛生署下又另設「專家小組」<sup>29</sup>，不僅防疫單位疊床架屋，連業務協調也整合困難。例如，衛生署防疫物資的需求估算與經濟部的物資生產、進口之供應無法對盤，導致各大醫院、民間都極度缺乏防疫口罩。

在疫情失控之後，原任務編組已無法應付，因此行政院在4月28日再提高防疫層級，以作戰組織的任務編組方式因應，成立「行政院 SARS 疫情災害因應委員會」<sup>30</sup>，由行政院長游錫堃擔任召集人，並電召李明亮教授由美返台擔任副召集人兼防治作戰中心總指揮官(李明亮，2003:24)；又隨即完成「SARS 應變處理條例」草案，建立標準化作業程序(Standard Operation Procedure, SOP)，開始實施各項國境管制措施。(吳宜蓁，2004:113-114)

5月初，陳水扁總統又指示中央結合民間力量，成立另一個「全民抗 SARS 防疫委員會」，由行政院院長游錫堃和中研院院長李遠哲共同擔任召集人，但該委員會的功能與績效並不彰。<sup>31</sup>5月8日，27位大學校長聯合聲明，批評政府自

<sup>28</sup> 和平醫院封院第三天，前院長葉金川自願進入醫院加入支援指揮協調工作行列，開始執行工作任務分組（共區分8組），使組織進行分層分隔管制，情況漸入佳境。7天候，他退至木柵公務員訓練中心隔離，不過院內又發生兩名指揮官吳康文與璩大成疑似感染 SARS 病倒，葉金川又重回和平醫院坐鎮。參見陳晰(2003)，《全民防疫總動員》，卓越雜誌(台北)，頁44-45。

<sup>29</sup> 專家小組的工作係進行病理確認，追查病原及是否應隔離等工作的討論。參見李志德、劉時榮、林敬殷，《打防疫戰，行政院不排除編特別預算》，聯合報(台北)，2003年4月26日，版A8。

<sup>30</sup> 該委員會後又更名為「行政院 SARS 防治及紓困委員會」，並依據該法令推動政府相關紓困、補貼稅費及協助廠商措施，推動各部會擬定經濟衝擊配套措施，以防疫情衝擊台灣經濟產業等。參見(海基會經貿處整理，2003:2-7；吳宜蓁，2004:114)

<sup>31</sup> 該委員會為獨立之委員會，在功能上和行政院下設的委員會不同；在職責分配上，由行政院負責官方和民間資源的調度，李遠哲負責動員中研院，號召院士返台，積極投入抗疫疫苗的研發。

SARS 疫情爆發以來，尚未建立一個強有力的指揮中心，及有絕對權力的指揮官，也沒有全國性的情報管理系統；並建議政府事權能夠統一、情報資源能夠整合、中央與地方合作抗煞。

游院長回應，關於「設立指揮中心」、「資訊管理系統」、「建立標準作業程序」三方面，中央早已展開運作。同時接受建言，於 5 月 12 日成立「行政院 SARS 應變處理委員會」（即前「行政院 SARS 防治及紓困委員會」），作為全國 SARS 防治中心。將過往抗 SARS 組織略做調整，由游錫堃擔任總召集人，李明亮與林信義擔任副召集人。李明亮負責「防疫作戰中心」，林信義負責「紓困及後勤支援中心」。(吳宜蓁，2004:114-115)

從以上防疫危機應變處理小組的編成觀察，組織體系一改再改、會上加會(前後共出現 5 個名稱不一的委員會)，因此出現毫無章法的混亂局面，不管在指揮管制、統籌協調、資源整合、情報共享、任務分工等各方面均出現脫序現象。

## 二、抗 SARS 的危機傳播與溝通網絡

依據國家安全危機管理活動模式，危機情報資訊管理系統持續的監控危機情境的發展，並持續將資訊回報給危機管理小組。危機管理小組對所獲情報加以分析、評估，並依據危機管理的價值目標，將所要傳達的消息，從建構良好的傳播網絡傳送給「目標對象」。政府的主要目標對象包括民眾、媒體本身、政府內部機關部門，以及中央對地方政府的溝通等。在我國三個月的 SARS 風暴期間，媒體不斷批評政府危機管理活動的諸多失當之處，雖然其中難免參雜一些政黨相互口水攻防的色彩，但發揮了第四權的監督政府作用，其中也有諸多政府必須正視改進的地方。

### (一)中央對地方政府的溝通

對於 SARS 疫情，雖然陳水扁總統強調「防疫工作不分中央與地方」；前衛生署長涂醒哲也說：「支持台北市政府，就是支持行政院」<sup>32</sup>。但中央與地方仍然出現許多不同調，甚至衝突的事件。例如，中央宣稱要和地方合力抗疫，卻提

---

此委員會也負責對受衝擊最嚴重的產業和人民，研擬協助方案，並加強與中國、香港等地在防疫工作上的合作。但實際上，該委員會並未發揮積極資源整合的功效，也沒有對外公佈結合各界哪些資源，並執行哪些具體方案。參見陳永昌，〈邱義仁指全民抗 SARS 委員會是獨立委員會〉，中央社(台北)，2003 年 5 月 1 日；吳宜蓁，2004:114-115。

<sup>32</sup> 參見李順德，〈涂醒哲：台灣進入二級管制〉，聯合報(台北)，2003 年 4 月 27 日，版 A8。

不出有效的政策指導，也未提供充分的人物力支援。<sup>33</sup>中央政府的解釋是，中央一開始便要求台北市政府提出支援需求，但均被拒絕；另疾管局在 4 月 22 日突擊和平醫院時，要求立即封院，而台北市政府也是拖至 23 日才做成封院決定。<sup>34</sup>

中央與地方的衝突，還包含新竹市(拒收和平醫院外送的 SARS 病患)<sup>35</sup>、雲林縣(拒收和平醫院醫療廢物)。其主因，概都出自決策機關事先的溝通協調不足，未能提供正確詳實的資訊。行政院長游錫堃因此特別針對中央與地方衝突的問題，於 4 月 29 日召開「中央與地方防疫協調會」，指示「中央與地方合作，地方與地方亦須橫向合作」，以解決中央與地方各說各話、意見相左的問題。(吳宜蓁，2004:118-119)

## (二)對媒體與民眾的溝通

民眾對 SARS 的認知與恐慌情緒，絕大多數仍以媒體報導為主要來源。因此，對媒體的溝通成功與否，也相當程度代表危機處理的成效。例如在台北市方面，媒體抨擊 SARS 疫情調查數字不斷更正，面對媒體交叉查證，時常三緘其口，只是「報喜不報憂，只挑好的講。」<sup>36</sup>而在對外國媒體溝通方面，針對美國有線電視新聞網(CNN)批評台灣將 SARS 病患移出和平醫院作法失當，質疑台灣已發生社區感染的報導，疾病管制局並積極與國際媒體接觸溝通，<sup>37</sup>並向全世界說明台灣抗疫的立場與努力。概觀 SARS 疫情期間，政府對媒體的危機溝通，出現以下疏失:(吳宜蓁，2004:121-124)

1.政府發言人的失當發言：SARS 危機初期，前衛生署長屢次發言不當，包括一開始便低估 SARS 的衝擊而與台北市衛生局長邱淑媿展開口水戰，直到總統表達「防疫寧可過，不可不及」，才將 SARS 列為法定傳染病。<sup>38</sup>此後，衛生署對外發言統一由副署長李龍騰及「SARS 防治專家委員會」召集人陳建仁擔任，無謂

<sup>33</sup> 參見《社論:分秒必爭:發布緊急命令宜早不宜遲》，聯合報(台北)，2003 年 4 月 27 日，版 A2。

<sup>34</sup> 參見郭瓊俐，《民進黨立委批台北市防疫失當》，聯合報(台北)，2003 年 5 月 9 日，版 A6。

<sup>35</sup> 新竹市經過協調之後，市長林正則表示將全力配合中央指揮抗疫。參見李順德，《檢方:分案偵辦，林正則:誤會一場》，聯合報(台北)，2003 年 4 月 30 日，版 A4。

<sup>36</sup> 參見許麗珍，《每天開防疫記者會，只挑好的說》，聯合報(台北)，2003 年 5 月 24 日，版 A6。

<sup>37</sup> 當時的疾病管制局局長陳在晉，雖然及時回應，指出這是不了解台灣醫療環境所做的偏差報導，然並未見疾管局或衛生署表示希望接受 CNN 專訪，進一步與國際媒體進行溝通聯繫與說明。參見董智森，《CNN 批評，市府:他們不了解》，聯合報(台北)，2003 年 5 月 8 日，版 A6。

<sup>38</sup> 另外，前衛生署長涂醒哲也屢屢失言，如其在立法院辯護「SARS 與『匪諜』都來自中國，在台灣其實 SARS 比匪諜少」；「台商被感染，應在當地先接受治療，不要急著把病菌帶回台灣」等等，被立委批為「涂語錄」，也被媒體與外界評價為發言失當。民進黨中常會甚至通過 SARS 疫情統一由專家對外發言，以「封住涂醒哲的嘴」。參見林怡婷、李玉梅，《疫情將由中央統一發布》，聯合報(台北)，2003 年 5 月 26 日，版 A4。

的「口水戰」風波才算平息。

2. 缺乏單一對外窗口：SARS 危機對外窗口不一，導致訊息不同，甚至彼此矛盾，也迭遭媒體抨擊。例如抗 SARS 總指揮李明亮表示疫情已趨穩定，然邱淑媿卻表示仍在高原期。<sup>39</sup>而台北市府的防疫團隊對外亦說法不一，包括和平醫院院長吳康文在記者會的說法也互相矛盾，任由記者「拼湊真相」。<sup>40</sup>對外窗口不一的問題，在全國指揮中心成立之後，疫情通報系統才開始上軌道，由指揮中心每二小時對外發布新疫情。<sup>41</sup>

3. 無法滿足媒體需求：在 SARS 前期，資訊無法整合，政府各部門各有一套說法，對外窗口不一，疫情資訊呈現渾沌不明狀態，無法滿足群眾對疫情資訊的需求。直到 4 月 28 日，在行政院「SARS 防治及紓困小組」下，成立「新聞組」及「SARS 新聞媒體專責小組」，讓新聞局長、衛生署官員，以及政府各部會副首長級官員，時時於一天數次的記者會備詢，才見資訊整合與危機溝通之成效。

4. 媒體本身欠缺自律：基於政府先前未能提供統一、即時、充分的資訊窗口；媒體亦未進行冷靜、專業的資訊蒐集和分析，使得許多不正確的消息滿天飛。例如聯合報以頭版不署名的方式散播「SARS 透過水污染」的錯誤資訊；中國時報以頭版頭條處理林永祥醫師「提前殉職」的烏龍新聞；蘋果日報以「死亡班車」形容一班載過染病乘客的巴士...等以聳動為上的作風，<sup>42</sup>都在為民眾製造更多的恐慌，這些基於錯誤事實的報導，並非部份媒體所謂為社會提供「警訊」，卻徒增民眾恐慌心理。

事實上，政府抗 SARS 期間，民眾對 SARS 的認知及恐慌情緒，絕大多數仍以媒體報導為主要來源。依據中研院的調查資料顯示，民眾獲得 SARS 消息的主要管道是傳播媒體(依次是電視、報紙和廣播)，而後才是網際網路和人際傳播。

<sup>43</sup> 媒體報導政府抗 SARS 的評價，則會影響民眾對政府能力的信心度。如果真相

<sup>39</sup> 參見許峻彬，《邱淑媿：可能病例仍在高原期》，聯合報(台北)，2003 年 5 月 25 日，版 A3。

<sup>40</sup> 參見許麗珍，《台北市防疫團隊出現疲態》，聯合報(台北)，2003 年 4 月 24 日，版 A3。

<sup>41</sup> 參見陳敏鳳，《疫情，政院每二小時說明一次》，聯合報(台北)，2003 年 5 月 12 日，版 A8。

<sup>42</sup> 另外，政府官員未經慎思，就先決定政策或把尚未成熟的政策說出，透露給媒體，也使當時人心惶惶的時期帶來更加混亂。例如，台台北市政府對於和平醫院未準備即先封院，造成醫院內部恐慌，醫療人員偷跑現象、SOGO 出現疑似染病，市府也立刻表示要「封館」等；另外，某新聞主播動則稱呼 SARS 傳然來源的病患為「元兇」、報紙指離職的醫護人員為「落跑」、「冷血」等，都在加深社會歧視與偏見。(田習如，2003:139-140)

<sup>43</sup> 參見聯合報系民意調查中心，《政府防疫表現，65%不滿意》，聯合報(台北)，2003 年 5 月 20 日，版 A2。

未明，任由媒體揣測報導，常會影響政府形象。因此，從以上政府對媒體的溝通，可說相當程度的影響著政府危機處理的成效。

### 三、抗 SARS 的危機處理疏失

國人對 SARS 的恐懼，主要來自對病毒的無知，因為無知所以無法預測、掌控，不知如何防範，因此恐懼。政府無法在 SARS 擴散蔓延之前，對民眾加以全面教育宣導，以消除民眾及醫護人員的內心恐懼，實為一重大的疏失。另外，政府在危機處理方面，也失去應有的步驟與原則，舉例說明如下：

#### (一)中央與地方未能建立統一的標準

抗 SARS 期間，中央與地方所訂的管制標準不一，使民眾無以適從。其中包括：中央規定居家隔離 10 天，台北市卻規定 14 天；發燒認定標準中央定 38℃，台北市確定 37.5℃；居家隔離等級中央分 A、B 兩級，台北市卻要分一、二、三級；中央說疫情趨穩，民眾可恢復正常生活，而邱淑媿卻表示疫期還在高原期。<sup>44</sup>在配套措施方面，衛生署於 5 月 7 日提出「封院六大步驟與配套措施」，但是台北市並未採納。<sup>45</sup>

鑒於中央與地方的不同調，行政院 SARS 防治與紓困委員會乃於 5 月下旬宣佈，疫情統一由中央宣布、地方僅能公佈可能病例與死亡病例。同時規定，疫情的預防、監控、通報、調查、檢驗、處理及訓練，均屬中央主管機關「行政院衛生署」之權責，並負責對地方政府指揮及監督疫情防治工作。(吳宜蓁，2004:119-120)因此，由上觀察，中央與地方的權責如何判別？由誰判別？可能是災難危機管理上必須重視的問題。

#### (二)採強制隔離措施的爭議

危機爆發時應以強制性的控制介入為優先考量，此時公共利益應優於民眾的個人利益。SARS 爆發階段，為避免病毒四處蔓延，政府採取嚴厲的居家隔離措施，並輔以嚴刑重罰。但政府在運用媒體的溝通策略上，採用「媒體宣傳模式」，而忽略「雙向對等溝通」的原則<sup>46</sup>。

<sup>44</sup> 李玉梅，《衛署官員昨批邱常和中央不同調》，聯合報(台北)，2003 年 5 月 26 日，版 A3。

<sup>45</sup> 這些措施包括分層分樓管理、急診及徵調防護衣、口罩與相關設備等。參見李順德，《李龍騰：曾建議分層管制，遺憾未行》，聯合報(台北)，2003 年 5 月 8 日，版 A3。

<sup>46</sup> 對媒體的公關溝通計有四種模式，包括「媒體宣傳模式」以宣傳和媒體報導為最大目的；「公共資訊模式」的目的在客觀傳遞資訊而非控制或說服公眾的行為；「雙向不對等模式」在蒐集公眾的意見或態度，作為擬定說服策略的依據，使公眾採納組織的立場。最好的作法是「雙向對等模式」，此模式重視組織與利益關係人雙方的平等互動，促進雙方的相互了解，以達成共識、化

在居家隔離的規定上，也因事先未做好民眾的心理建設，導致民怨連連，隔離政策的執行力也遭受質疑(許多居家隔離者到處走動，隔離效果不彰)。而對於政府實施大規模的隔離政策，也引發兩種截然不同評價之爭議，<sup>47</sup>然無論何種政策的執行貫徹，其背後的正當性，應先取得民眾之諒解並接受，方為智舉。

### (三)封院缺乏標準作業程序

在當時尚缺乏對 SARS 正確有效的診斷方法前，所有可疑病患應在完善的呼吸防護措施下接受治療。完善的呼吸防護措施應包括 N-95 口罩、隔離衣、手套及護目鏡。此外，病人與醫藥補給物資的間隔、廢棄物處理、空調系統設施等均完備，並定時對醫院工作人員、訪客及病患進行體溫檢測。但此次 SARS 危機，政府在緊急狀態下，未經考慮卻實施大規模的隔離，事實上只是大規模的耗損醫療資源，對疫情的控制助益並不大。<sup>48</sup>而被隔離的民眾除了內心恐慌、生活步調混亂外，政府也受民眾嚴厲的批評為不人道的政策。

### (四)危機處理範圍有欠周延

SARS 疫情引起台灣社會恐慌，但危機處理的工作，不僅止於醫療的一端，群眾心理、社會福利等其他相關領域的處理工作也相當重要。例如，最基層、與社區最密切的衛生所，除了幫居家隔離者送便當外，事前並無發揮通報、宣導正確防疫知識與事後平撫人心的功能。精神科醫師王浩威曾表示，人類所有的災難，恐慌的傷害大於實際的傷害。因此社會心理面也是所有傳染病防治的工作重點之一。此次的 SARS 疫情，台灣民眾的心理健康已出現問題<sup>49</sup>，但政府只是將焦點放在藥物的治療上；而反觀新加坡、香港，至少早就備妥針對染病者、被隔

解衝突。(吳宜蓁, 2004:130-131)

<sup>47</sup> 輿論社會對政府居家隔離政策所產生的評價基礎，概分集體安全與個人自由兩方面。集體安全說是以觀察各國處理 SARS 疫情的表現為題，認為防疫表現優良的國家多採取強制手段。例如新加坡政府不僅祭出重罰約束人民，並由 9 名閣員組成統籌全局的委員會，貫徹行政和醫療體系，加強預防宣導與強化民眾的社會責任。台灣在疫情處理上，不僅比不上新加坡，也不如中國政府的強勢和效率，才導致疫情蔓延全台；另個人自由論者批判居家隔離政策為枉顧人權與社會正義的威權手段，為了有效防疫而使被隔離者付出過高的自由代價。參見陳宜中(2003)，《個人自由、集體自由與社會正義：關於 SARS 風暴的幾點倫理省思》，發表於「疾病與社會：台灣歷經 SARS 風暴之醫學與人文反省」學術研討會，台北：衛生署等。

<sup>48</sup> 檢疫(quarantine)是處理 SARS 的眾多方法中的一種，不過隔離並不能完全消除 SARS 的肆虐，也不能完全消滅 SARS。隔離可以降低疫情擴散，但並不能完全阻止疫情的傳播。從各大醫院相繼「淪陷」的事實來看，各醫院對疫情的警覺、反應及心態，以及醫師的診療和處理作業流程的強化，才是有效遏止院內感染，阻止疫情擴大的關鍵因素。(梁亞文 周思源 洪錦墩, 2003:353-355)

<sup>49</sup> 王浩威醫師認為，SARS 會使台灣社會原已夠冷漠的人際關係更澈底瓦解，相較於 921 地震，災區與非災區的區隔造成「施與受」的關係，不會互相威脅；而 SARS 則因為任何一個旁觀者、關心病患的人都可能是下一個患者，使得疏離等於安全，自私等自保，因此嚴重衝擊社會關係的生態結構。(田習如, 2003:138-139)

離者民眾的安心說帖。

#### (五)政策搖擺丟失民眾信心

民眾對政府的信賴與配合，是政府的危機處理效率與功能的重要基礎。此次 SARS 危機，政府在事前的預防措施上，並未能提供民眾正確的觀念與作法。例如，戴口罩、在街道巷弄噴灑消毒劑等均非基於科學，<sup>50</sup>也都不是參考專家意見、參酌外國經驗及依據 WHO 的指導所做成的決策。總之，鑒於政府事先未能有正確的防疫知識、措施與應變計畫，才造成民眾恐慌，產生過度或輕忽反應，雖然能立即檢討修正，但已嚴重打擊民眾對政府的信心。

#### 四、台灣的醫病文化與醫院的危機管理

從醫院匿報疫情、拒收病患乃至醫護人員抗拒隔離、不願照顧病人等現象觀察，反映了全民健保時代下醫病關係的「市場取向」，恐將危及社會安全。<sup>51</sup>另外，這次疫情中不少醫護人員的恐慌反應，其實就跟一般人一樣，顯示危機來臨時，醫療體系對於第一線基層醫護人員的 SARS 專業知識提供、訓練嚴重不足(或遲緩)。例如，就有基層醫師表示除了自己上網查外，無法得到足夠的資訊及支援；臨危授命的疾管局長蘇益仁也感嘆，許多台灣醫療人員缺乏對感染控制的專業知識與認知。(田習如，2003:140)

從以上的觀察，我國政府在抗 SARS 的危機處理過程中，的確出現不少值得檢討的問題。朱延智就指出，台灣政府把危機醞釀期當成潛伏期，導致處理時效落後，無法及時動員。因此，當 2003 年 6 月 4 日立法院通過《SARS 防治紓困暫行條例》修正案時，死亡病例已高達 81 例，無法及時爭取防疫的時效。<sup>52</sup>陳德昇也明白指出，台灣民主政體固然擁有訊息開放的優勢，但是在執行效率、宣導管理和資源整合等方面的效率不彰，欠缺危機處理機制，是導致危機惡化的重

<sup>50</sup> 有關搭乘交通工具配戴口罩規定，交通部長林陵三表示事前諮詢過衛生署長涂醒哲；幾天之後，當媒體報導世界衛生組織的專家不建議搭乘大眾交通工具需要戴口罩後，政府官員又改口說量體溫其實更有效。(田習如，2003:140-141)

<sup>51</sup> 台大醫院院長李袁德表示，台灣對於醫學研究忽視，放任「商業掛帥」，是比 SARS 病毒更可怕的潛在危機，台灣的醫療體系逐漸出現以商業掛帥趨勢，不重視醫理學術研究，不積極提升醫療水準，將來面對新病毒，類似危機會層出不窮。參見楊大羽、張晉榮、賴奎魁(2003)，《嚴重非典型呼吸道症候群形成的管理典範轉移》，J Taiwan Emerg Med. September 2003, vol. No1.; 另外，丁志音也表示，當政府（健保局）與醫院的關係建立在財務上，危機來臨時只好「收買」醫院 - 喊出補償收治 SARS 病患醫院的收入「損失多少補多少」，但這對於出現經營困境的醫院有誘因，但該醫院可能無能力處理，亦可能衍生醫院的感染危機。(田習如，2003:40)

<sup>52</sup> 參見朱延智，《危機管理的理論與實踐》，發表於「兩岸 SARS 危機管理:經驗、教訓與比較」研討會；本文轉引自(吳宜蓁，2004:133)



要原因。而且，在危機溝通方面，直到 SARS 後期專業人士加入抗 SARS 行列，以及提升應變處理層級後，才有顯著的溝通效果。(吳宜蓁，2004:133)以上兩位學者，事實上都已道穿政府在抗 SARS 時緊急危機處理的主要缺失了。

## 參、SARS 所引發的問題與啟示

### 一、SARS 所引發的問題

#### (一)SARS 所引發的法律問題

SARS 疫情在我國爆發後，2005 年 5 月 2 日，在朝野的合作下通過「嚴重急性呼吸道症候群防治及紓困暫行條例」，以替代先前的「傳染病防治法」，並補立法之不足。<sup>53</sup>由於該法令的通過，使政府防疫措施有了法令依據，並得以採取強制性之手段，防疫事權亦得以統一順利推展。但由於當時立法倉卒，該法中有關的法律問題，諸如防疫事權在中央與地方間的事權分配問題、疫情尚未在境內傳播前之防治措施的講求、隔離措施與憲法第八條人身自由保障的關係、相關隔離措施的實質合憲性問題等等，仍須待法律專家學者進一步釐清。(陳愛娥，2004:31-44)

#### (二)SARS 後的災難學術研究

SARS 疫情所衝擊的不只是緊急醫療或感染控制的問題，更挑戰我國災難應變的危機管理能力；而只有透過學術研究、制度化的訓練演習，使理論與實務、指揮與科技運用結合，才能提升我國危機管理及災難應變的品質與效率。然而，我國過去並沒有所謂的「災難應變學」，我國當前以「災難應變」、「災難醫學」、「災難管理」等研究災難相關事件的研究機構非常稀少，而且很少整合各個主要相關學門的研究機構。對於所有災難相關的研究，也相當分散，並且無法在各學門間整合。(石富元，2003:5-12)在未來的研究方向上，應著眼於災難相關技術、決策科學、管理科學及評估與驗證的技術。如果政府不能以昨日慘痛的經驗為鑒，積極研究危機管理知識，將仍然會有明天慘痛的教訓。

### 二、SARS 對國人的啟示

#### (一) 提高防 SARS 的憂患意識

我國在面對全國性災難時，理應「同島一命」，是一個「生命共同體」。但每

<sup>53</sup> 香港丁學良教授指出，由於台灣既不具備像中國大陸那樣半軍事化和軍事化的強制動員系統，也不具備像香港那樣比較均衡、透明、獨立運作的法制系統，所以在處理 SARS 危機期間是弱制的，有段時期是近乎無制的(無秩序)。(丁學良，2004:19)其所指的時期，應當為 5 月 2 日我國暫行條例通過之前的那段時期。

當國家有大型災難時，首先登場的就是政治上的角力，然而這些政治人物並未都具專業背景，更提不出良好的策略或方法，多半是訴之情緒，而非「理性」。例如，SARS 危機才漸開始，藍、綠雙方陣營的政治人物就藉著疫情大打政治口水戰，「抗煞不忘選舉，選舉不忘抗煞」。(田習如，2003:138)另從本次 SARS 的危機，也殘酷的檢驗我國危機管理活動與社會心理防衛系統。從早期政府對香港、新加坡疫情的忽略與輕忽，政府沉醉於「三零」紀錄，和平醫院倉促封院，通報系統不良與醫院內傳染管制措施不當等，被世界衛生組織兩度批評台灣防疫工作欠缺良好協調機制，各自為政，更指出，「台灣已有許多專家，但真正需要的是組織與協調」。

### (二)強化民眾的「共受風險」觀念

從此次的 SARS 危機，顯示我國的危機處理文化，並未累積過去(96 年台海危機、921 大地震)的經驗，也未能擺脫政治文化的牽絆，可以說在面對「公共危機」時，欠缺「共受風險」的理念。美國 CNN 報導，更嚴厲的批評指出，台灣沒有組織與危機管理、具體表現在醫療後勤補給紊亂，隔離政策執行不力，且部分民眾隱匿病情；而醫院也是為了營利績效隱匿疫情，囤積口罩與哄抬價格，醫師落跑，對 SARS 病患鄙視等行為，亦突顯台灣地區人民對「公共危機」與「共受風險」的共同意識有待提昇<sup>54</sup>。尤其在 SARS 風暴中，中央政府之指揮調度危機的表現欠當，因此在後 SARS 時代，如何提昇人民「共受風險」的危機意識與強化政府的危機管理活動能力，實為人民生活安穩與國家安定的重要課題。

### (三)提防中共的生化戰劑發展

中共自延安時期即開始研究生物戰劑，其現有 12 個生物戰劑研究機構，生產 20 餘種生物戰劑，有對大型養殖場、飯店、漁牧等民間設施及重要軍事指管設施、後勤設施使用生物戰劑能力。近年來中共亦積極開發新病毒戰劑<sup>55</sup>及發展基因生物戰劑。尤其，必須注意的是，中共於 1980 年代即積極發展生物科技，且在「1986 年高科技計畫」中將生物科技列為重點研發科目，中共領導階層的

<sup>54</sup> 參見鄭錫錯(2003)，《後 SARS 時代中央政府應有之危機應變機制》，國家政策論壇(台北)，冬季號，頁 1-3。 < <http://www.npf.org.tw/monthly/0304/theme-035.htm> >

<sup>55</sup> 前蘇聯細菌戰最高負責人之一，本名阿里貝可夫的細菌戰專家，在他所寫的「生物殺手」這本書中透露，前蘇聯間諜衛星發現在中共核武試射地區附近，有一龐大的生物武器實驗室，俄方情報握有證據，1980 年代後期這個地區曾出現兩次出血熱病毒的瘟疫，感染者均因大量出血而死亡，從前該地區不曾有這種病症。前蘇聯專家分析這些情報得出結論：瘟疫是中共科學家在試造生物武器過程中的意外事件。這些流行瘟疫包括造成大量出血的馬爾熱及可怕的伊波拉病毒。參見(黃光宏，2003:35)

目標是，希望 2005 年其生物科技之研發水準能與歐美先進國家並駕齊驅。(羅傑·克里夫著，謝豐安譯，2001:24-25)

#### 肆、小結

基本上，危機管理的目的，不但在於危機預防及危機處理上要解決立即危害的問題；還要在危機過後，深切檢討危機發生的起源，以減少危機後遺症，並避免危機的重現。從前述研究觀察，鑒於政府對於傳染病防治並無經驗，也無危機管理應變計畫，從危機的預防、危機整備到對危機的回應，都使以急就章的方式處理。尤其，在一開始所成立的危機應變小組，就缺乏公共衛生的專家參與；直到五月初通過 SARS 防治特別條例，以及重組危機應變委員會，整個危機處理機制運作才算步上軌道。雖然 SARS 危機已過，但仍衍生許多問題，仍待政府與民間誠意檢討改進，以便防範傳染病疫疾的再次來襲。

綜合前文的研究與檢討，我國在面對全球化的傳染性疫疾時，首先是「自大自滿」缺乏危機意識的心態，導致危機知覺不足、情報判斷失準；而且並未有完整的危機管理活動計畫，更無危機應變機制的設立與模擬演練「最糟劇本」。危機爆發後，危機處理小組都是臨時組成的，組織變來又變去，造成民眾對政府危機處理能力失去信心；而危機傳播溝通網絡更是無管制計畫，不管政府對民眾、政府對媒體的控管，以及中央政府對地方政府的溝通協調都出現問題。此次，SARS 危機不但提醒我們，對傳染性疫疾的危機處理策略上的諸多不足；並且告訴台灣政府與民眾，在面對「公共危機」時，必須有「同舟共濟」、「同島一命」的「共受風險」觀念。

### 第三節 後 SARS 的防疫危機管理

SARS 對台灣的衝擊，提醒了一個新時代的新變數，在全球化的時代裡，病毒也會以全球為範圍進行傳染，成為全球化的先鋒，在不同的地區飛來飛去。因此在全球化的效應下，人、物與資訊的跨國快速移動，個別地區危機管理的失當或偏差，都可能引發區域性的災難，SARS 疫情的蔓延與跨域衝擊互動，就是顯例。因此，未來跳脫政治牽絆，採取務實、透明方式，與國際進行安全上的合作接軌，才能迴避全球化效應下的安全危機。

#### 壹、後 SARS 的防疫計畫

我國在對抗 SARS 疫疾的準備上，不管是法令規章、危機應變計畫、指揮體系的建立、後勤支援系統、資訊整合運用等均相當缺乏，是導致疫情一發不可收拾的主因。在危機的預防管理上，WHO<sup>56</sup>對於對抗流行性傳染病的危機管理模式，可提供我國學習與借鑑。簡述如下：(官政哲，2003:41-43)

##### 一、WHO 的危機管理模式

WHO 之國際衛生規章(International Health Regulation, IHR)所規範的危機應變處理作業，包括：通報國際間關切之流行性傳染疾病緊急狀況；確認流行性傳染病，並啟動緊急應變與控制處理機制；維持並提升相關國家初期警訊與應變處置能力；迅速作出危機評估與提供專業支援協助。

##### 二、危機應變與後勤支援作業

WHO 的疾病調查小組均 24 小時應變準備待命，隨時準備馳赴世界任何發生傳染性疫疾的地區。自 2000 年以來，WHO 與各夥伴機構已協助 10 多個國家地區控制疫情。其應變處理支援工作包括：迅速提供感染地區(國家)之協助；支援各國對傳染性疫疾之控制能力與水準；每日召開應變會報；必要時採取現場協調及交流資訊處理。「應變小組」有獨立作業能力，包括交通運輸、通訊與配備等所需之資源。

##### 三、資訊管理溝通與分享運用

WHO 以資訊庫提供專業資訊，作為公共衛生機構、專業人士查證確認疑似

---

<sup>56</sup> 1946 年 6 月 19 日，國際衛生會議於紐約召開，決定「世界衛生組織」的名稱，並通過世界衛生組織憲章(The Constitution World Health Organization)。世界衛生組織(WHO)之機構，包括世界衛生大會、執行理事會、秘書處(或稱總署)及 6 個地區組織(非洲區、美洲區、東南亞區、歐洲區、東地中海區及西太平洋區)。其宗旨為在使人類獲得最高可能的健康水準。參見《推動台灣加入世界衛生組織》，< <http://www.doh.gov.tw/lane/policy/future-3.html/> >。

病例，檢證是否為傳染性疫疾；並於其網站上發佈傳染病發生新聞，以提供國際性重要傳染病資訊。同時和 192 個會員國疾病專家、衛生機構、實驗室等保持經常性聯繫，維持資訊溝通，分享資訊，以提高對傳染病之整體性掌握、應變準備及控制能力。

除了 WHO 所提供的危機預警與作業模式觀念外，筆者認為，在後 SARS 時代，所應該建立的是公共危機的「共受風險」理念，例如高雄市政府提出的「10 日自我健康管理」運動<sup>57</sup>。其次必須強調的是「社區聯防」的觀念，即包括以村、里組織及民間企業與非營利組織等，都能以「共受風險」的觀念，建立資源、資訊共享及聯合防衛的互動式危機管理型態。使由下而上的建立一套「自主型的防災組織制度」，並由中央跨越各層級直接對第一線(災難現場指揮部)進行控管與危機管理規範。<sup>58</sup>如此，除能避免 SARS 風暴時中央與地方發生權責不清的爭執現象外，最重要的是，由於「共受風險」的強化也能提高災難預警之效果。

## 貳、後 SARS 的情報資訊管理

我國在 SARS 危機初期，係保持較為戒慎的態度，但由於自滿態度、危機判斷失準及危機意識的鬆懈，致使 SARS 疫疾突破防疫缺口，並使事件擴大造成危機。尤其政府在危機預防上，並未建立標準作業模式，而 WHO 的預防機制(警告、查證與通報等)正可提供我國參考借鑑。

### 一、警告與預警機制

WHO 每日 24 小時持續追蹤全球流行性傳染病之狀況，必要時發布警訊及提供專業知識與技術諮詢，適時採取保護人類健康與生命安全之必要措施。包括：對流行性傳染病之情報資訊蒐集一系統性的偵測、查證確認發生事件<sup>59</sup>、資訊管

<sup>57</sup> 高雄市政府發起的所謂「10 日自我健康管理」運動，是指由個人針對 SARS 注意事項自行管理 10 天，包括：1.每日早晚量體溫；2.手摸口鼻勤洗手；3.拱手有禮不握手；4.常保空氣多流通；5.非有必要不探病；6.少去密閉場所；7.車船、醫院戴口罩；8.戶外運動強體魄；9.生活規律保健康；10.小心預防勿驚慌。(蘇瑞勇，2003:52)

<sup>58</sup> 對於由中央應變指揮中心，直接控管災難現場指揮中心的構想，筆者認為以現在的資訊科技應該可以做到。尤其現在電腦資訊系統與視訊會議的機能，使中央對於災難現場至少可以提供包括，及時的災難情報、資訊與相關知識的資源提供，即首先能破除所謂的「戰爭迷霧」，這一點應是無庸置疑的；其次，則是提供緊急的人、物力資源，這在未來都可能辦到。因此，筆者認為，將來由中央應變中心對災難現場的直接指揮是必然的趨勢，因此最基層的社區聯防體系的建構，應逐漸建立與之配套的軟、硬體設施。

<sup>59</sup> 世界衛生組織為協助會員國監測、防治傳染病，在各區署設立參考實驗室，定期監測傳染病如流感病毒，並協助會員國鑑定無法確認的病毒、細菌，以及時發現新興病毒或細菌，防止新興傳染病之爆發流行。例如，香港禽流感就是在著樣的監測下找到新病毒(H5N1)，即時撲殺雞隻，防止疫情擴散之造好實證。參見衛生署網站：< <http://www.doh.tw/cht/> > ;(許瑜真 施金水,2003:19)

理、即時發布警訊、啟動緊急反應與協調控制機制，以及提供行政後勤支援等。

## 二、流行性傳染病的查證確認

WHO 發展設計一種流行性傳染病查證確認程序表(Outbreak Verification List)，對不明原因之疾病、可能跨國傳散者、嚴重影響衛生安全或有非預期之高致命率與死亡率、可能嚴重影響國際間旅行或商務活動者、國家控制處理能力不足者，以及可疑、意外或故意傳播感染者等 6 項標準，作為確認是否為國際間關切之傳染疫疾。在通報系統上，則係透過每日各地通報，檢視各種情報資訊，評估傳染病之可能徵候，決定是否採取行動。其次，則每日透過全球傳染病控制網絡，以查證確認近 20 件之疑似傳染性病例報告。

## 參、後 SARS 的風險傳播與溝通

事實上，如上所述，危機情報資訊管理系統的主要目，就是在危機早期進行「危機察覺」和「威脅評估」，然後將獲得的有價值情報資料，經由溝通網絡系統傳達給目標對象知悉，以作為防範危機的重要參考資料。因此，在危機發生前的風險溝通<sup>60</sup>，顯然佔有非常重要的角色地位。因為唯有強化風險溝通，才能使民眾即時獲悉危機資訊與知識，化解民眾疑慮，平息大眾的恐慌情緒。當危機結束時，危機傳播的溝通重點，則轉移到預防下一波的疫情危機，並建立國人後 SARS 時代的風險認知。

風險溝通有助於民眾對風險的認知，以及對政府的信任。而政府對民眾的傳播溝通在未來應包括指引型訊息(instructing information)、調適型訊息(adjusting information)、內化型訊息(internalizing information)等三類。(吳宜蓁，2004:125) 指引型訊息，例如教育民眾勤洗手、量體溫、戴口罩等。調適型訊息，指協助民眾在心理上面對危機時，避免無畏恐慌。內化型訊息，這類訊息連結政府形象，讓民眾在接受訊息時，即建構出對政府危機反應的肯定與認同。

回顧 SARS 爆發前段，即 2002 年 11 月廣東出現 SARS 病例，迄至次年 4 月 SARS 侵入台灣之前，政府即應開始告知民眾 SARS 的防疫知識，以建立民眾正確的 SARS 風險認知。在 4-6 月 SARS 風暴期的溝通重點在緊急教導民眾如何預防感染病毒。在 2003 年 6 月世界衛生組織將台灣除名從 SARS 疫區除名後，風

<sup>60</sup> 風險溝通與危機溝通不同，風險溝通分為保護溝通(care communication)、共識溝通(consensus communication)，以及危機溝通(crisis communication)三種，因此風險溝通的涵義較危機溝通為廣。風險溝通較危機溝通更關心民眾對危機風險的看法、知覺度與接受度等，重視這些民眾心理知覺的變項；反觀危機傳播，則是以組織中心，思考如何與民眾進行溝通。參見(吳宜蓁，2004:125)

險溝通即應進入第三階段，也就是「建立新的風險認知」。(M. W. Seeger, 1998:231-275)

衛生署自 2003 年 8 月已開始擬定作戰動員計畫，9 月開始進行宣導及與利益關係人進行溝通，以防範秋冬 SARS 再度來襲。<sup>61</sup>動員計畫的目標，包括：(一)統籌管理及應用防疫相關資訊，使資料運用能達最大效能；(二)建構衛教宣導及政策行銷模式，提升民眾意願及施政滿意度；(三)建立新聞發布及輿論收集回饋機制，讓民眾瞭解政策走向及減少誤解；(四)透過有效溝通及政策行銷，建立政府專業形象。(吳宜蓁，2004:134-135)

從上述觀察，足見政府在歷經 SARS 浩劫後，已深切體認早期風險溝通與危機預防的重要性，並將其列為後 SARS 時期動員計畫的主軸。後 SARS 時期政府提出一個新的風險概念—「自主健康管理<sup>62</sup>」，這個概念主要是向從 SARS 流行區入境的旅客，要求自入境起自我健康管理 10 天。而後 SARS 時期的溝通重點則在建立新風險認知，同時強化內化型的訊息。例如，政府在 SARS 防治衛教及政策溝通的工作項目上，明示「建置 SARS 網路資料庫」、「衛教宣傳」、「媒體溝通與形象管理」三要項。

在「衛教宣導內容」方面，採取「漸進加深加廣」方式，在宣導目標對象方面則以「族群」概念的小眾區隔方式，而在「媒體溝通與形象管理」方面，也針對當時 SARS 危機階段所犯疏失改進。例如，加強媒體參與、定期與媒體座談與召開記者會、由專人規畫與協助新聞稿擬定、建置常態性的溝通管道、組成專家諮詢機制，以及訂定輿情蒐集分析與回應流程等。<sup>63</sup>從上觀察顯示，政府歷經 SARS 浩劫傷害，已能從教訓中獲得經驗與學習，並能以迎接下一波 SARS 危機的心態，進行危機管理活動計畫的檢討與修正。

<sup>61</sup> 參見《政府防疫表現，65%不滿意》，聯合報(台北)，2003 年 5 月 20 日，版 A2。

<sup>62</sup> 這是源自 WHO 於 2003 年 8 月 14 日，對於 SARS 可能曝露者必須追蹤管理與隔離 10 天的規定。衛生署據此訂定「自主健康管理及居家隔離分級因應措施」，訂出新的宣導主軸—「隔離新措施—三不要」，也就是「不發燒、不傳染、不隔離、要自主健康管理」。參見 CDC，〈<http://www.cdc.gov/ncidod/sars/cht/index.htm>〉

<sup>63</sup> 新聞局也配合統籌徵用媒體時段於疫情宣導，並加強國際媒體的宣傳，包括製作外語版 SARS 防疫廣告、提供外語新聞稿、召開國際媒體記者會、即時澄清國際媒體的錯誤報導等。另除新聞局外，行政院各部會的配合工作，包括：疾病管制局，負責蒐集相關政策資訊並轉化為衛教訊息，與各部會溝通並建立配套策略、建立宣導管道，以及製作文宣品、購買媒體並將其效果發揮至最大。衛生署，負責統籌所屬機構及資源，協助行政院各部會通路及資源共同宣導。行政院各部會，目標族群之宣導、釋出通路及資源，主動加強所屬通路宣導策略。其它部會配合方式，請參見《各部會 SOP 資料》，「行政院衛生署疾病管制局 SARS 資訊網」，〈<http://www.cdc.gov.tw/sars/>〉

## 肆、後 SARS 的應變機制

這次的 SARS 危機，在第一個病例移入時，政府仍陶醉在三零紀錄中。衛生署在 3 月 17 日才成立「嚴重急性呼吸道症候群疫情處理因應中心」、「專家學者會議」、「中央跨部會疫情對策會議」，以及 3 月 28 日成立的「SARS 疫情特別因應小組」，但均非由最高決策者(單位)的統籌規劃，也非真正的「應變機制」。直到 4 月 24 日和平醫院因感染而封院，確定 SARS 防護網出現漏洞後，政府才開始啟動國安系統的危機管理機制。隨著疫情的升高，政府危機處理中心的層級也跟著拉高，從疾病管制局、衛生署一路拉高到行政院。(吳宜蓁，2004:112-113)顯見，政府防疫的危機管理活動缺乏周延與完善的規劃，才會造成危機應變組織的一再改組，及對危機處理人員的「臨陣換將」等。

依據國家安全的危機管理活動模式，在危機管理的總計畫中應有危機的應變計畫及危機管理小組的成員安排。平時，危機管理小組按危機應變計畫的方案進行模擬演練；在危機發生時，則指定(或轉為)危機處理小組依據應變方案進行危機處理。因此，政府在 SARS 危機發生時，就應有應變計畫與方案，而且危機處理小組的成員應能事先就做好安排，而非臨時性的任務編組。

以此次 SARS 危機而言，危機應變中心應早在 2003 年初，SARS 在亞洲地區造成嚴重疫情時就要設立，並進行配套措施。但事實上，SARS 在 2002 年 11 月從中國廣東開始蔓延，先向南擴散到香港、越南和新加坡，在 2003 年 3 月中旬才由勤姓台商帶入台灣，期間經過 5 個月，政府理應有足夠準備時間，但卻按兵不動，而延誤「危機愈早處理愈佔優勢」的原則。況且，以現代的知識與資訊科技言，我國抗 SARS 的危機應變中心之軟硬體設施，可能仍有商榷餘地。

筆者認為，後 SARS 時期的危機應變中心應具備 C4I (Command, Control, Communication, Computer and Intelligence) 功能，即「指揮」—成立總指揮部，只能有一位總指揮官，以確保決策的貫徹力，並對外展現組織內部的向心力。「管制」—管理工作進度，控制危機擴大。「溝通」—即指揮決策與執行機制間的資訊共享，以及對傳播媒體的運用。「電腦」—指對現代電腦資訊科技與網際網絡的運用。「情報」—指危機情報管理系統的功能，包括蒐集資訊、推測原因、評估及反應等的分析。另外，在危機應變中心的軟、體設施方面，可參考 WHO 的系統設施設置。簡述如下:(官政哲，2003:42)



## 一、危機應變的事件管理系統

WHO 之事件管理系統 (Event Management System) 為一動態性之警告與應變作業模式，主要在提供全球各相關單位正確迅速之資訊。包括：1.綜合性資料庫；2.追蹤與紀錄；3.行政後勤支援資源管理；4.專業諮詢服務；5.整合全球疾病管制與反應網絡；5.標準化資訊服務；6.溝通協調等。除系統性提供即時正確資訊外，該系統並能使 WHO 與全球性之疾病管制與應變網絡能作更好的應變準備，以及更有效的資源管理運用。

## 二、疾病管制與緊急應變模式

WHO 的情報資料系統係來自各國衛生單位、公共衛生研究機構、WHO 區域辦公室、合作研究中心、民間與軍事研究室、學術機構及政府組織(NGOS)等資訊，以建立「全球公共衛生資訊網」(The Global Public Health Intelligence Network)。該資訊網係依半自動電子搜尋系統，不斷自網路中搜尋主要網站，疾病警訊網路、新聞、電子媒體網站、公共衛生電子郵件服務及各國政府網站、公共衛生機構、非政府機構、專家討論群組等，以蒐集鑑別分析，及早發現不正常病例與傳染病訊息。

## 三、迅速反應協調與控制處理

WHO 與全球傳染病控制之專家、機構、非政府組織等資源整合，以提供警訊與必要時的應變控制要求。除提供各會員國專業技術諮詢服務及各種醫療器材設備之支援外，並協助進行國際流行性疾病調查及反應處理之協調控制，包括進行現場調查、確認性診斷、危機處理、案件偵測、疾病控制、後勤行政支援等。

## 伍、後 SARS 的醫療體系與醫院管理

### 一、醫療體系的建立

事實上，這次 SARS 的侵略對台灣的醫院文化、醫療體系及醫病關係都產生強大的衝擊與影響。例如，各醫院紛紛成立發燒篩選站，加強各醫院感染控制管理，提供醫護人員充分的防護設備，掌握可使用的隔離病房，以及登記與管制到醫院探病及照顧者。而政府在後 SARS 時期，也提出了重建台灣四大目標：包括 1.公衛醫療體系的重建，由衛生署主導；2.社會關懷與秩序之重建，由政務委員負責；3.產業經濟的重建，由經建會主政；4.國家形象的重建，由新聞局承辦。其中公衛醫療的重建最為重要，又分為四組：有關分級就診、健保給付方面由中

央健保局主辦；環境衛生與公共衛生方面，由疾病管制局、國民健康局與衛生署企劃處主辦；醫院管理方面，由衛生署醫政處主辦，另外就是用藥安全與餐飲文化之改善由署食品處、藥政處負責辦理。(蘇瑞勇，2003:52)

## 二、醫療文化的改善

後 SARS 時期的醫療文化願景，在於營造一個安全的就醫環境，減少病人在醫療照護過程中不必要的傷害，進而積極提昇醫療照顧品質。在具體作法方面，蘇瑞勇認為在後 SARS 時代，應在以下方面提升落實，包括：1.建置優質、安全的全醫療照顧；2.醫療服務體系的重建與資源整合；3.衛生行政體系的加強；4.全民健保制度的永續經營；5.增強醫藥的研發與人員的培訓；6.推動加入國際衛生救援活動及國際衛生組織等。(蘇瑞勇，2003:51-56)

## 三、醫院管理的增進

整體而言，SARS 危機是因在和平醫院、仁濟醫院等發生院內感染，緊急封院，加上媒體爭相報導，才使得整個台灣社會人心惶惶。因此，在後 SARS 時期，醫院危機管理體系的建立，是一個非常重要的課題。閻中原等人認為，醫院至少要從以下方面建立危機管理體系：1.建立醫院的危機預警系統；2.啟動標準作業流程的快速反應系統；3.建立資訊傳輸和處理系統；4.建立完備快速後勤補給系統；5.建立院內人員培訓和各項技術儲備能力；6.建立國內醫療體系危機處理合作模式。(閻中原等，2003:115-116)

## 陸、SARS 過後的兩岸非傳統議題

基於 SARS 的病毒是從中國大陸疫區帶入，而事實上，過去也有口蹄疫等經驗。因此，SARS 的衝擊不只是對台灣內部社會經濟的衝擊而已，還包括對兩岸對「全球化」衝擊與「恐怖份子」攻擊等非傳統安全議題的省思。當兩岸都把 SARS 當作是一種「恐怖主義」的時候，對抗 SARS 也被視為是一種「非典型的戰爭」。根據西方對於戰爭的解釋，戰爭的作用是在於對人的動員，一切行動都集中於抵禦境外的敵人，而形成國內團結的景象。因為在 20 世紀以群眾為基礎的社會中，社群的意識，或是社群的幻想，都是從戰爭中整合而來的。(Robert Nisbert 著，徐啟智譯，1991:頁 4)

台灣社群的集體幻想，起自中共的隱瞞 SARS 疫情、對全球化的反撲、藐視基本人權，以及反對台灣加入世界衛生組織，對台灣進行圍堵，使台灣孤立於全

球的防疫體系之外。但在中共對我國際進行外交圍堵時，SARS 現象所引起的「新圍堵主義」<sup>64</sup>也在大陸內部及台灣對大陸的悄悄出現。例如，台灣把 SARS 當作「恐怖份子」看待，或是中共版的「恐怖主義」；所不同的是，SARS 是看不見的恐怖份子，而中國則是看不見的恐怖份子之大本營。

## 柒、小結

在美國「911 事件」之後，全球各國政府與國際社會均遭逢來自恐怖主義的全球性安全威脅；而 2004 年初引發東亞新風暴的「禽流感」，也已成爲人類安全威脅的另一部分，特別是 SARS 與禽流感兩種以東亞地區為範圍的流行病，更是成爲 21 世紀東亞各國所須面對的安全議題。這是因爲 SARS、禽流感之類的流行病，也將同步影響到軍事組織、國家經濟、糧食供給與社會安全的面向等。因此，在風險全球化的年代，我們必須要有更好的危機管理活動之預警監督機制、危機應變措施與危機管理辦法，同時更要注意到與國際衛生安全的接軌等，才能做到真正的維護國家安全。

此次，由於 SARS 疫情對全球化的影響及肆虐，全球各國均共同為防禦 SARS 而警戒。但我國卻因政治原因與中共打壓，<sup>65</sup>而被 WHO 排拒於大門之外，無法獲得 WHO 的支援與協助。<sup>66</sup>當前，隨著兩岸人民交流日益頻繁，台灣既然會受到來自中國大陸台商帶入的 SARS 病毒傳染而流傳，將來也會有可能從台灣帶入他種不明病毒，傳染流傳到中國大陸地區。這次 SARS 危機，由於我國並非世界衛生組(WHO)的會員國，因此也未能得到 WHO 的支援與協助，對我國而言，非但不公平也不合理。然而，在後 SARS 時期，我國除應持續爭取入 WHO 外，WHO 對抗流行性傳染病之危機管理模式，實也應當為我國所參酌學習之典範。

<sup>64</sup> 此正如副總統呂秀蓮所認為，在 SARS 流行之時，全球有 133 個國家擔心遭到 SARS 傳染，紛紛對來自中國大陸的旅客採取防堵的措施；而大陸內部許多地區也因憂心 SARS 疫情的擴散，自動採取「劃地自保」的策略。這正突顯大陸內部可能出現所謂的「巴爾幹化」的現象。這種對中國大陸從外部到內部所產生的層層圍堵的情況，不但形成「新圍堵主義」的概念，也讓中共在 SARS 的戰爭中，首次嘗到被孤立的苦果。參見王崑義，《新圍堵主義》，自由時報(台北)，2003 年 6 月 3 日，版 4。

<sup>65</sup> 我國爭取加入 WHO 的行動，屢次在中共的阻撓下遭到挫折。中共當局稱，世界衛生組織是聯合國的專門組織，台灣不是主權國家，因此沒有資格申請加入。2003 年 6 月，中共外交部發言人章啟月在北京說，任何支持或推動所謂台灣參與世界衛生組織的言行，都是對中國主權和領土完整的侵犯，都是對中國內政的干涉，中國對此堅決反對。而對於支持台灣加入 WHO 的國家，也被中共當局指為在國際上製造兩個中國、一中一台。(賴松岡，2003:45)

<sup>66</sup> 在台灣出現 SARS 病例時，WHO 官員即在北京發表對我國不友善的談話，我國外交部也正式發函向 WHO 提出不滿。WHO 在其會議上都未提到「台灣」二字，其忽視台灣之疫情讓人感到不可思議，立法院亦針對此事向外交部提出質詢。(賴松岡，2003:45)

## 第四節 結語

從本章以國家安全的危機管理活動模式，分析我國政府的抗 SARS 危機處理措施，發現當 2002 年 11 月至 2003 年 3 月期間，當 SARS 疫情向全世界擴散時，政府的防疫措施與計畫並未真正啟動，因此可以說政府的危機預警管理確實是由「疏忽大意」造成；而真正啟動緊急應變的危機處理機制的，是在 4 月 22 日的和平醫院集體院內感染事件之後(衛生署陸續接獲 199 名通報案例)；而在 4 月 25 日行政院才開始提昇防疫層級，並將「防疫視同作戰」。最後，在政府努力、國人配合，以及李明亮教授的臨危授命、指揮若定下，才控制了疫情的向上發展，並且穩定了疫情。

從前述觀察，我國政府對於 SARS 的危機處理失當，開始即肇因於對 SARS 的危機意識與本質認識之不足。在處置措施方面，首先即未能從「院內感染控制」著手，致使抗 SARS 成效不彰；加上政府管制政策過當，以及媒體的過度宣揚助長民眾恐 SARS 心理，使國家的損害與對應成本高度膨脹，造成整體經濟、社會、國家形象，乃至於個人生活與民眾基本人權的莫大斷傷。(曹瑞泰，2005:175)

若以危機管理活動模式的標準，來檢驗此次的 SARS 危機，筆者認為在危機發生前，政府就應備妥危機管理活動的整體計畫。在運作上，危機發生前，至少應有危機計畫系統、情報資訊管理系統、危機傳播溝通網絡、危機應變機制(含危機管理小組成員組成)的設立、決策支援管理系統(包含危機訓練系統、智庫及資源管理，並進行危機沙盤推演等)，以及其他完善的危機管理配套措施等。在危機發生時，即應以謹慎積極的態度，按照危機應變計畫，進行回應處理。此時，危機應變計畫中的危機管理小組成員，應立即轉化為危機應變小組(或危機指揮中心)成員。在危機處理的過程中，應持續進行資訊蒐集與危機情境偵測(反饋)，以掌握危機情境的動態發展；尤其更要重視的是，風險傳播與危機溝通在危機處理中的角色與功能。

此外，在政府抗 SARS 的危機處理過程中，包括台灣的政治文化、政府的官僚體制、中央與地方的事權分工、醫療資源體系、醫師專業與倫理，以及有關的法律層面問題，都是我國在 SARS 過後必須深刻檢討的重點。尤其如何運用此次 SARS 經驗，加深人民的公共衛生與道德觀念、加入 WHO 並吸取其危機管理經驗、加強災難學術研究等，都是政府必須貫徹進行的重要課題。在後 SARS 時期，

如何進行全盤化的危機管理活動檢討與修訂，便非常的重要，因為類似 SARS 的傳染疾病危機，在全球化的年代很可能會再次出現。而危機管理活動計劃的制定，必須依據上次的經驗設計規劃。

最後，從以上對 SARS 疫情的衝擊觀察，使我們得到一個經驗教訓是，世界的各方面已連成一體，每個人、每個社會的行為，都可能對別的社會發生影響；而任何一地所發生的事，也都對別地有或多或少的影響。21 世紀的今日，全球化已經高度的發展，世界緊密相連，已經到了「牽一髮而動全身」的程度。因此，在全球化下，世界各國的國家安全已經和全球化相互連結，必須以全球化的宏觀視野，來處理未來的國家安全問題。

SARS 疫情的危機，僅是全球化趨勢下的冰山一角，因此要以全球化的視野和「有所準備」的態度，來面對下一場更嚴苛的考驗，才能減少全球化對國家安全的衝擊與傷害。未來，對於國家安全的危機管理活動計畫，也必須與國際性的機構通力合作，才能避免人類的災難。國際化的組織（如 WHO 等），也正扮演著越來越重要的角色，因為它的監督、協調和襄助，才能使在這個高速流通的時代裡，以國際之間的通力合作，快速有效的控制跨國性的安全問題。

