

## 臺灣防癆體系的黑暗期（1986~2001）

張鴻仁<sup>1、2</sup>

### 前言

今年是全球結核病防治計畫「The Global Plan To Stop TB2006-2015」及疾病管制署推出之「結核病十年減半全民動員計畫」之第十年，這兩個計畫分別是代表 21 世紀國際和臺灣結核病防治史上最重要的一個“努力”。當我們開始回顧自二次大戰結束以來的防癆史，卻發現，綜觀文獻，對於臺灣地區的結核病防治，始終缺乏一個整體性的紀錄，尤其在 1980 年代中期衛生署開始規劃防癆局改制為慢性病防治局，到 2001 年 7 月，慢防體系改名“衛生署胸腔病院”，新結核病防治體系改由疾病管制局（現為疾病管制署）主導正式運作，這十幾年間的歷史，幾乎是一片空白。誠如索任醫師在 2008 年所述「許多人已逐漸淡忘過去 50 年來多少前輩在這場長達半世紀的防癆聖戰中，怎樣地默默犧牲付出的歷程…」[1]。本文嘗試回溯這一段歷史，以利後代回顧之用。

### 早期的防治成效

1986 年以「臺灣省的防癆工作」為題的一篇有關結核病防治文章發表於「疫情報導」[2]，從結果論，這篇文章總結了戰後政府全面投入“防癆工作”的重要成果，該文中兩張重要的圖分別顯示臺灣地區的結核病的死亡率由民國 36 年的十萬分之 294.44 降至民國 71 年的 11.2，以及臺灣地區民國 46 年至 73 年間六次結核病盛行率調查，結核病大幅下降的輝煌戰果[2]。

在 1980 年代中期，公共衛生政策隨著十大死因的改變，逐漸從過去的傳染病轉向癌症及各種慢性病。因此，民國 74 年結核病正式退出十大死因之後，政府也順勢將專司結核病防治的「防癆局」改制為「慢性病防治局」[3]，擴大業務來負責各種中老年病(糖尿病、高血壓、心臟病、中風)之防治。或許因為過去績效太過顯著，以至於主管官署太早下了結核病已獲控制的結論，自民國 76 年廢除由防癆專員專職管理結核病防治工作，改採「基層綜合保健」由地段公衛護士負責，之後的十五年間，結核病死亡率下降趨勢大幅趨緩，死亡順位一直在第十一、十二位間徘徊，其中有幾年(民國 77 年、79 年、85 年)更不降反升(圖一)，而於 1987 年進行的第七次結核病盛行率大調查[4]，疑似病例的盛行率亦不降反升。難怪楊思標教授在 2002 年有關「台灣防癆體系重建及運作之願景」[5]的演說中，指出「近十幾年來台灣防癆成效遲滯」。這些數字，似乎被當時

<sup>1</sup> 上騰生技顧問股份有限公司

投稿日期：2015 年 1 月 19 日

<sup>2</sup> 國立陽明大學

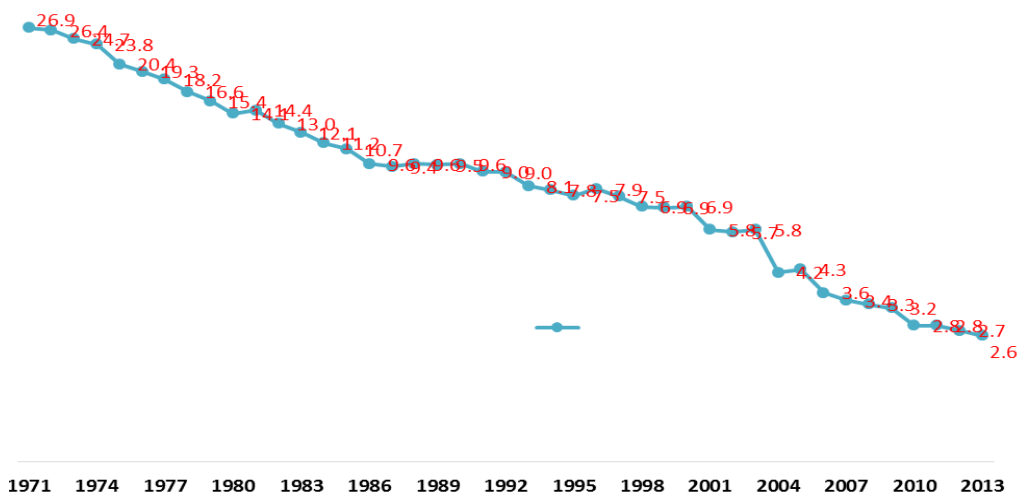
接受日期：2015 年 2 月 12 日

通訊作者：張鴻仁<sup>1、2</sup>

DOI：10.6524/EB.20150310.31(5).003

E-mail：changhongjen@yahoo.com.tw

整個社會正面臨金融泡沫以及全面民主化的大浪潮中淹沒。進入 1990 年代之後，衛生署大部分的力量集中在全民健保的籌辦及醫療體系的改革，加上各類新興與再浮現傳染病一波又一波地襲來，讓中央防疫單位應接不暇(愛滋病與登革熱是最重要的例子)，根本無力在精省／凍省的過程中，接下臺灣省衛生處長期扮演的決策角色，而改制後失去主軸的“臺灣省慢性病防治局”，在臺大醫院決定收回位於青島西路的舊址後，如同無父無母的孤兒般流離失所，這是防癆體系最低潮的時期。



圖一、臺灣結核病死亡率長期趨勢(1971~2013)

### 退出世界衛生組織的影響浮現

我國由於公共衛生體系的進步，例如：婦幼衛生、預防接種的普及、各種傳染病防治的成果輝煌，再加上 B 型肝炎疫苗政策的成功。讓許多人以為臺灣的公共衛生體系真的可以獨立於 WHO 外而獨自運作。然而，當 WHO 在 1993 年宣布「結核病的全球危機」並確立以 DOTs(Direct Observed Treatment, short course) 為主要防治策略時，臺灣完全在狀況外。因此，當筆者於 1996 年參加國際抗癆聯盟及肺病聯盟(IUTALD)年會時，看到全世界各國不論歐美先進國家或中南美、亞、非的新興國家，均用同一張報表來呈現結核病防治的結果(表一)，而離開世界多年的我國防癆體系，由於已無每年向世界衛生組織通報的需求，因此，防癆年報不再出刊，剩下的防癆工作月報[6-7]為第一線工作人員的工作彙報，係以各類作業的個案數為主體，而非國際上均以“成果”(完治、治癒、治療失敗、死亡、失落、轉出)為主體的追蹤考核體系。而這是我國因為退出世界衛生組織對公共衛生體系產生負面衝擊，最重要的一個例子。

其次，當時全世界各國，不論發展中或已開發國家，由於結核病的反撲，均開始推行 DOTs 計畫，這個現今已為全世界結核病防治的主要策略，在當年引進時並未立即得到國內防癆專家們的認同和支持，因此，1997 年由防疫處先在山地鄉實施，一直要到 2001 年疾病管制局正式全面接管結核病防治工作後，才在平地鄉逐步推廣，並要等到 2006 年推動十年減半計畫，DOTs 才在我國全面實施[8-9]。

表一、世界各國呈現結核病防治結果的報表

Table 2. – Definitions

	Definite case with pulmonary tuberculosis	
	Culture confirmed	Sputum smear microscopy confirmed
Cured	Documented conversion of culture during the continuation phase	Sputum smears negative on two occasions at the end of treatment
Treatment completed	Documented treatment completion, but no documented culture conversion	Documented treatment completion, but not sputum smear microscopy available at the end of treatment
Treatment failure	Culture remaining or again becoming positive at 5 months of treatment or later	Sputum smears remaining or becoming again positive at 5 months of treatment or later
Death	Death of the patient irrespective of cause at any time before envisaged end of treatment	Death of the patient irrespective of cause at any time before envisaged end of treatment
Treatment interrupted	Patient off treatment for 2 consecutive months or more or failure to complete treatment within 9 months for a 6-month or within 12 months for a 9-month regimen or drug intake <80%	Patient off treatment for 2 consecutive months or more or failure to complete treatment within 9 months for a 6-month or within 12 months for a 9-month regimen, or drug intake <80%
Transfer out	A patient referred to another clinician for treatment in whom information on treatment outcome cannot be obtained	A patient referred to another clinician for treatment in whom information on treatment outcome cannot be obtained

資料來源：Veen JI, Raviglione M, Rieder HL, Migliori GB, Graf P, Grzemska M, Zalesky R. Standardized tuberculosis treatment outcome monitoring in Europe. Recommendations of a Working Group of the World Health Organization (WHO) and the European Region of the International Union Against Tuberculosis and Lung Disease (IUATLD) for uniform reporting by cohort analysis of treatment outcome in tuberculosis patients. *Eur Respir J.* 1998 Aug;12(2):505-10.

## 全民健保的衝擊

1995 年全民健保開辦，過去防癆體系依賴“免費醫療”來讓民眾集中於“專責體系”治療管理的時代正式結束。各類醫療保險之實施以至於全民健保的施行，對防癆體系而言，要全面掌握個案管理是非常嚴峻的挑戰。最早期，藥物是美國援助，整個防癆體系從病人的發現、追蹤、治療與個案登記，是一條鞭。後來醫療體系日益開放，加上各類保險的開辦，防癆局一方面扮演專業診療機構角色，另一方面要扮演公共衛生的疾病通報管理作業，從組織變革的角度而言，其原始核心能力(Core competence)不足以因應環境變遷後的需求。根據防疫處於全民健保開辦第二年的分析，在所有醫院向健保局的結核病申報的住院病人中，未經中心登記的病人占 53%，其中 89%係應申報未通報[10]。又，根據江振源醫師 2002 年的研究[11]，在健保開辦前，大約有一半的結核病人是在防癆機構診治。開辦後第一年，就降到三分之一，等到健保兩大措施施行後，進一步下降到四分之一。這些數字，都反映出，在那個醫療體系大變動的時代，如果組織不大幅再造是無法因應快速變化的環境。

不過這個挑戰也提供了機會，首先是全民健保資料庫，在全民健保之前，沒有人知道臺灣每年有多少結核病人；因此必須仰賴每五年一次的盛行率調查來估計疾病的發生率與流行情形；更不知道，在防癆體系外診治的結核病人，有多少比例真正被通報，並納入追蹤與管理。因此，當 1996 年中央健保局與防疫處聯手，共同比對資料庫時，我們才知道當時“中心登記”只掌握了大約三分之二的個案。其次，由於首任健保局總經理葉金川先生亦是公共衛生背景，因此在他任內實行了兩大影響深遠的策略，其一是“不通報、不給付”，這是鞭子，其二是“通報費與完治費”的新興給付，這是胡蘿蔔。“不通報、不給付”的政策宣佈之後，整個通報體系個案暴增 50%，自此，我國幾十年來結核病的通報體系，不再因為無法完全掌握全部個案而造成防疫缺口。進入 21 世紀的新防疫體系不但隨時掌握所有個案，對於盛行率/發生率的估計，從此不但無需仰賴每五年一次的「盛行率大調查」，今天疾病管制署的網站(<http://nidss.cdc.gov.tw/>)上可以隨時看到結核病的即時資料(real time report data)[12]，這麼先進的通報資訊系統，至今仍領先全世界大部份國家，當年健保的加持，功不可沒。

### 腸病毒來襲 防疫體系崩潰

1998 年，EV71 腸病毒來襲，甫因“甲魚霍亂事件”被監察院彈劾的中央防疫體系，終於潰決。衛生主管機關因此大刀闊斧進行防疫體系組織再造。1999 年 7 月 1 日疾病管制局成立，甫上路，隨即遭遇百年一遇的 921 大地震，緊接著的總統大選和政黨輪替，讓中央衛生主管機關無力承接精省之後，結核病防治體系在面對這個古老疾病的新挑戰時，所需之政策主導。而就在此時，防癆局自民國 38 年起向臺大醫院租用於青島東路的舊址，在臺大醫院興建兒童醫院的需求下，被迫搬遷，於 1998 年元月遷至深坑，並在 1999 年 7 月精省，改隸中央後，逐漸步入歷史。

### 防癆年報 見證歷史

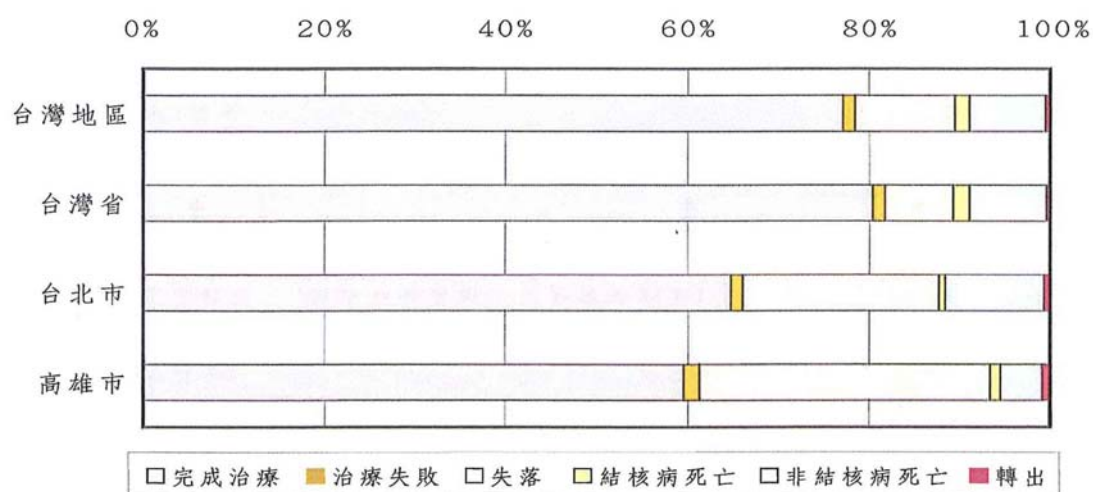
民國 51 年臺灣省防癆工作年報的序言[13]，記錄了臺灣防癆年報的重要歷史，「…這已是第十三次(編年報)，但以中文編寫，是第二次，民國 48 年出刊過一次。」簡言之，過去年報均以英文出刊，係給國外“援華”單位之用，例如：ABMAC(美國在華醫藥促進局)、UNICEF(聯合國兒童基金會)、WHO(世界衛生組織)、USPHS(美國公共衛生總署)等。因此，在我國於 1971 年退出聯合國與世界衛生組織之後，就不再編制防癆年報。根據慢防局局長林道平先生在民國 86 年年報的序言[4]：“臺灣結核病防治工作，初期每年出版英文年報，民國 60 年起出版工作月報，為純數字性工作紀錄”，可以看出退出世界衛生組織對防癆工作的影響。

在出版過兩本中文年報(民國 48 年、51 年)之後，防癆委員會分別在民國 65 年及 71 年出版了“臺灣省防癆工作民國 55~64 年以及民國 65 年~70 年的兩份報告書。之後停了十五年，等到民國 86 年，臺灣省慢性病防治局的時期才恢復出版，

之後共出版了五本(民國 86 年至 90 年),在慢性病防治局於 2001 年正式步入歷史之後又停了五年“(民國 91 年至 95 年),於民國 96 年恢復出刊至今。

以內容而言,早期的年報注重死亡率、感染率、盛行率以及重要工作的報告,例如:卡介苗的接種、藥品的供應(美援時期)、胸部 X 光檢查、結核病菌檢驗、門診與病房工作、公共衛生護理、訓練及研究等,這個架構在當時是依據世界衛生組織與聯合國兒童基金會制定的[14]。民國 86 年重新出版的年報,是防癆體系積極奮起的一個指標,在整體大環境極度困難之時,慢防局能戮力出版年報,的確值得肯定,其內容亦令人耳目一新。更重要的是,年報中最重要的一個新報表,「病人治療」已經與國際接軌(表二),這是在這個時期最重要的突破。林道平局長在序言中指出「…且健保局實施結核病「不通報、不給付」政策後,通報結核病人激增,結核病再度成爲社會矚目的焦點……」,亦見證了全民健保的貢獻,以及社會重新重視結核病防治的歷史。

表二、臺灣地區民國 85 年新登記肺結核病人治療結果



資料來源：民國 86 年結核病防治年報第 31 頁

### 數字透漏歷史的軌跡

民國 36 年,我國結核病死亡率爲十萬分之 294.44,佔當年的死亡數的 16.23%,到民國 74 年降至十萬分之 10.72,佔當年死亡數降至 2.25%,並退出十大死因之列,是我國結核病防治的黃金時期。在 39 年間死亡率減少了 86%,如果用退出世界衛生組織之後的十五年間,民國 60 年(死亡率爲十萬分之 26.94)至 74 年來計算,亦下降了 60%;而民國 74 至 89 年的十五年間死亡率由十萬分之 10.72 降至 6.91,只下降 36%。而進入二十一世紀之後,2000 年至 2013 年的死亡率由十萬分之 6.9 降至 2.6,降幅仍高達 62%。雖說傳染病防治愈到最後一哩路難度愈高,要維持過去的光榮不易,由這個趨勢,可以知道許多歷史的結果常常是「事在人爲」,只要多努力,我國結核病防治成果應該有機會早日躋身先進國家之林。

## 結論

從 1986 年，疫情報導發表「臺灣的防癆工作」至 2001 年疾管局全面接管結核病的防治工作的十五年間，可以說是臺灣結核病防治的黑暗期，這個失落的年代歸納起來有下列幾個重要的因素：首先，退出聯合國/世界衛生組織，使我國防癆體系和國際脫軌；其次是由專職的防癆局改制慢性病防治局，失去原有的重心；第三是各類健康保險的辦理，讓病人大幅轉向民間醫院，導致通報與管理的困難；第四是中央防疫體系造成政策主導的空窗；最後是臺大索地，導致防癆體系流離失所，人才大量流失。

## 後語

經過這一段的黑暗期，幸好，防癆體系的“老幹新枝”不屈不撓，防疫體系自 1996 年之後引進的疾病通報管理新觀念，加上全民健保的加持以及自 2006 年開始的「十年減半」計劃。終於讓結核病防治重回正確軌道。根據疾病管制署的統計，2013 年結核病死亡率已下降至十萬分之 2.6 歷史新低。不過發生率的下降還不盡如人意，每年新發生的個案仍高達一萬三千多人（2010 發生率，十萬分之 57），這個數字仍遠高於先進國家(表三)。本文回顧這一段臺灣防癆的黑暗期，目的在於讓後代公衛工作者能時時警惕，要知過去輝煌成果得之不易，尤其是最後一哩路需要大家的同心齊力，我國的結核病防制才有可能早日達到先進國家水平。

表三、世界及亞洲主要國家結核病發生率及死亡率(每十萬人)

		發生率	死亡率
美	國	3	0.15
英	國	13	0.54
德	國	6	0.36
法	國	9	0.52
義	大 利	6	0.51
西	班 牙	13	0.51
日	本	18	1.7
新	加 坡	47	1.7
韓	國	97	5.2
中	國	70	3
香	港	66	2.48
馬	來 西 亞	99	5.8

資料來源：

1. Public Health England. World Health Organization (WHO) estimates of tuberculosis incidence by country, 2013. [https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment\\_data/file/393840/Worldwide\\_TB\\_Surveillance\\_2013\\_Data\\_High\\_and\\_Low\\_Incidence\\_Tables\\_\\_2\\_.pdf](https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/393840/Worldwide_TB_Surveillance_2013_Data_High_and_Low_Incidence_Tables__2_.pdf)
2. The Henry J. Kaiser Family Foundation. TB Deaths per 100,000 population. <http://kff.org/global-indicator/tb-death-rate/>
3. 香港結核病發生率資料係取自香港衛生署官方網站: [http://www.info.gov.hk/tb\\_chest/index\\_2.htm](http://www.info.gov.hk/tb_chest/index_2.htm)

## 誌謝

本文所參考的防癆年報，因為組織變動，在衛生福利部已無檔案，幸賴防癆協會秘書長林道平醫師及索任醫師的熱心幫忙，始覓得這些珍貴文件。

## 參考文獻

1. 索任：台灣防癆工作的今昔。疫情報導 2008; 24(3):169-76。
2. 台灣省防癆局：臺灣省的防癆工作。疫情報導, 1986;6(2):45-50。
3. 公共衛生發展史(二)：行政院衛生署，1997:459。
4. 台灣省慢性病防治局：結核病盛行率大調查。結核病防治年報 1997:8
5. 楊思標：台灣防癆體系重建及運作之願景，2002年7月，取自 <http://www.slideserve.com/jada-daniel/5979821>。
6. 台灣省防癆局：台灣防癆工作手冊，1994。
7. 台灣省防癆局：台灣防癆工作月報，1981~1982。
8. 行政院衛生署：結核病十年減半全民動員計畫，95年7月7日，取自 <file:///C:/Users/leetf/Downloads/%E7%B5%90%E6%A0%B8%E7%97%85%E5%8D%81%E5%B9%B4%E6%B8%9B%E5%8D%8A%E5%85%A8%E6%B0%91%E5%8B%95%E5%93%A1%E8%A8%88%E7%95%AB-%E7%AC%AC%E4%B8%80%E6%9C%9F.pdf>
9. 許建邦、羅秀雲、李政益等：台灣都治（DOTS）執行經驗及成效初探。疫情報導 2008; 24(3):184-203。
10. 張鴻仁：2000年我國結核病死亡率能否減半？--我國結核病防治問題與策略。胸腔醫學 1997;12:1-3
11. Chiang CY, Enarson DA, Yang SL, et al. The impact of national health insurance on the notification of tuberculosis in Taiwan. Int J Tuberc Lung Dis. 2002 Nov;6(11):974-9.
12. 衛生福利部疾病管制署傳染病統計資料查詢系統，2014年1月15日取自 <http://nidss.cdc.gov.tw>。
13. 防癆委員會：序言，台灣省防癆工作年報，1962。
14. 防癆委員會：顏春暉序，台灣省防癆工作年報，1959。