

計畫編號：DOH95-DC-1005

行政院衛生署疾病管制局九十五年度科技研究發展計畫

我國傳染病防治規範對國際衛生條例（IHR）因應之研究

## 研究報告

執行機構：國立清華大學科技法律研究所

計畫主持人：牛惠之副教授

研究人員：牛惠之、王偉鴻

執行期間： 95 年 1 月 1 日 至 95 年 12 月 31 日

\*本研究報告僅供參考，不代表衛生署疾病管制局意見\*



# 目錄

第一章 國際衛生條例之規範結構與轉變.....	1
第一節 國際衛生條例 IHR1969 的背景分析.....	1
第二節 國際衛生條例 IHR2005.....	7
第三節 小結.....	30
第二章 各國的公共衛生管理組織與法律體系.....	35
第一節 美國公共衛生體系.....	35
第二節 加拿大公共衛生體系.....	60
第三節 日本公共衛生體系.....	85
第四節 南韓公共衛生體系.....	113
第五節 各國的比較分析.....	125
第三章 台灣公共衛生體系.....	130
第一節 台灣《傳染病防治法》法律體系.....	130
第二節 SARS 對台灣公共衛生防疫體系的衝擊與省思.....	149
第三節 港埠檢疫規則與 IHR 的比較分析.....	169
第四章 結論與建議.....	182
參考文獻.....	185
一、期刊.....	185
二、網路資源.....	185
三、相關法規.....	187
附錄.....	190

# 詳目

<b>第一章 國際衛生條例之規範結構與轉變</b> .....	<b>1</b>
<b>第一節 國際衛生條例 IHR1969 的背景分析</b> .....	<b>1</b>
一、國際衛生條例 IHR 的歷史背景.....	1
二、IHR1969 的主要內容及舊制度缺陷.....	3
(一) 極其有限的通報客體對象.....	4
(二) 國際衛生合作機制的缺乏.....	4
(三) 基本理念的過時化.....	4
(四) 責任與制裁機制的缺口.....	5
<b>第二節 國際衛生條例 IHR2005</b> .....	<b>7</b>
一、設置「國家對口單位」.....	8
二、擴大規範範圍.....	9
三、通報義務、流行病預警與應變的加強.....	11
(一) 監測.....	11
(二) 評估.....	15
(三) 資訊取得－通報、磋商與確認.....	16
(四) 確認資訊是否構成國際關切的公共衛生緊急事件與資訊揭露.....	19
四、制式公共衛生措施.....	22
(一) 常態性 (routine) 公共衛生措施.....	24
(二) 依據暫時性建議制訂的公共衛生措施.....	25
五、額外的衛生措施 (Additional Health Measures).....	26
六、爭端解決制度的設置.....	28
<b>第三節 小結</b> .....	<b>30</b>
一、最大限度擴大法定適用範圍.....	30
二、通報管道的多元化.....	30
(一) 締約國通報.....	30
(二) 非官方管道通報.....	31
(三) 其他締約國代通報.....	31
三、注重傳染病爆發與應變能力的建設與基本要求.....	31
四、增強 IHR2005 的法律約束力與強制力.....	31
五、權利與義務的衡平制度.....	32
六、強調對基本人權的尊重.....	33
<b>第二章 各國的公共衛生管理組織與法律體系</b> .....	<b>35</b>
<b>第一節 美國公共衛生體系</b> .....	<b>35</b>
一、美國公共衛生組織管理體系.....	35

(一) 國土安全部 (Department of Homeland Security (DHS)) .....	35
(二) 聯邦應急管理局 (Federal Emergency Management Agency(FEMA)) .....	36
(三) 衛生及公共服務部 (Department of Health and Human Services(HHS)) ..	37
(四) 疾病預防及控制中心 (Center for disease control and prevention(CDC)) .	37
(五) 聯邦應急計畫 (Federal Response Plan(FRP)) .....	38
二、美國公共衛生應急管理體系 .....	44
(一) 美國疾病控制及預防中心 (Center for disease control and prevention(CDC))	44
(二) 衛生資源及服務部 (Health Resources and Services Administration (HRSA))	45
(三) 城市醫療反應系統 (Metropolitan Medical Response System (MMRS))	46
三、美國的公共衛生法律體系概觀 .....	49
四、美國的檢疫法律體系 .....	53
(一) 傳染病預防體系的合作 .....	53
(二) 聯邦醫事總署的權限 .....	54
(三) 健康證明書(Bills of Health)的核發 .....	55
(四) 民航飛行及民用航空器的適用規定 .....	56
五、美國聯邦法規的檢疫體系 .....	57
(一) 船舶傳染病檢疫 .....	57
(二) 相關的檢疫措施 .....	58
<b>第二節 加拿大公共衛生體系 .....</b>	<b>60</b>
一、加拿大公共衛生組織管理體系 .....	60
二、加拿大公共衛生應急管理體系 .....	66
三、加拿大《檢疫法》法律體系 .....	69
(一) 運輸工具的檢疫流程 .....	69
(二) 對人員檢疫流程 .....	70
(三) 保證金的執行確保 (Security deposit) .....	72
四、加拿大《緊急狀態法》(Emergencies Act) 法律體系 .....	77
(一) 國家緊急事件 (national emergency) 的類型區分 .....	77
(二) 公共福利緊急事件 (Infectious disease emergency accident) 的發佈 .....	79
(三) 傳染病緊急命令與權利自由憲章(Canada Charter of Rights and Freedoms)、	
權利法案 (Canada Bill of Rights) 的法益衝突 .....	81
五、加拿大《緊急事件準備法》(Emergency Preparedness Act) 體系 .....	82
(一) 緊急事件危機處理的專門部長 .....	82
(二) 國民緊急事件應變計畫的發佈時機 .....	83
<b>第三節 日本公共衛生體系 .....</b>	<b>85</b>
一、日本公共衛生組織管理體系 .....	85

二、日本公共衛生應急管理體系.....	86
三、日本國家傳染病監測預警系統.....	90
四、日本《檢疫法》的法律體系.....	92
(一) 檢疫傳染病的法定檢疫流程.....	92
(二) 對已有污染或有污染之虞的船舶航空器所採取的應急衛生措施.....	97
(三) 對人員的隔離留檢措施及其法定效果.....	97
(四) 檢疫資訊的公開化.....	99
(五) 處分之審查救濟程序.....	100
(六) 刑事罰的加重.....	100
(七) 新傳染病的檢疫診察措施.....	100
五、日本的傳染病預防法律體系.....	102
(一) 政府、國民、醫師的法定義務.....	102
(二) 傳染病的類型區分.....	103
(三) 傳染病醫療機構的指定分級.....	104
(四) 傳染病基本方針及預防計畫.....	105
(五) 傳染病資訊通報流程.....	105
(六) 傳染病資訊的公開義務.....	107
(七) 傳染病疑似患者的處理流程.....	107
(八) 申請審查的裁決.....	109
(九) 新傳染病的防治措施.....	109
(十) 動物進口的禁止措施.....	111
(十一) 具緊急必要性的傳染病預防對策強化措施.....	112
<b>第四節 南韓公共衛生體系.....</b>	<b>113</b>
一、南韓《傳染病預防法》法律體系.....	113
(一) 傳染病類型.....	114
(二) 國家的法定義務.....	115
(三) 醫師的法定申報義務.....	116
(四) 疫情的層級報告機制.....	116
(五) 疫情資訊的公開機制.....	117
(六) 傳染病預防設施的建置.....	118
(七) 公私醫療機關伙伴合作系統.....	119
(八) 傳染病患本人基本權之限制.....	120
(九) 病患家庭的要求防疫措施義務.....	121
二、南韓《檢疫法》法律體系.....	122
(一) 傳染病檢疫流程.....	122
(二) 檢疫媒介動植物的進口限制.....	124
<b>第五節 各國的比較分析.....</b>	<b>125</b>

<b>第三章 台灣公共衛生體系</b> .....	<b>130</b>
<b>第一節 台灣《傳染病防治法》法律體系</b> .....	<b>130</b>
一、傳染病的類型區分 .....	130
二、政府層級化傳染病防疫體系 .....	130
(一) 垂直整合系統 .....	131
(二) 水平整合系統 .....	133
(三) 基本人權保障制度 .....	135
(四) 傳染病監測及應變的核心能力 .....	138
(五) 傳染病法定檢疫措施 .....	139
(六) 對傳染病患的處理措施 .....	141
(七) 傳染病防治的行政緊急權 .....	142
(八) 傳染病流行疫情資訊的公開機制 .....	146
<b>第二節 SARS 對台灣公共衛生防疫體系的衝擊與省思</b> .....	<b>149</b>
一、傳染病防疫權的垂直權限分配爭議 .....	149
(一) 中央與地方共同參與型 .....	149
(二) 中央政府主導型 .....	150
(三) 小結 .....	151
二、行政隔離措施與憲法人身自由保障的緊張關係 .....	153
(一) 廣義解釋論點 .....	153
(二) 狹義解釋論點 .....	154
(三) 小結 .....	156
三、我國傳染病應變防治法律體系的建構 .....	158
(一) 以《災害防救法》為主導法規 .....	160
(二) 以《傳染病防治法》為主導法規 .....	166
<b>第三節 港埠檢疫規則與 IHR 的比較分析</b> .....	<b>169</b>
<b>第四章 結論與建議</b> .....	<b>182</b>
<b>參考文獻</b> .....	<b>185</b>
一、期刊 .....	185
二、網路資源 .....	185
三、相關法規 .....	187
<b>附錄</b> .....	<b>190</b>

## 圖目錄

圖 1-1：IHR 下各類公共衛生措施的制訂機制與關連性.....	23
圖 2-1：美國公共衛生組織結構體系.....	40
圖 2-2：美國聯邦應急計畫 FRP 處理系統.....	43
圖 2-3：美國疾病控制及預防中心 CDC 組織圖.....	47
圖 2-4：美國公共衛生緊急事件應對系統.....	48
圖 2-5：加拿大公共衛生緊急事件聯邦系統.....	62
圖 2-6：加拿大公共衛生緊急事件應變體系.....	68
圖 2-7：加拿大國家緊急狀態事件類型.....	78
圖 2-8：加拿大公共衛生緊急事件的應變措施.....	84
圖 2-9：日本公共衛生緊急事件應變體系.....	89
圖 2-10：日本國家傳染病監測預警系統.....	91
圖 2-11：日本傳染病的法定檢疫程序.....	96
圖 2-12：日本政府的層級化傳染病預防體系.....	107
圖 2-13：南韓政府組織的防疫體系.....	117
圖 2-14：南韓公私立醫療機構聯合伙伴系統.....	121
圖 3-1：台灣傳染病預防系統概觀.....	132
圖 3-2：台灣政府垂直整合組織的防疫體系.....	135
圖 3-3：台灣政府水平整合組織的防疫體系.....	137
圖 3-4：傳染病防治的公私法益衡量體系.....	139

## 表目錄

表一：CEPR 各辦公室的專門職責.....	62
表二：加拿大檢疫法律體系.....	73
表三：南韓傳染病法定通報流程.....	118
表四：各國公共衛生體系綜合比較.....	126
表五：台灣傳染病法定檢疫流程.....	144
表六：我國傳染病防治相關法令.....	147
表七：港埠檢疫規則與 IHR 的分析比較.....	169



## 摘 要

本研究之主要目標為研究規範全球傳染病防疫體系之「國際衛生條例」(International Health Regulations, IHR)，對國際與我國傳染病法制相關法律與規範之意義與影響，並進而希冀能就此研究出對於我國相關規範在因應 IHR 與未來發展之建議。為達此一目標，本研究分別分析 IHR2005 的規定，並以美國、加拿大，以及鄰近的日本、韓國等的規範，作為比較之基礎。

透過文獻回顧、法條比較與政府組織分析等研究方法，本研究將研究重點分為三個部份，第一部分，即第一章，重在分析與探討 IHR2005 的新制，相對於 IHR1969 的改變，以及對於國際防疫體系建構之意義；在本部分中，本研究整理出了 IHR2005 的規範結構、主要改變與優點。

第二部分則以美國、加拿大、日本與韓國的傳染病防治法規、公共衛生治理體系與組織分工系統做為分析重點，透過這些整理，本研究試圖呈現出上述各國關於公共衛生議題的主管機關、治理機制以及傳染病防治法律體系的結構。

第三部分在分析了我國的傳染病防制體系之後，分別藉由 IHR2005

與美國、加拿大、日本與韓國等國的規範特色，分析我國公共衛生體系下的相關議題，包括在憲法層次的人權議題、面對 IHR2005 擴大公共衛生議題之後的跨機構整合與法規競合、以及我國現行規範與 IHR2005 的相容度。關於這一部份，本研究分為我國現制對於國際關切的公共衛生風險議題的組織與分工的內部問題，以及「港埠檢疫條例」與 IHR2005 相關規定的比較兩部分進行，並分別提出建議。

**關鍵字：**國際衛生條例、傳染病防治法、國際關切的公共衛生緊急事件

## **Abstract**

The aim of the present project is to study the contribution and impact of new International Health Regulations (IHR2005) to regulations concerning infectious diseases control in both the global forum and Taiwan, and propose necessary suggestions towards the future development of our relevant legal and governmental regimes. For this aim, the project uses IHR2005 as well as the systems in USA, Canada, Japan and Korea as basis to go through detailed analysis and comparison.

Applying research methodology such as literature review, regulations comparison, governmental and organizational frameworks analysis, this project divides itself into three major parts. Part one, also the Chapter one, focuses on the objectives, structures, and mechanisms employed in IHR2005. The distinction between IHR2005 and IHR1969 are highlighted in this part.

The second part introduces the public health regimes of USA, Canada, Japan and Korea respectively. Based on these information, the project points out that health agency is not necessary the competent authority to the public health emergency of international concern in some of these countries. The organizational frameworks and strength of relevant regulations are also with variety.

Human rights issues in public health, coordination among government

agencies, and the conflicts of laws are the issues addressed in part three after comparing Taiwan's current public health and disease control systems with both the ruling of IHR2005 and the different jurisprudences of the above mentioned countries. In this part, the project emphasizes on two major issues, one is how to build up an effective mechanism to coordinate government agencies to cope with the expansion of the covered issues of the IHR2005, and another is to examine the compliance of Taiwan's relevant regulations with the IHR 2005. Suggestions are made as the conclusion of this project.

**Key Words:** International Health Regulations; Infectious Diseases Control Act; Public health emergency of international concerns

# 第一章 國際衛生條例之規範結構與轉變

## 第一節 國際衛生條例 IHR1969 的背景分析

### 一、國際衛生條例 IHR 的歷史背景

世界衛生大會(World Health Assembly, WHA)在 1951 年通過了《國際公共衛生條例》(International Sanitary Regulations , ISR )，係由 WHO 憲章第 21 條賦予的立法權限<sup>1</sup>，作為防止傳染病在國際間傳播的措施以及針對這些疾病的通報病例義務要求的第一個國際衛生法規。而依據 WHO 憲章第 22 條的規定<sup>2</sup>，締約國均受到依據前條制訂規範的拘束，除非當事國提出保留。ISR 設立的宗旨是在於最大限度地防止疾病在國際間傳播、保障安全，同時盡可能地以最小的干擾方式對於國際交通運輸與貿易發展。這個國際規範在 1969 年被《國際衛生條例》(International Health Regulations , IHR1969)所取代。IHR1969 曾先後在 1973 與 1981 局部修正。1980 年代初期，隨著

---

<sup>1</sup> WHO 憲章, 第二十一條：「衛生大會有權通過關於下列各項規章：1. 防止國際間疾病蔓延的環境衛生及檢疫方面的要求和其他程序。2. 疾病、死因及公共衛生設施的定名。」

<sup>2</sup> WHO 憲章, 第二十二條：「依照第二十一條通過的規章，經它們在衛生大會通過的相應通知轉送各會員後，即屬生效。在上項通知所規定的期限內向秘書長提出保留或拒絕接受的會員，不在此例。」

醫學的進步與對部分傳染病的有效控制，如對於天花的圍堵政策奏效，使得 1981 年版本的 IHR 中（1983 生效），締約國設置的國境衛生檢疫處理措施適用的客體，從最初的 6 種縮減到當時最嚴重的鼠疫、霍亂及黃熱病等三類疾病<sup>3</sup>。

然而，1990 年代起爆發的一連串跨國性傳染病，讓國際社會再度瞭解傳染病的散佈所具有的公共衛生與經貿衝擊等重大國際意涵，因此，1995 年第 48 屆 WHA 大會通過決議，為適應目前國際上的交通運輸與貿易往來，並能有效因應傳染病對人類的威脅，決定修訂 IHR1969，以增益其實用性與有效性。但這個過程卻十分緩慢，一直到 1998 年才進入第二階段歷程，決議通過了暫時性 IHR 修正草案文本。在整個研議過程中，最大的議題是說服部分國家向 WHO 通報與因應傳染病；真正催生此一修正案的應該是 2003 年爆發的 SARS，這個舉世關切的新興高致死傳染病，突顯出修正 IHR1969 的必要性與緊急性，特別是因為當時 WHO 並無權限要求各國通報相關疫情<sup>4</sup>，而延誤了有效因應的第一時間。有鑑於此，各國在 2004 年起密集地討論 IHR 修正草案，並於 2005 年 2 月提出 IHR 修正案(WHA 58.3 A 58/55 Agenda item 13.1)，並於 2005 年 5 月 23 日第 58 屆 WHA 大會中通過，

---

<sup>3</sup> See WHA 26th 1973 , No.55, WHA 34<sup>th</sup> 1981 , No.13, 1973 年 WHA 修改了本條例，特別修改了關於霍亂的條款。1981 年 WHA 鑒於全球消滅了天花，再次修改本條例，刪除了有關天花的條款。

<sup>4</sup> Setsuko Aoki, *International Legal Cooperation to Combat Communicable Diseases: Increasing Importance of Soft Law Frameworks*, Vol 1:2 Asian Journal of WTO & International Health law and Policy, 543, 550(2006).

即所謂的 IHR2005。依據決議，IHR2005 將並預計於 2007 年 6 月 15 日正式施行生效。

## 二、IHR1969 的主要內容及舊制度缺陷

IHR1969 基於傳染病控制要求，希望能以防止傳染病在國際間擴散為前提，以達到人類的最大安全。為此，WHO 要求締約國履行（1）疫情通報義務(notification duty)：要求締約國在境內發生鼠疫、霍亂或黃熱病檢疫傳染病時，必須立即向 WHO 進行充分的通報<sup>5</sup>，（2）預防及控制義務(prevention and control duty)：是指締約國必須在機場、港口等港埠，建立起相應的港埠衛生機構，並配置一定的衛生設施，以積極進行預防衛生措施的建設<sup>6</sup>。

然而，隨著新興傳染病的爆發與全球經貿活動的活絡化，IHR1969 逐漸暴露出許多嚴重的制度缺陷，主要概為下列構面：

---

<sup>5</sup> IHR1969, Part 1, arts. 2-7。ex. §2: “Each State recognizes the right of the Organization to communicate directly with the health administration of its territory or territories. Any notification or information sent by the Organization to the health administration shall be considered as having been sent to the State, and any notification or information sent by the health administration to the Organization shall be considered as having been sent by the State.”

<sup>6</sup> *Id.* Part3, arts.14-16。ex. §14: “Each health administration shall ensure that ports and airports in its territory shall have at their disposal an organization and equipment adequate for the application of the measures provided for in these Regulations.”

### （一）極其有限的通報客體對象

IHR1969 規定的法定通報範圍僅限於三種疾病的爆發；然而，到了二十世紀末葉，嚴重危害人類的傳染病至少有 50 種之多；只能規範三種傳染病跨國散佈的 IHR1969，面臨新興傳染病的挑釁，成效越顯不彰。

### （二）國際衛生合作機制的缺乏

傳染病的有效控制要素，必須取決於 WHO 締約國之間以及締約國與 WHO 之間的充分合作，在某種程度上，IHR1969 僅是承認每個締約國有充分的權利將他國的傳染病阻擋在國門之外，但沒有相對賦予 WHO 傳染病公共衛生治理系統中，可以採取主動行為的法定權限。另一方面，締約國雖然可能汲汲於將傳染病隔絕於境外，對於發生在自己境內的傳染病，卻可能礙於政治、經濟等多重因素，掩而不報，使得 WHO 與國際社會無法及時準備與因應，已嚴重損及疾病監控系統的功能。

### （三）基本理念的過時化

重大傳染病的國際間擴散時，並不受到國家主權與政治疆界的隔阻，而避免傳染病散佈的主要機制，除了各國在邊境的管理能力之外，還包括內部公共衛生體系的建構。對傳染病的爆發與擴散控制，IHR1969 立法例採取的是一種防禦性措施，也即是 WHO 僅僅要求締約國在邊境上採取檢疫



措施以抵制傳染病的國際擴散<sup>7</sup>，然而並不進一步要求各締約國在國境內部強化公共衛生基礎建設的完善化，以改善國內的傳染病防治體系。這種不藉由各國強化內部防疫體系的制度治理設計，並無法完整地控制與防堵傳染病的國際散佈。

（四）責任與制裁機制的缺口：IHR1969 對各締約國的約束力本來就極其有限，再加上 WHO 的組織法及 IHR1969 本身都未被賦予任何的強制執行的權力，以阻止締約國違反國際規範的行為，導致締約國不通報行為的義務違反導致疾病監控系統的解構化。並且，IHR1969 也沒有設定國家相對應的責任義務，締約國一旦對爆發傳染病的國家採取超過 IHR1969 許可程度的過激行為，如非對國際貿易與運輸影響最小的手段方式，WHO 並不具強制力要求締約國更正或除去相關措施<sup>8</sup>。同時，對於不屬於 IHR1969

---

<sup>7</sup> See IHR1969, Part 4-*Health measures and procedure*, Ch.1-Ch.5 , from art.23 to 49 。 *ex. § 36(1)(2)*: “1. The health authority for a port, an airport, or a frontier station may subject to medical examination on arrival any ship, aircraft, train, road vehicle, other means of transport, or container, as well as any person arriving on an international voyage. 2. The further health measures which may be applied to the ship, aircraft, train, road vehicle, other means of transport, and container shall be determined by the conditions which existed on board during the voyage or which exist at the time of the medical examination, without prejudice, however, to the measures which are permitted by these Regulations to be applied to the ship, aircraft, train, road vehicle, other means of transport, and container if it arrives from an infected area.”

<sup>8</sup> 為因應 IHR1069 的此種困境，IHR2005 於第四十三條「額外的衛生措施」中依比例原則的標準，課予對國際交通造成明顯干擾的當事國陳述理由及相關科學資訊之義務，並賦予 WHO 對額外衛生措施的審查權限。See IHR2005, §43(3)-(5)*Additional health measures*: “ 3.A State Party implementing additional health measures.... which significantly

法定範圍內的傳染病，WHO 更是無法以適當的手段規範締約國的過激反應行為，因此，在實然面上 IHR1969 僅僅只是軟法的建議性質。

---

interfere with international traffic shall provide to WHO the public health rationale and relevant scientific information for it. WHO shall share this information with other States Parties and shall share information regarding the health measures implemented. 4. After assessing information ....and other relevant information, WHO may request that the State Party concerned reconsider the application of the measures.5. A State Party implementing additional health measures.... that significantly interfere with international traffic shall inform WHO, within 48 hours of implementation, of such measures and their health rationale unless these are covered by a temporary or standing recommendation. ”

## 第二節 國際衛生條例 IHR2005

IHR2005 係以「對於國際間散播疾病的預防、抵禦與控制疾病與提供相稱並限於公共衛生風險的公共衛生應變措施，以及避免對國際交通不必要的干擾」為宗旨<sup>9</sup>，使國際防疫體系進入一個全新的時代。

事實上，在 IHR 修正過程中，最棘手的幾個議題包括如何界定 IHR 管轄的範圍，因為只有先認定管轄的範圍，才能進一步發展出相關因應機制；在相關探討中，不僅包括是否擴大需通報的傳染病類型，更包括爭論是否將由美國積極主張的應將傳染病以外的生物武器等恐怖事件，納入 IHR 的管轄範圍。其次，防止這些疾病擴散的前提是要有充分的資訊，而這些資訊的取得，需要依賴締約國的政府提供，如果締約國政府基於某些理由不提供傳染病資訊，則新 IHR 建立的傳染病通報系統無法即時作用，則整個國際防疫體系亦將因而瓦解。再者，第一手資訊的偵測與通報，不僅需要各締約國在主觀上的通報意願，更需要各國在客觀上具有偵測的能力，因此如何透過 IHR 的規定強化各國的能力，包括了傳染病的偵測與控制等，以及如何提供標準作業程序，以避免締約國間對某項措施的必要性或適當性的爭議，並同時保留彈性的空間，尊重締約國的自主權與對緊急情況的因

---

<sup>9</sup> IHR2005，第2條。

應能力等，都是在 IHR 修正過程中的重點議題。

為處理這些議題，IHR2005 有幾項重要發展，包括要求締約國設置「國家對口單位」(National Focal Point)、擴大規範範圍、監控與通報義務的具體化與國家核心能力的建設與確認、制訂制式公共衛生措施與較具彈性的額外措施等，茲分述如下：

### 一、設置「國家對口單位」

根據 IHR2005 第四條的規定，每個締約國都有義務設置一個「國家對口單位」，與隨時與 WHO 取得聯繫。WHO 希望締約國至少提供 2 名官員姓名及聯絡細節，負責向 WHO 通報可能引起國際關切的公共衛生突發事件，來進行雙向溝通聯絡機制，成為締約國與 WHO 提供即時、有效的溝通管道<sup>10</sup>。這些「國家對口單位」的職責應該包括<sup>11</sup>：

- (1) 代表有關締約國與 WHO 依據 IHR2005 設定的聯絡點<sup>12</sup>，就有關 IHR 實施的緊急情況進行溝通，特別是根據第六至十二條的規定；以及
- (2) 向有關締約國的相關行政管理部門傳播資訊，並匯總回饋意見，其中包括負責監測和報告的部門、入境口岸、公共衛生服務機構、診所、醫院

---

<sup>10</sup> IHR2005，第 4 條。

<sup>11</sup> IHR2005，第 4.2 條。

<sup>12</sup> IHR2005，第 4.3 條。

和其他政府機構。當締約國選定了「國家對口單位」之後，需要向 IHR 的對口單位提供詳細聯繫方式，並依據更新而每年予以確認。同時，WHO 也會將彙整的所有締約國對口單位的聯繫細節，提供給所有締約國<sup>13</sup>。

## 二、擴大規範範圍

不同於 IHR1969，IHR2005 關切的議題從三種疾病擴充到「國際關切的公共衛生緊急事件（public health emergency of international concern）」，根據 IHR2005 第一條定義中的說明，“國際關切的公共衛生緊急事件”包括

- (1) 通過疾病的國際傳播構成對其他國家的公共衛生危害；以及
- (2) 可能需要採取協調一致的國際應對措施；

依據附件二「評估和通報可能構成國際關切的公共衛生緊急情況的事件的決策圖」，將需要通報的傳染性疾病分為兩類，第一類是一些已經被證明對公共衛生具有嚴重威脅，且能夠在國際上快速傳播的疾病，如霍亂、黃熱病、鼠疫、病毒性出血熱，與地區性疾病如登革熱等；另一類是較為不尋常或非在預期中爆發的疾病，但一旦出現也會具有嚴重的公共衛生後果的傳染病，如天花、SARS 等。由此可知，締約國在 IHR2005 需要通報給 WHO 的疾病種類較前版的 IHR 大幅增加。

---

<sup>13</sup> IHR2005，第 4.4 條。

附件二中另一項需要通報的事件還包括「可能引起國際公共衛生關切的任何事件，包括原因或起因不明者，或非左右兩格所列的疾病<sup>14</sup>…」，所謂「左、右兩格」指前述如霍亂等已經被證明對公共衛生具有嚴重威脅的疾病，以及如天花等不尋常或非在預期中爆發會的疾病。這段文字說明了在 IHR2005 中，需要通報的傳染性疾病，並非一個僵化的、不能因時因事而擴充的疾病清單；換言之，縱使是不屬於列舉在附件二中的疾病類型，只要演變成引起國際公共衛生關切的事件，締約國就有通報的義務。這種規定，為 IHR 在因應與處理新興傳染病時，提供了法律基礎。

另一方面，同段中的前句「包括原因或起因不明者」，與 IHR2005 第一條「疾病」的定義，「係指對人類構成或可能構成嚴重危害的任何疾病或病症，無論其病因或來源如何」<sup>15</sup>中的「無論其病因或來源如何」，更進一步 IHR2005 擴大了需要通報的疾病類型；換言之，IHR2005 所鎖定的疾病，不再限於病菌等生物原因引發的傳染病，而如化學品或核放射材料等所致的疾病，也一併納入管理 IHR2005 的範圍之中。由此可知，IHR2005 關切的健康議題，不再限於 IHR1969 的三種傳染病，而是透過「國際關切的公共衛生緊急事件」一辭，將規範的公共衛生事件範圍擴充到現存的、突發的、與未來的嚴重傳染病，以及其他影響全球健康的生物和化學物質或核

---

<sup>14</sup> Emphasis added.

<sup>15</sup> IHR2005, Art. 1 (emphasis added.)。

放射材料的自然發生、意外洩漏或故意使用的國際公共衛生議題。

### 三、通報義務、流行病預警與應變的加強

就 WHO 全球防疫的目的而言，取得第一手涉及「國際關切的公共衛生緊急事件」的資訊，以即時因應，是 IHR2005 需要處理的制度性議題，以作為 WHO 確保全球健康保障、流行預警與應對措施的法律架構與依據。IHR2005 在第二篇中重新引入了「流行病預警與應對策略」機制<sup>16</sup>，對於國際關切的公共衛生事件的監測、通報、與因應措施等事項都做了詳細的規定。

#### （一）監測

監測是所有「資訊與公共衛生應變措施」中基礎性工程，從國家核心能力建設的角度而言，主要是偵測、評估、通報與報告的要素。從另外一個角度觀察，偵測的功能在於資訊的取得，也就是透過偵測工作，在第一時間掌握涉及公共衛生風險的消息，並經由後續的評估等措施，確認這些資訊的內涵與重要性。

IHR2005 關於監測的規定如下<sup>17</sup>，(1) 要求締約國應盡快地按本條例發展、加強和維持國家核心能力建設，而賦予締約國履行義務，能夠在平時

---

<sup>16</sup> IHR2005，第 5-14 條之間。

<sup>17</sup> IHR2005，第 5 條。

及公共衛生緊急狀態之下都可以應變之，(2)規定 WHO 的在此的任務為幫助締約國發展、加強及維持國家核心建設能力。

締約國在 IHR2005 應具備的監測能力，主要規定在附件一之中。附件一將國家的監測與通報體系分為地區 (local community level and/or primary health response level)、中層(intermediate public health response levels)與國家級(national level)三層；分別有不同的任務。地區的主要執掌是發現疾病、通報疾病和立即採取初步控制措施；當發現在締約國領土的所有地區於特定時間和地點發生的超過預期水準的涉及疾病或死亡的事件時；地區層級便需要立即向相應的衛生保健應對層報告所掌握的一切重要資訊。這些資訊包括：臨床描述、實驗室結果、危險的來源和類型、人患病例和死亡人數、影響疾病傳播的條件和所採取的衛生措施。同時，並對這些事件立即採取初步控制措施<sup>18</sup>。

當收到通知之後，中層的公共衛生應對層次方面需要有能力確認所報告事件的狀況、支持或採取額外控制措施，並立即評估報告的事件。中層的另一項工作是當發現嚴重的公共衛生影響和（或）具有巨大傳播潛力的不尋常或出乎預料的性質的情況緊急時，需要立即向國家級機構報告所有重要資訊。

國家級機構在接獲通知之後，需要立即在 48 小時內評估緊急事件的所

---

<sup>18</sup> IHR2005，附件一，第四段。



有報告評估和通報；如評估結果顯示屬於第六條第 1 款和附件 2 法定報告事件，或第七條和第九條第 2 款的要求事項時，便應立即「國家對口單位」通報 WHO。另一方面，國家級機構需要對這些事件做出適當的因應，包括：

- (1) 迅速決定為預防國內和國際傳播必須採取的控制措施；
- (2) 通過專業人員、對樣品的檢測分析（國內或通過合作中心）和後勤援助（如設備、供應和交通運輸）提供支援；
- (3) 提供必須的現場支援，以補充當地的調查；
- (4) 與高級衛生官員和其他官員建立直接業務聯繫，以迅速批准和執行遏制和控制措施；
- (5) 與其他有關政府部會建立直接聯繫；
- (6) 以現有最有效的通訊方式與醫院、診所、機場、港口、陸地過境點、檢驗室和其他關鍵的業務領域聯繫，以便傳達從世衛組織收到的關於在締約國本國領土和其他締約國領土上發生的事件的資訊和建議；
- (7) 制定、實施和保持國家公共衛生緊急事件應急計畫，包括建立多學科/多部門小組以應對可構成國際關切的公共衛生緊急情況的事件；並
- (8) 晝夜 24 小時執行上述措施。

IHR2005 一方面要求締約國進行監測的工作，另一方面，也確認當締約國本身能力不足時，這些規定都會淪為空談；因此可以觀察到在 IHR2005 中，關於監控規定的設計，締約國在監控過程應執行的發現 (detect)、評估 (assess)、因應 (response)、通報 (notify) 及報告 (report) 任務等細節性規定都被放在附件一中，而第五條的重點則重於確認締約國的國家核心能力建設 (national core capacities) 執行能力。基於第五條的規定，締約國都應該儘快，但不遲於本條例在該締約國生效後五年，建立起自己的核心能力建設系統並加以提升到標準值；也就是 IHR2005 要求的基本的監測與應變能力 (surveillance and response capacities)，監測的要素包括有：發現、評估、通報及報告等<sup>19</sup>，而其主要內容有以下各點：對締約國設定的義務：WHO 要求締約國應該盡快發展、加強及維持核心能力建設，並依據 IHR2005 決策文件要求，監測應變核心能力應當建立起地區、地方機關、中央機關等三個層級的應變能力，以及針對指定機場、港口及陸地過境點關於平常階段及緊急事件階段的應變能力，以確保全球公共衛生安全<sup>20</sup>。此外，附件一 B 點更進一步要求，全國指定港埠在平時階段就應該利用當地醫療機構，調動足夠的醫療人員、設備，以方便能迅速地診治患病旅客的能力，

---

<sup>19</sup> 本處所列之「發現、評估、通報及報告」係依據第五條第一項的規定；而前段所列之「締約國在監控過程應執行的發現 (detect)、評估 (assess)、因應 (response)、通報 (notify) 及報告 (report)」，中多了因應 (response) 一項，乃是依據附件一中所列不同階層機構就監測工作應有處置整理所得。

<sup>20</sup> IHR2005，第 5 條與附件一。

並在公共衛生應急階段，任命協調人員與當地醫療機構，進行病患的評估診治等措施。因此，IHR2005 要求指定港埠應當建立起高效能的緊急應變協調機制，能建置起與醫療機構之間的互動網絡，以減低傳染病風險的擴散。

## (二) 評估

當 IHR2005 擴大了通報的範圍之後，如何判斷一個事件是否構成「國際關切的公共衛生緊急事件」，需要有一套判斷標準。這套標準的制訂，一方面可以方便締約國作為建構核心能力的具體目標、具體化操作過程，以及避免締約國之間對於一個事件的風險，因為認定標準或方法的歧異而產生爭議。因此，IHR2005 在附錄二中，透過「事件對公共衛生影響是否嚴重」<sup>21</sup>、「事件是否不尋常或突然發生」<sup>22</sup>、「是否有國際傳播的嚴重危險」<sup>23</sup>及「是否存在限制旅行或貿易的嚴重危險」<sup>24</sup>等四項要素<sup>25</sup>，作為各締約國

---

<sup>21</sup> 關於此項的基準點有「此事件造成的病例數及死亡數對某地、某時或某人群是否眾多？」、「此事件是否有可能產生重大的公共衛生影響？」及「是否需要外部援助、調查、應變及控制目前發生事件或防止新病例發生？」等判準。

<sup>22</sup> 關於此項的基準點有「事件是否不尋常？」、「從公共衛生的角度，事件是否發生突然？」等判準。

<sup>23</sup> 關於此項的基準點有「是否有證據表明與其他國家的類似事件存在流行病學關連？」、「是否存在任何因素，足以提醒我們，此病原、病媒有可能跨越國境？」等判準。

<sup>24</sup> 關於此項的基準點有「過去類似事件是否導致採取國際貿易或旅行限制？」、「事件的來源是否懷疑或已知是有可能受污染的食品、水或任何其他物品，而後者已向其他國家出口或從其他國家進口？」、「事件是否與某個國際性集會有關連，或者發生在國際旅遊頻繁的某個地區？」、「事件是否引起或導致外國官員或國際媒體要求更多的資訊？」等判準。

<sup>25</sup> IHR2005，第 12 條與附件二。

判斷一事件是否構成「國際關切的公共衛生緊急事件」的判斷標準，以作為通報 WHO 與否的依據。

### （三）資訊取得 – 通報、磋商與確認

根據第六條的規定，締約國在偵測到有關公共衛生風險的資訊，並利用附件二提供的決策評估程序確認在本國領土內發生的事件係可能構成國際關切的公共衛生緊急事件後，締約國應當以現有最有效的通訊方式通過「國家對口單位」，在 24 小時內向 WHO 進行通報該相關事件與為應對這些事件所採取的任何衛生措施。這種模式下的通報，為 WHO 獲得相關資訊的主要途徑，當締約國的「國家對口單位」向 WHO 通報相關事件之後，還需要繼續並及時地進一步向 WHO 報告其他相關、確切且詳細的公共衛生資訊，這包括病例定義、實驗室檢測結果、危險的來源和類型、病例數和死亡數、影響疾病傳播的情況及所採取的衛生措施；必要時，應當報告在應對國際關切的潛在公共衛生緊急事件時面臨的困難和需要的支援<sup>26</sup>。

締約國主動通報 WHO 的情形，除了第六條規定的情況之外，當有證據顯示在其領土發生出乎預料或不尋常的公共衛生事件，且可能構成國際關切的公共衛生緊急事件時，不論這些事件的起源或來源如何，應向 WHO 提

---

<sup>26</sup> IHR2005，第 6.2 條。

供所有相關的公共衛生資訊<sup>27</sup>。換言之，縱使不屬於附件二所列出的傳染病與其他類型的公共衛生風險，只要有證據顯示這些正在或將要發生在其領土上的公共衛生事件是出乎預料或不尋常的，締約國也有義務向 WHO 通報<sup>28</sup>。除此之外，即便在不需依據第六條通報、甚至資訊不足或證據不充分的情況下，締約國對於本國領土內的事件，仍可通過「國家對口單位」通知 WHO，並就適宜的衛生措施進行磋商，與在必要時要求 WHO 協助評估該締約國獲取的任何流行病學證據<sup>29</sup>。

相對於由當事國向 WHO 通報，IHR2005 另外還設置了兩個取得資訊的途徑，第一是由 WHO 主動蒐集，另一是第三國通報。在第一種情況下，WHO 可主動將通報或磋商外來自其他來源的報告納入考慮，只是在這種情況之下，WHO 負有幾項義務，首先，WHO 需要根據既定的流行病學原則評估這些報告，其次，與這些發生事件的締約國就這些資訊進行溝通，在 WHO 決定依據這些報告採取任何行動前，應當要依據第 10 條的規定，要求該締約國對此一資訊進行核實 (verify)。同時，WHO 需要將這些報告與資訊來源提

---

<sup>27</sup> IHR2005，第 7 條。

<sup>28</sup> 由於 IHR2005，第 7 條的條文原為 “If a State party has *evidence* of an unexpected or unusual public health event *within* its territory, ...it *shall* provide to WHO all relevant public health information.”(emphasis added.)因此，本文主張只要是在領土之內且有證據，不限於正在發生，還包括將發生，締約國都有通報的義務，以及早因應，並降低國際公共衛生的風險。

<sup>29</sup> IHR2005，第 8 條。

供給該締約國，以便其進行相關核實程序，除非有其他特殊且充分的理由，否則 WHO 不應對此保密。

第二種情況則為當第三國確認獲得在本國領土外發生有可能引起疾病國際傳播的公共衛生危害證據，如當有病患、攜帶感染或污染的媒介或受污染物品進出國界時，便應在可能的情況下向 WHO 通報，這類通報需要在 24 小時內報向 WHO 為之<sup>30</sup>。

相對於由締約國主動通知 WHO，這種由第三國通知 WHO 的方式，可能更合乎國際現況。這是因為當一國領土內發生可能構成國際關切的公共衛生緊急事件時，通報 WHO 並揭露此事與國際社會，雖可能會得到 WHO 及時的協助，但也可能因而嚴重影響該國自身的對外活動，特別是相關產品的出口，外國觀光客的銳減等。第三國在這種情況主動將其他締約國的問題通報 WHO，不但可以避免自己限入相同的風險之中，也不會有損及自身經貿利益的疑慮。與第一種情形相同，當收到這類資訊之後，WHO 也會要求在被指稱其領土發生公共衛生風險疑慮的締約國就相關資訊進行核實。當締約國收到此一要求後，應在 24 小時內對 WHO 做出的初步答復或確認、提供 WHO 所要求的公共衛生現況資訊；以及依據第六條所評估所得之結果等相關資

---

<sup>30</sup> IHR2005，第 9.2 條。

訊<sup>31</sup>。當然，為確保締約國合作的意願，當發生前述情形時，WHO 應與該締約國合作，協助其因應此一事件，這些措施包括與其他相關國際組織合作，提供資訊與資源，以便該締約國在潛在風險進行現場評估<sup>32</sup>。然而，倘若該締約國不接受合作建議，WHO 基於相關資訊確認有處理的必要時，應在考量該締約國意見的情況下鼓勵其接受 WHO 提出的合作建議<sup>33</sup>。

#### （四）確認資訊是否構成國際關切的公共衛生緊急事件與資訊揭露

當 WHO 受到締約國的通報的資訊之後，WHO 的總幹事應當按照本條例規定的標準和程式確定該事件是否構成國際關切的公共衛生緊急事件。

在做這項決定時，總幹事應當考慮<sup>34</sup>：

- （1）締約國提供的資訊；
- （2）附件二所含的決策文件；
- （3）「緊急事件委員會」的建議；
- （4）科學原則以及現有的科學依據和其他有關資訊；以及
- （5）對人類健康危險度、疾病國際傳播風險和對國際交通干擾危險度的評估

如果總幹事評估的結果是該資訊顯示正在發生國際關切的公共衛生緊

---

<sup>31</sup> IHR2005，第 10.1 條。

<sup>32</sup> IHR2005，第 10.3 條。

<sup>33</sup> IHR2005，第 10.4 條。

<sup>34</sup> IHR2005，第 12.1, 12.4 條。

急事件，則應當與本國領土上發生事件的締約國就初步決定進行磋商。但如果總幹事和締約國對決定意見一致，則須委由「緊急事件委員會」按照第 49 條之規定做出決定<sup>35</sup>。而當總幹事認為一起國際關注的突發公共衛生事件業已結束，總幹事應當按照第四十九條規定的程式做出決定<sup>36</sup>。

在確認這些資訊的重要性之後，WHO 需要進行的工作主要有兩個方向，一是將相關資訊揭露給利害關係國，以使之能及時因應此一國際關切的公共衛生緊急事件<sup>37</sup>，另一則是協助該締約國因應這項緊急事件<sup>38</sup>。

就資訊的揭露而言，由於可能會損及當事締約國的權益，甚至對於國際交通構成不當的限制，故需要格外謹慎。因此，WHO 原則上不得將依據第六和八條及第九條第 2 款收到的資訊廣泛提供給其他締約國，除非滿足特定的條件。這些條件包括<sup>39</sup>：

(1) 該事件已經由第十二條的程序，確定為構成國際關切的公共衛生緊急事件；或

(2) 相關傳染病或污染物國際散佈的資訊，已經被 WHO 根據既定的流行病學原則加以確認；或

---

<sup>35</sup> IHR2005，第 12.3 條。

<sup>36</sup> IHR2005，第 12.5 條。

<sup>37</sup> IHR2005，第 11 條。

<sup>38</sup> IHR2005，第 13 條。

<sup>39</sup> IHR2005，第 11.2 條。



(3) 有證據顯示由於污染、病原體、媒介或宿主的性質，控制國際傳播的措施可能無效；或當事締約國欠缺防止疾病進一步傳播，並採取必要措施的能力；或

(4) 鑒於可能受到感染或污染的旅行者、行李、貨物、集裝箱、交通工具、物品或郵包國際流動的性質和範圍，必須立即採取國際控制措施。

在這種情況之下，WHO 雖然可以公開相關資訊，但仍應以當前最有效的途徑，儘快且秘密地通知所有締約國足以應付公共衛生危害所必需的公共衛生資訊，並酌情向相關政府間組織發送<sup>40</sup>；並需與在其領土內發生事件的締約國就公開資訊的意圖進行協商<sup>41</sup>。

WHO 對於當事締約國提供的協助，可以分為因應該國之請求與由 WHO 主動提供兩類。關於前者，當該締約國提出要求時，WHO 提供技術指導和援助，以及對所採取的控制措施的有效性評估（包括在必要時調動開展現場援助國際專家組）等事項與當事國進行合作<sup>42</sup>。在 WHO 確認發生引發國際關切的公共衛生緊急事件之後，還可主動向該締約國提供進一步的援助，如評估國際危害的嚴重性和控制措施是否適當、建議動員國際援助以支援該締約

---

<sup>40</sup> IHR2005，第 11.1 條。

<sup>41</sup> IHR2005，第 11.3 條。

<sup>42</sup> IHR2005，第 13.3 條。

國進行現場評估<sup>43</sup>。同時，在其他締約國也提出要求的情況下，WHO 也有義務向受到這些受到國際關切公共衛生緊急事件影響或威脅的其他締約國，提供適宜的指導和援助<sup>44</sup>。

#### 四、制式公共衛生措施

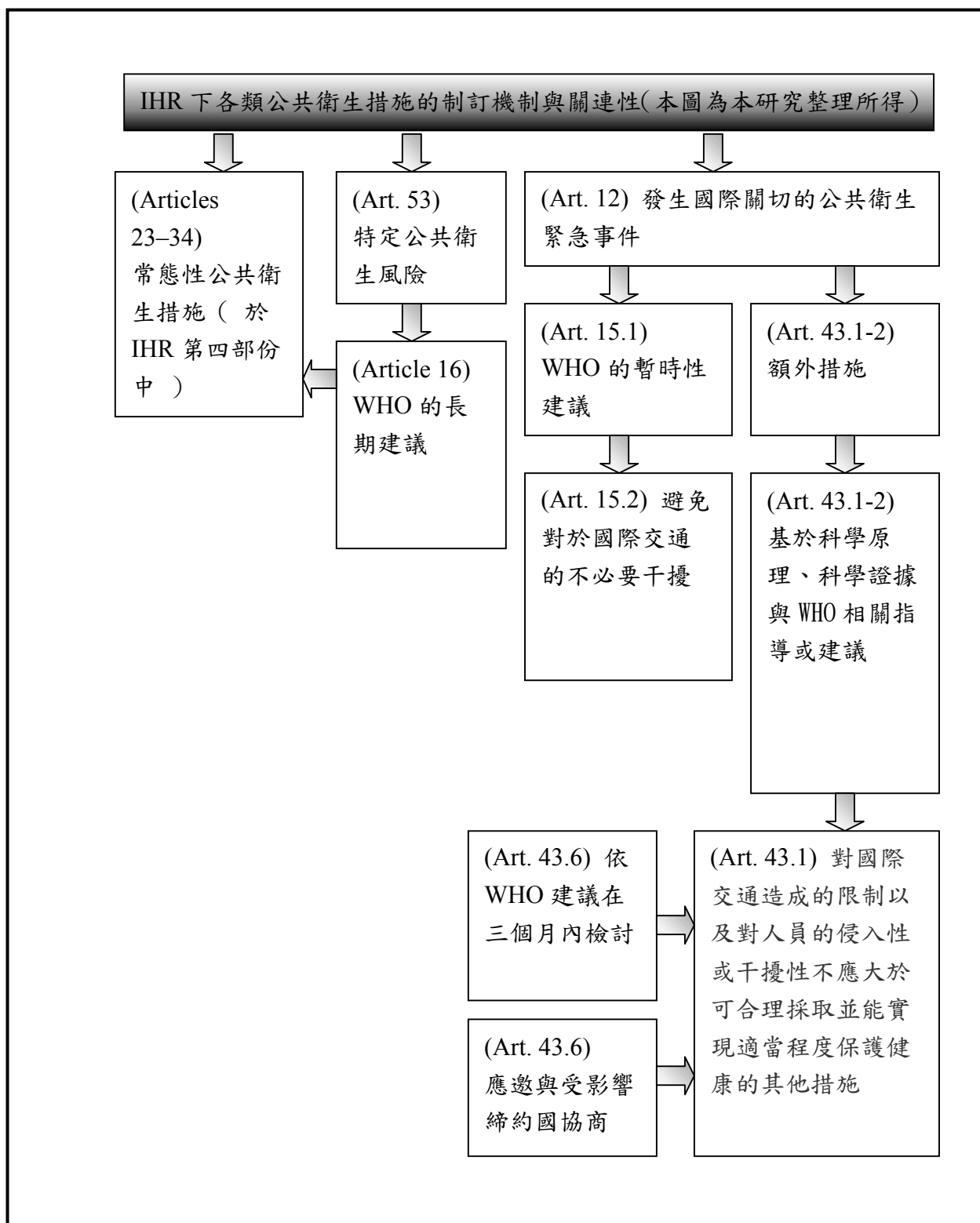
如前所述，由於 IHR2005 設置的主要目的是在極小化對於全球貿易與交通限制的前提下，極大化對於人類健康的保護與限制傳染病的國際擴散，因此，如何協助締約國設置適當與必要的公共衛生措施，以因應不同的引發國際關切的公共衛生緊急事件，便為 IHR2005 的重要使命之一。分析 IHR2005 的條文，可以將所有公共衛生措施的設定方式分為三大類，第一類為常態性的公共衛生措施，第二類為依據 WHO 的暫時性建議所設置的公共衛生措施。由於這兩類措施在性質上屬於由 IHR2005 或 WHO 統籌規定或建議實施，因此本文將之歸類為制式的公共衛生措施，並於本小節中探討。至於第三種公共衛生措施，屬於制式措施的特別規定，將於下一小節中說明。茲以下圖表示 IHR2005 中的各類公共衛生措施的關連性。

---

<sup>43</sup> IHR2005，第 13.4 條。

<sup>44</sup> IHR2005，第 13.6 條。

圖 1-1：IHR 下各類公共衛生措施的制訂機制與關連性



## （一）常態性（routine）公共衛生措施

為了防止傳染病的國際散佈，IHR2005 中針對船舶、航空器等交通工具<sup>45</sup>、旅行者<sup>46</sup>、貨物<sup>47</sup>與容器<sup>48</sup>等分別訂有不同的常態性公共衛生措施，供締約國遵循。這些公共衛生措施主要運用在港空、機場、邊境等地點，針對平時的交通、貨運與遊客的入境與過境，進行平時與一般性的檢查或文件要求<sup>49</sup>。換言之，這些公共衛生措施屬於締約國在港埠實施的檢疫措施，其主要目的不是針對已經發生的引發國際關切的公共衛生緊急事件，而僅在於對可能因為船舶、航空器、車輛、遊客、貨物、容器等經由國際運輸後的過境或入境，散佈在本國境內、或會引發國際散佈的傳染病等公共衛生危害，進行一般性的預防措施。因此，締約國在執行這類措施時，需要以制式、迅速的方式進行，並確保相關程序的透明化，與不致於對不同締約國間造成差別待遇的歧視問題<sup>50</sup>。由於這些常態性的公共衛生措施，都是屬於制式的規定，故締約國並沒有太多自主的空間；這種規定，可以避免這些制式的預防性措施對於國際交通或旅遊構成不必要的限制與障礙。

除此之外，WHO 可根據第五十三條的程序，當總幹事認為一項長期建

---

<sup>45</sup> IHR2005，第 25-29 條。

<sup>46</sup> IHR2005，第 30-32 條。

<sup>47</sup> IHR2005，第 33 條。

<sup>48</sup> IHR2005，第 34 條。

<sup>49</sup> IHR2005，第 23-34 條。

<sup>50</sup> IHR2005，第 42 條。

議對於某個特定的公共衛生危害是必要和適當的情況下，針對此一事件提出關於常態或定期採取適宜衛生措施的長期建議（standing recommendations）<sup>51</sup>。基於這項長期建議，締約國可針對正發生的特定公共衛生風險（specific, ongoing public health risk）就人員、行李、貨物、集裝箱、交通工具、物品和（或）郵包採取建議的常態性公共衛生措施，以防止或減少這項公共衛生危害，如疾病的國際傳播和避免對國際交通的不必要干擾<sup>52</sup>。

## （二）依據暫時性建議制訂的公共衛生措施

由於常態性公共衛生措施適用的對象為平日的疾病散佈預防，以及對於某一特定的公共衛生危害的因應，對於可能引發國際關切的公共衛生緊急事件的處理模式，IHR2005 交由總幹事長與依據第四十八條設置的「緊急事件委員會」（The Emergency Committee）認定這個情形是否構成引發國際關切的公共衛生緊急事件<sup>53</sup>，一旦確認之後，並由總幹事長發佈暫時性建議，包括遭遇國際關切的公共衛生緊急事件的締約國或其他締約國對人員、行李、貨物、集裝箱、交通工具、物品和（或）郵包擬採取的衛生措施，其目的在於防止或減少疾病的國際傳播和避免對國際交通的不必要干

---

<sup>51</sup> IHR 2005，第 53 條。

<sup>52</sup> IHR 2005，第 16 條。

<sup>53</sup> IHR 2005，第 12 條。

擾<sup>54</sup>。兩種情況可讓暫時性建議的失效，一是在公佈三個月後自動失效；但如有特殊需求，臨時建議可修改或再延續三個月。臨時建議至多可持續到確定與其有關的國際關切的公共衛生緊急事件發生之後的第二屆世界衛生大會<sup>55</sup>。另一是依據第 49 條的程序，經由總幹事長向「緊急事件委員會」提出撤銷<sup>56</sup>，或由在本國領土上發生事件的締約國可向總幹事提出國際關注的突發公共衛生事件已經結束和（或）建議撤銷臨時建議<sup>57</sup>。不論是哪一種情況，基於暫時性建議設置的公共衛生措施也應隨之終止實施。

## 五、額外的衛生措施（Additional Health Measures）

額外衛生措施的設置，是 IHR2005 與 IHR1969 最大不同處之一，根據第四十三條的規定，IHR2005「不應妨礙締約國按照其國家有關法律和國際法之下的義務執行了應對特定公共衛生危害或國際關注的突發公共衛生事件而採取的衛生措施<sup>58</sup>。」，因此，一些原本在 IHR2005 下被禁止的措施<sup>59</sup>，只要能符合特殊的條件，且可產生與 WHO 的建議同樣或更大程度的健康保

---

<sup>54</sup> IHR 2005，第 15.2 條。

<sup>55</sup> IHR 2005，第 15.3 條。

<sup>56</sup> IHR 2005，第 49.6 條。

<sup>57</sup> IHR 2005，第 49.7 條。

<sup>58</sup> IHR 2005，第 43.1 條。

<sup>59</sup> IHR 2005，第 43.1(2)：如依據第二十五條、第二十六條、第二十八條第 1 和 2 款、第三十條、第三十一條第 1(3)款和第三十三條禁止使用的措施。

護效果，且這些措施對國際交通造成的限制以及對人員的侵入性或干擾性不應大於可合理採取並能實現適當程度保護健康的其他措施<sup>60</sup>，締約國便可以額外地採取這類公共衛生措施。

這種額外措施的意義，不僅在於表面的讓締約國可以制定 IHR2005 下的常態性措施，更在於這個制度的精神 - 提供締約國處理一些特定公共衛生風險的自主性，以設置符合國家個別需求與 IHR2005 相關規定的公共衛生措施。由於這種額外措施可能構成其他締約國承擔常態性措施以外的負擔，而引發締約國之間的爭議，故在第四十三條第二款中特別規定，在制訂這些額外措施時，在於締約國應基於：

- (1) 科學原則；
- (2) 對於人類健康危險的現有科學證據；或者此類證據不足時，現有資訊包括來自世衛組織和其他相關政府間組織和國際機構的資訊；以及
- (3) WHO 的任何現有特定準則或建議<sup>61</sup>。

這些規定，旨在防止締約國恣意、無依據地制訂額外措施，而對國際交通造成不當干擾，並損及其他締約國的權益，故所有額外措施的制訂需有科學證據佐證人類健康風險的存在，且措施的制訂有科學原理為基礎，並參考過 WHO 的相關準則或建議。如果執行這類措施，對國際交通造成明

---

<sup>60</sup> IHR 2005，第 43.1 條。

<sup>61</sup> IHR 2005，第 43.2 條。

顯的干擾，如因而拒絕國際旅行者、行李、貨物、集裝箱、交通工具、物品等入境或出境或延誤入境或出境 24 小時以上，採取這種額外衛生措施的締約國便有義務在實施 48 小時內向 WHO 提供採取此類措施的公共衛生依據和有關科學資訊。WHO 並應這些公共衛生依據、科學資訊與該措施的相關資訊，與其他締約國分享<sup>62</sup>。當 WHO 評估過締約國提出的前揭資訊後，可要求有關締約國重新考慮對此類措施的執行<sup>63</sup>；執行這項額外衛生措施的締約國則應考慮 WHO 的意見，在三個月內對這種措施進行復查<sup>64</sup>。這個規定顯示 IHR2005 雖然尊重締約國有制訂額外措施的需求與自主性，但其同時，更保留了 WHO 審查這類特別措施的權限。

此外，為確保其他締約國的權利不會被不當侵害，因為額外措施的執行而受有影響的任何締約國可要求與執行此類措施的締約國進行協商，除確認該措施依據的科學資訊和公共衛生依據，並試圖找到可被共同接受的解決方案<sup>65</sup>。經由這種協商機制，可以避免在締約國之間就額外措施的制訂、設計或執行等問題發生爭端，而損及 IHR2005 所欲追求的目標。

## 六、爭端解決制度的設置

---

<sup>62</sup> IHR 2005，第 43.3，43.5 條。

<sup>63</sup> IHR 2005，第 43.4 條。

<sup>64</sup> IHR 2005，第 43.6 條。

<sup>65</sup> IHR 2005，第 43.7 條。



IHR2005 第 56 條規定，如兩個或兩個以上締約國之間就本條例的解釋或執行發生爭端時，有關締約國應首先通過談判或其自行選擇的任何其他和平方式尋求解決此爭端，包括斡旋、調停或和解。未能達成一致的，並不免除爭端各當事方繼續尋求解決該爭端的責任<sup>66</sup>。如果通過本條第 1 款描述的手段未能解決爭端，有關締約國可商定將爭端提交總幹事，總幹事應當盡全力予以解決<sup>67</sup>。

除了前述的和平解決爭端的模式之外，締約國可以選擇採取仲裁的方式<sup>68</sup>，或以國際協議的方式，尋求其他政府間組織或根據任何國際協定建立的爭端解決機制以解決紛爭<sup>69</sup>。如果 WHO 與一個或多個締約國之間就 IHR2005 的解釋或適用發生爭端，則應提交世界衛生大會處理<sup>70</sup>。

這項爭端解決制度使得 WHO 在處理國際關切的公共衛生緊急事件時，能確保締約國可以有效行使其在 IHR2005 下的權利，並履行義務，並在紛爭發生的時候，以和平與具有可預見性的手段解決紛爭。

---

<sup>66</sup> IHR 2005，第 56.1 條。

<sup>67</sup> IHR 2005，第 56.2 條。

<sup>68</sup> IHR 2005，第 56.3 條。

<sup>69</sup> IHR 2005，第 56.4 條。

<sup>70</sup> IHR 2005，第 56.5 條。

### 第三節 小結

總體言之，IHR2005 確立了公共衛生應變能力，透過擴大規範對象範圍、監控與通報義務的具體化與國家核心能力的建設與確認、制訂制式公共衛生措施與較具彈性的額外措施等規定，達到了依賴科學原則、資訊公開化與查證評估的大原則，成為各締約國處理進行公共衛生議題的指導原則。

整體而言，IHR2005 具有以下各方面的特點趨勢：

#### 一、最大限度擴大法定適用範圍

由以往的三種傳染病擴張到國際關切的公共衛生緊急事件的範圍，要求各締約國不分原因，具有法定通報義務，並且擴大到包括生物、化學或核放射材料的意外、自然或有意洩漏事件等。

#### 二、通報管道的多元化<sup>71</sup>

(一) 締約國通報：發生公共衛生緊急事件的締約國家必須依決策文件評估，由「國家對口單位」在事件確定後 24 小時內向 WHO 通報，通報內容為在本國境內發生緊急事件的所有資訊，及通報國對該事件的任何應

---

<sup>71</sup> *Id.* arts.6-10。

變措施，並且要立即持續通報所有公共衛生資訊。

(二) **非官方管道通報**：WHO 可以透過非官方管道，如非政府組織等機構，獲得了某締約國發生公共衛生緊急事件訊息時，WHO 應該立即向該締約國通報，並設法取得證實，此時賦予 WHO 有通報義務。

(三) **其他締約國代通報**：當某締約國獲得了本國領土外且確認發生有可能引起公共衛生緊急事件的證據之後，應該在發現後 24 小時內向 WHO 通報，主要在防止當事締約國不履行通報義務，允許其他締約國在掌握合理證據之後可以代替通報權利。

### 三、注重傳染病爆發與應變能力的建設與基本要求

「早發現、早預警、早通報、早應變」是面對公共衛生緊急事件的治理有效措施，因此 IHR2005 將促進在 WHO 與各締約國之間的網絡建設完善化，加強訊息交流，進行緊密的全球公共衛生治理合作，為全球衛生保障、流行病預警與應變能力提供了一個完整的法律架構。

### 四、增強 IHR2005 的法律約束力與強制力

IHR2005 規定各締約國需指定「國家對口單位」，代表國家與 WHO 之間的通報聯繫，規範各國家對 WHO 通報更多的傳染病訊息，並尋求更大的主動權力，當某個國家不承認面臨健康危機，WHO 也將強制性的依據自己

的訊息判斷，進行干預介入，包括發佈臨時建議與派出調查團以調查應變措施是否完善等等。

## 五、權利與義務的衡平制度

締約國可以依據 IHR2005 規定，享有國際法賦予的權利與義務的承擔。這些權利義務關係，發生在締約國與締約國之間，如 IHR2005 規定，締約國可以享有在公共衛生緊急事件時，採取保護本國利益的公共衛生權利，如制訂額外措施，但必須得到 WHO 的認可，或可以要求與制訂額外措施得締約國進行協商<sup>72</sup>。這種權利與義務相對關係，也呈現於締約國與 WHO 的雙向合作關係中，如締約國應向 WHO 提供公共衛生緊急事件相關訊息的義務，以資訊互享流通化，並接受 WHO 派遣的工作小組展開系列調查工作；相對而言，締約國可與 WHO 就特殊事件進行磋商，以及自 WHO 取得協助與資訊的權利<sup>73</sup>。換言之，WHO 在 IHR2005 之下擔負起一定的責任，與主動行動的權利，諸如 WHO 應當協助締約國發展、加強及維持國家核心能力的提升義務、提供締約國技術援助及評估公共衛生事件能力、提供公共衛生緊急事件以及應變措施的所有資訊等義務<sup>74</sup>。

---

<sup>72</sup> IHR 2005，第 43 條。

<sup>73</sup> IHR 2005，第 8 條。

<sup>74</sup> IHR2005，第 5、10、11 條。

## 六、強調對基本人權的尊重

IHR2005 其基本原則中即明示基本人權的尊重、人性尊嚴與自由的保障，在傳染病的檢疫方面，更體現了對旅客基本權的保障，如 IHR2005 第五部分第 23 條第 3 項：「.....未經旅客本人或其父母或監護人的事先知情同意，不得進行醫學檢查、疫苗接種、預防衛生措施等行為」、第 31 條第 1 項前段：「不得將侵入性醫學檢查、疫苗接種或其他預防措施做為旅客進入某個國家領土的條件....」及同條第 2 項 (a) 款，即時要實施侵入性醫學檢查等侵入性行為，仍須以侵入性及干擾性最小程度為之，以避免受檢者的身體法益被侵害。在對旅客待遇方面，也應該以尊重旅客尊嚴、基本權的態度對待之<sup>75</sup>。以上所述，都呈現出 IHR2005 對基本權的尊重宣示。

綜合前述，在全球化的國際社會之下，面對國際經貿活動的更加活絡化與傳染病傳播的無國界性，以往的 IHR1969 的國際公共衛生法律體制早已無法有效因應現今國際關切的公共衛生緊急事件類型，各國的公共衛生體制以及防疫核心基礎建設也無法迴避整體制度層面的挑戰，因此藉由這次 IHR2005 的大幅度修訂與革新，各國所被賦予的公共衛生國家義務也需重新面臨制度結構的轉型，也就是說公共衛生（緊急應變）體制是各層級公共衛生管理組織以及公共衛生法律規範的系統總和，而依照新制度主義（Neo-institutionalism）的觀點，要因應 IHR2005 所課予各締約國一定國家

---

<sup>75</sup> IHR2005，第 32 條。

義務的履行與傳染病預防控制的目標，必須以進行公共衛生體制的制度革新為之，因此本文以下將分別就相關先進國家的公共衛生管理組織以及傳染病防治法律體系的層面分析之，並以「制度環境」(Institutional environment)及「制度安排」(Institutional arrangement)的制度要素探討之。

## 第二章 各國的公共衛生管理組織與法律體系

本研究試圖以制度典範分析的方式，就相關先進國家的公共衛生管理組織以及傳染病防治法律體系等兩個的層面說明並分析之，而前者又將細分為組織管理體系及應急管理體系兩方面論述，就此，本研究分別就美洲區域及亞洲區域各選擇兩個標竿國家，亦即為前者為美國及加拿大，後者為日本及南韓，分別論述探討各該國家的公共衛生制度及規範，並希冀能做一國際比較的研究分析，冀使我國政府主管機關進行相關政策規劃與制訂時，得有所助益。

### 第一節 美國公共衛生體系

#### 一、美國公共衛生組織管理體系

關於美國公共衛生組織管理的組織決策 (policy decision-making) 及政策規劃 (policy formulation) 相關組織，本文以美國聯邦政府機關為主軸，而不細部探討州及地方政府的組織管理體系，本文將以下說明之：

#### (一) 國土安全部 (Department of Homeland Security (DHS)) 76

---

<sup>76</sup> See DHS, <http://www.dhs.gov/dhspublic/>。

“9-11 事件”之後，美國制訂《國土安全法案》(Homeland Security Act of 2002)<sup>77</sup>，依據該法成立了國土安全部 DHS<sup>78</sup>，其職責是使美國能夠更加有效地協調整合各種資源以應對恐怖主義的威脅，來增強美國應急反應能力，因此 DHS 是美國災難反應及恢復行動的主要協調機關，負責協調所有應急事件，包括公共衛生緊急事件在內的防備、管理及災難救助等工作，以及對「聯邦反應計畫」(Federal Response Plan(FRP))的計畫進行協調、整合，及對聯邦反應計畫的回顧修改等。

當總統宣布重大緊急事件產生之後，總統將授權國土安全部長代表其管理緊急事件，具有充分協調各級機關、任命各級官員、調用各種物資及人力資源的權限，因此是重要的公共衛生緊急事件中決策機關。

## (二) 聯邦應急管理局 (Federal Emergency Management Agency(FEMA))<sup>79</sup>

聯邦應急管理局是公共衛生緊急事件中在聯邦政府、州政府及地方政府、私人部門之間建立一個橋樑作用的獨立性聯邦機關，他也是緊急事件中具體執行管理層次上重要的決策、協調及執行機關，其職責是對緊急事

---

<sup>77</sup> *Homeland Security Act of 2002*, P.L.107-296

<sup>78</sup> *Id.* TITLE I—Department of Homeland security , SEC. 101.“There is established a Department of Homeland Security, as an executive department of the United States.....”

<sup>79</sup> See FEMA, <http://www.fema.gov/index.shtm>。



件做應急處理，進行災害的防治計畫、恢復及減緩工作，提高州、地方政府對緊急事件的應對能力、與各級機關協調，以提供應對緊急事件中所需的資源等任務。2003年，該機關成為國土安全部的隸屬機關。

### **（三）衛生及公共服務部（Department of Health and Human Services(HHS)）<sup>80</sup>**

美國 HHS 是應對公共衛生緊急事件的主要決策、協調及執行機關之一，其下設幾個公共衛生重要部門：兒童及家庭管理局（ACF）、老年管理局（AoA）、醫療保健及質量研究局（AHRQ）、疾病預防及控制中心（CDC）、醫療保險及補助服務中心（CMS）、國家衛生研究院（NIH）等機關。

### **（四）疾病預防及控制中心（Center for disease control and prevention(CDC)）<sup>81</sup>**

美國疾病預防及控制中心 CDC 是美國處理公共衛生緊急事件的重要具體決策及執行機關，CDC 的任務是在提供傳染病預防及控制的重要訊息，並提供具體有效的管理及技術訊息給公眾，因此其職責在於為美國公共衛

---

<sup>80</sup> See HHS, <http://www.hhs.gov/>。

<sup>81</sup> See CDC, <http://www.cdc.gov/>。

生政策決策者提供可靠專業的訊息，通過公私伙伴關係以及各項計畫，促進公眾健康安全管理，製作傳染病認定標準、隔離檢疫措施的建議標準等手冊來向公眾提供防疫訊息及培訓等任務。

### （五）聯邦應急計畫（Federal Response Plan(FRP)）<sup>82</sup>

美國的緊急事件反應系統是依照聯邦應急計畫 FRP 來運作的，聯邦應急計畫 FRP 是 1992 年由聯邦應急管理局 FEMA 公佈的計畫，其法律依據是《災害救助及緊急援助法案》(The Stafford Disaster Relief and Emergency Assistance Act 1974(Stafford Act)) (Public Law 93-288)<sup>83</sup>。美國聯邦各部門及機關所簽署的一項協議，其目的在於（1）提高聯邦各部門及機關可以一致地處理緊急事件的應對能力，（2）發揮聯邦政府對州、地方政府在救災努力的應急反應、恢復及援助的支援，（3）提供聯邦有關部門及機關依其各自職權的技術援助等。

因此該計畫是為了動員聯邦資源、協調聯邦各部門取得聯邦支援，以增強州、地方政府在公共衛生緊急事件中的應對能力<sup>84</sup>。FRP 計畫適用於所

---

<sup>82</sup> See FRP, [http://library.findlaw.com/1992/Apr/1/127810.html#Scene\\_1](http://library.findlaw.com/1992/Apr/1/127810.html#Scene_1)。

<sup>83</sup> 《災害救助及緊急援助法案》是 1950 年制訂，美國第一個關於緊急事件應對的相關法律，主要規定重大自然災害發生時的救濟及支援原則，聯邦政府對州、地方政府的支持行動。

<sup>84</sup> See Sarah A. Lister, *An Overview of U.S. Public Health System*, CRS report for Congress, 2005, pp.6-8.

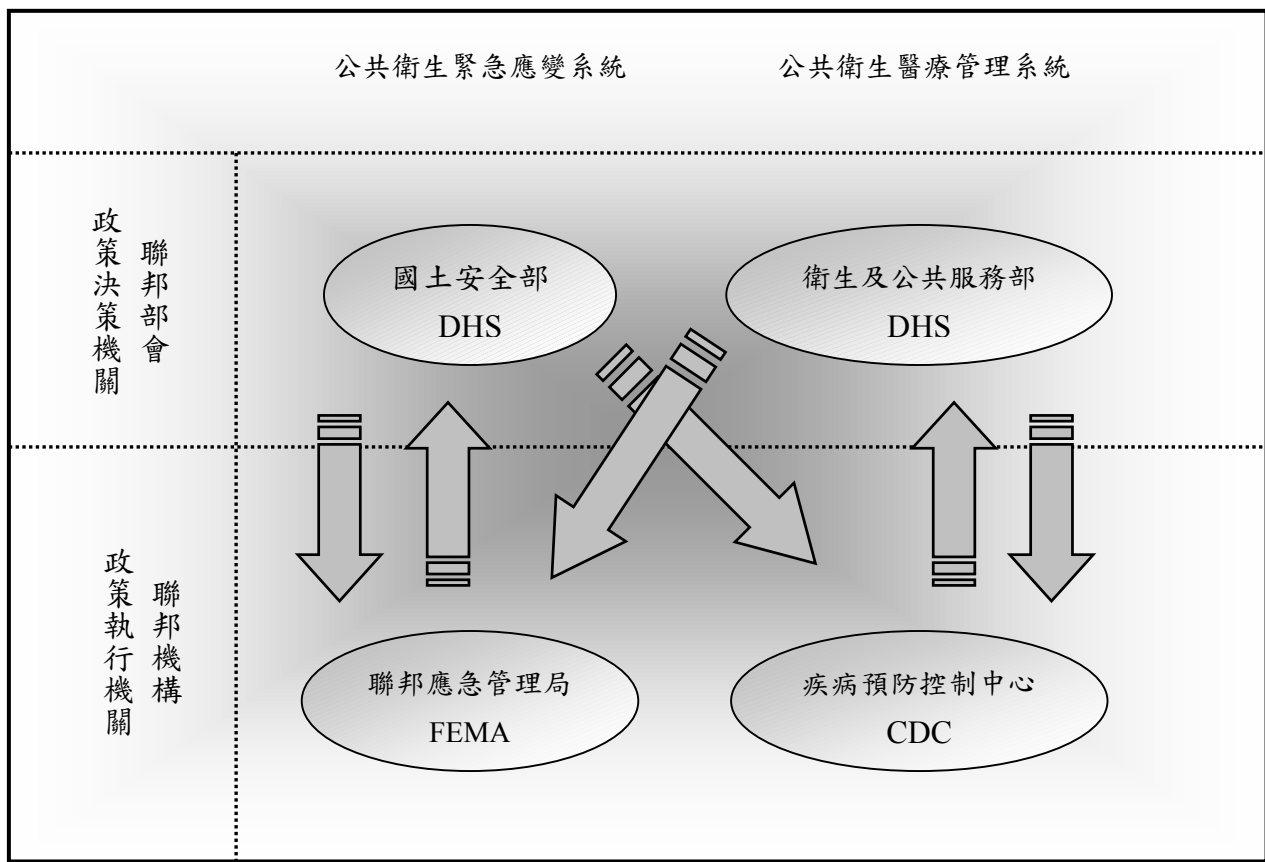
有的聯邦機關，將聯邦、州及地方政府彼此之間聯繫成一個聯合應急處理系統。當 FRP 計畫中「緊急支援職能」(Emergency Support Function(ESF)) 在一系列的重點領域進行緊急應對工作，其啟動緊急支援職能的原則是：

(1)FRP 行使 12 項緊急事件支援功能以滿足州政府在救援行動上的需要，以及聯邦行動的需要，各項支援項目應該互相合作支援，(2) 每項支援活動都由一個主管機關領導，其他機關作為支援機關，(3) 聯邦各機關的行動，必須依據實際需要來行使 ESF 幾項或全部的支援職能，假若緊急事件支援職能不能滿足需要<sup>85</sup>。

---

<sup>85</sup> *Id.* p.26

圖 2-1：美國公共衛生組織結構體系



本文製作

國土安全部 HHS 可依據《國土安全法案》，直接指派聯邦機構來進行支援等活動，而其主要集中在 12 個職能領域的活動，計有 (1) 交通：提供平時及戰時運輸服務，由運輸部負責，(2) 通訊：提供通訊服務，由國家通訊委員會負責，(3) 公共工程：恢復公共服務及公共設施，由國防部的美國陸軍工程師隊負責，(4) 防災：發現並減低森林大火、城鄉火災，由農業部的森林司負責，(5) 資訊及規劃：收集分析、公佈相關重要資訊，

促進聯邦應急反應機制能夠運行，由聯邦應急管理局負責，(6) 公眾關懷：管理並協調食品供應，安置並搶救傷患，分配救濟物品等，由美國紅十字會負責，(7) 人力支援：在緊急事件處理期間，為聯邦機構準備設備、物資、人力及物品，由聯邦總務局負責，(8) 醫療衛生服務：提供公共衛生及醫療服務，由衛生及公共服務部 HHS 負責，(9) 城市搜索及救援：發現、解救被夾在廢墟中的傷者及前期醫療，由國防部負責，(10) 危險物質：為實際或潛在性疾病及危險物質防治提供聯邦緊急支援，由環保署負責，(11) 食品：為確認食品需要，確保食品能到達受災區域，由農業部食品營養司負責，(12) 能源：恢復電力系統及能源供應，由能源部負責<sup>86</sup>。

因此，關於公共衛生緊急事件的管理機制，在美國本身的處理是作為一種聯結在聯邦應急計畫 FRP 裡的機制，其不僅僅是計畫中 ESF#8 醫療衛生服務項目功能而已，更是其他所有緊急事件發生之後所需要的醫療服務應急需求。因此，關於公共衛生緊急事件的啟動，主要是透過 ESF#8 的醫療衛生支援功能並且藉由國家災難醫療系統（National Disaster Medical System (NDMS)）來行動的。

而國家災難醫療系統是成立於 1984 年，1992 年被納入聯邦應急計畫 FRP 中，該系統的組織以前隸屬於 HHS，現今隸屬於 DHS，為所有緊急事

---

<sup>86</sup> See FRP ESF, <http://www.disasters.org/emgold/frp.htm>

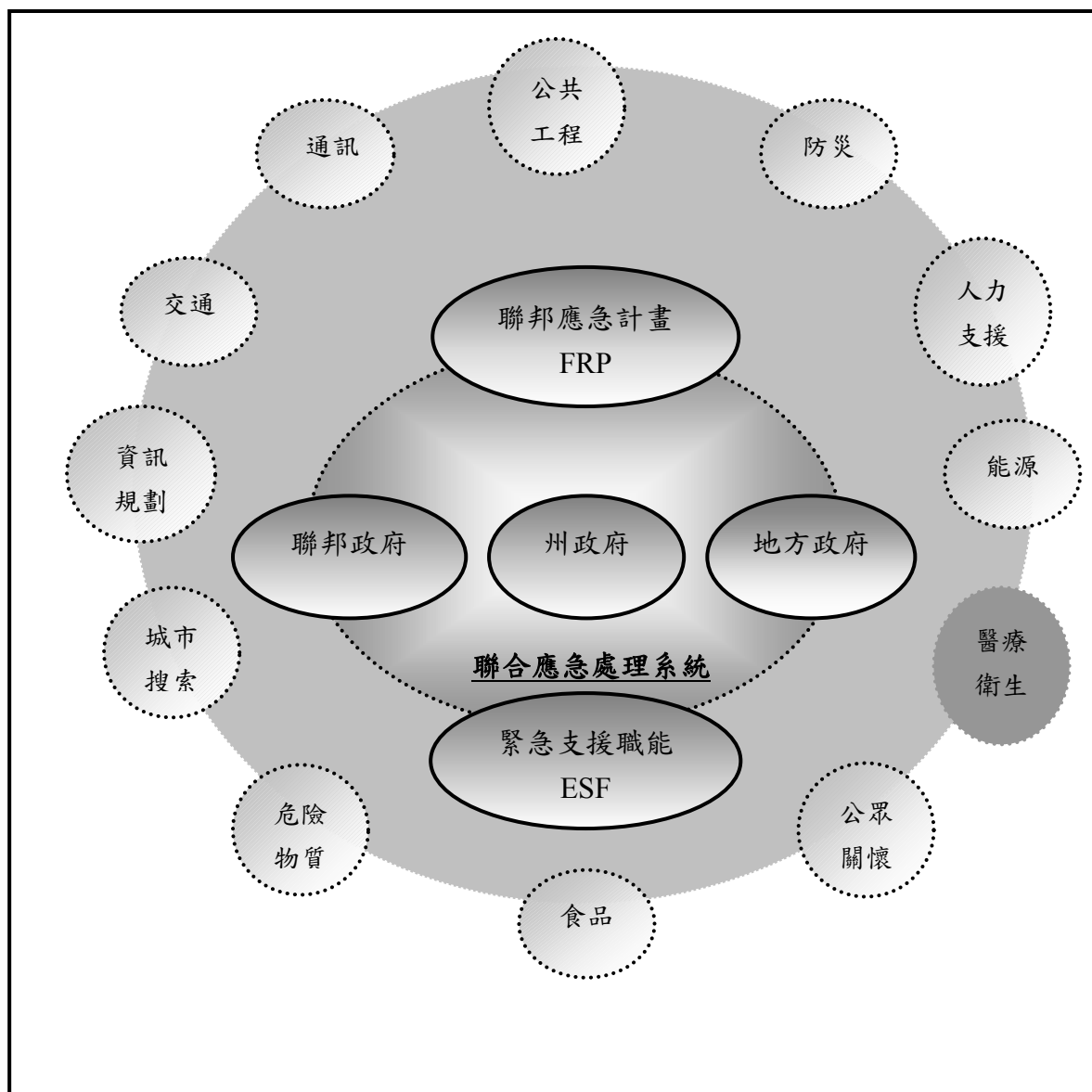
件應急處理醫療、人員、設備、醫藥品及相關事務的協調服務<sup>87</sup>。由於 ESF#8 是由衛生及公共服務部 HHS 領導的，因而 NDMS 由國土安全部啟動之後，具體實施執行及相關協調事務將由 HHS 統籌<sup>88</sup>。

---

<sup>87</sup> <http://www.oep-ndms.dhhs.gov/>

<sup>88</sup> See Sarah A. Lister, *An Overview of U.S. Public Health System*, CRS report for Congress, 2005, pp.46-48.

圖 2-2：美國聯邦應急計畫 FRP 處理系統



本文製作

## 二、美國公共衛生應急管理體系

美國傳統的公共衛生應急管理體系是以“聯邦—州—地方”三級公共衛生部門的架構為基礎的，由於美國聯邦制度的因素，以往三級公共衛生部門之間的合作協調機制較為鬆散。然而，“9-11 事件”及“炭疽”等事件的發生對美國產生了重大的影響，也因此美國政府深刻改變了公共衛生系統的運作。目前，美國仍然處於不斷地更新建設一套完善的公共衛生應急系統，企圖而以新的三級應急管理機制為基礎架構<sup>89</sup>。因而其整體架構包括了（聯邦）CDC 疾病控制及預防系統—（州）HRSA 醫院應急準備系統（Hospital preparedness grants）—（地方）MMRS 城市醫療應急系統(Metropolitan medical response system)三個垂直系統建構，詳細說明如下：

### （一）美國疾病控制及預防中心（Center for disease control and prevention(CDC)）

美國疾病控制及預防中心（以下簡稱 CDC）隸屬於美國衛生及公共服務部（HHS）之下，是美國主要的公共衛生緊急事件具體決策及執行機關，CDC 的組織結構有以下幾個部門：國家出生缺陷及發育障礙中心

---

<sup>89</sup> See Sarah A. Lister, *An Overview of U.S. Public Health System*, CRS report for Congress, 2005, pp.3-5.



(NCBDDD)、國家慢性疾病預防及健康促進中心 (NCCDPHP)、國家環境衛生中心 (National Center for Environmental Health Agency)、國家基因學疾病預防辦公室 (Office of Genomics and Disease Prevention)、國家衛生統計中心 ((NCHS)、國家 HIV、STD、TB 預防中心 (NCHSTP)、國家傳染病疾病中心 (NCID)、國家傷害預防及控制中心 (NCIPC)、國家免疫計畫辦公室 (NIP)、國家職業安全健康辦公室 (NIOSH)、及部長辦公室 (Office of the Director) 等機關<sup>90</sup>。

CDC 主要職責是在預防及控制傳染病的情報方面，提供具體有效的管理及技術支援措施。

## **(二) 衛生資源及服務部 (Health Resources and Services Administration (HRSA)) 91**

HRSA 和 CDC 是平行的部門，同隸屬於衛生及公共服務部 HHS，主要是在為民眾提供衛生保健服務，而“HRSA 醫院應急準備系統 (Hospital preparedness program)”主要是藉由提高醫院、門診中心及其他衛生保健合作部門之間的應急能力，來發展區域對公共衛生緊急事件的對策能力。該

---

<sup>90</sup> See CDC, <http://www.cdc.gov/>。

<sup>91</sup> See HRSA, <http://www.hrsa.gov/>。

系統在美國境內分區管理，共設有 10 個區塊<sup>92</sup>。

### **(三) 城市醫療反應系統 (Metropolitan Medical Response System (MMRS)) 93**

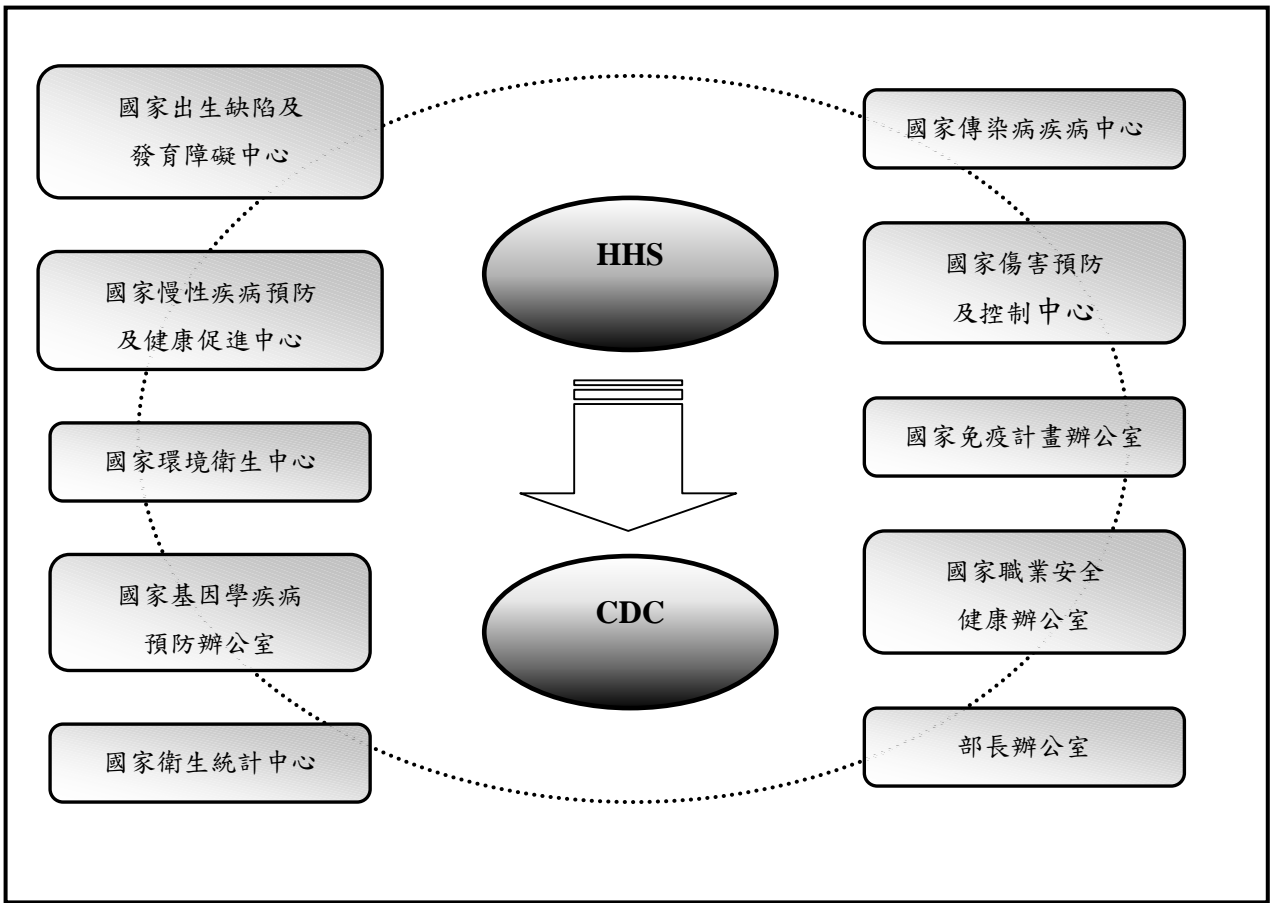
MMRS 是地方層次 (Local level) 應對公共衛生緊急事件的運作系統，開始於 1996 年，2003 年加入聯邦緊急管理局 FEMA，該系統藉由地方的執法機關、消防機關、醫院、公共衛生機關及其他第一現場處理人員之間的合作，使大城市若發生公共衛生緊急事件時，以確保城市能在 48 小時內能有效地應對。該系統的特徵是具有完善的醫療反應系統，有詳細的應急反應計畫，有受過專業訓練的專業人員，及專門的醫療設備及醫藥品儲存等因素。

---

<sup>92</sup> See Sarah A. Lister, *An Overview of U.S. Public Health System*, CRS report for Congress, 2005, p.42.

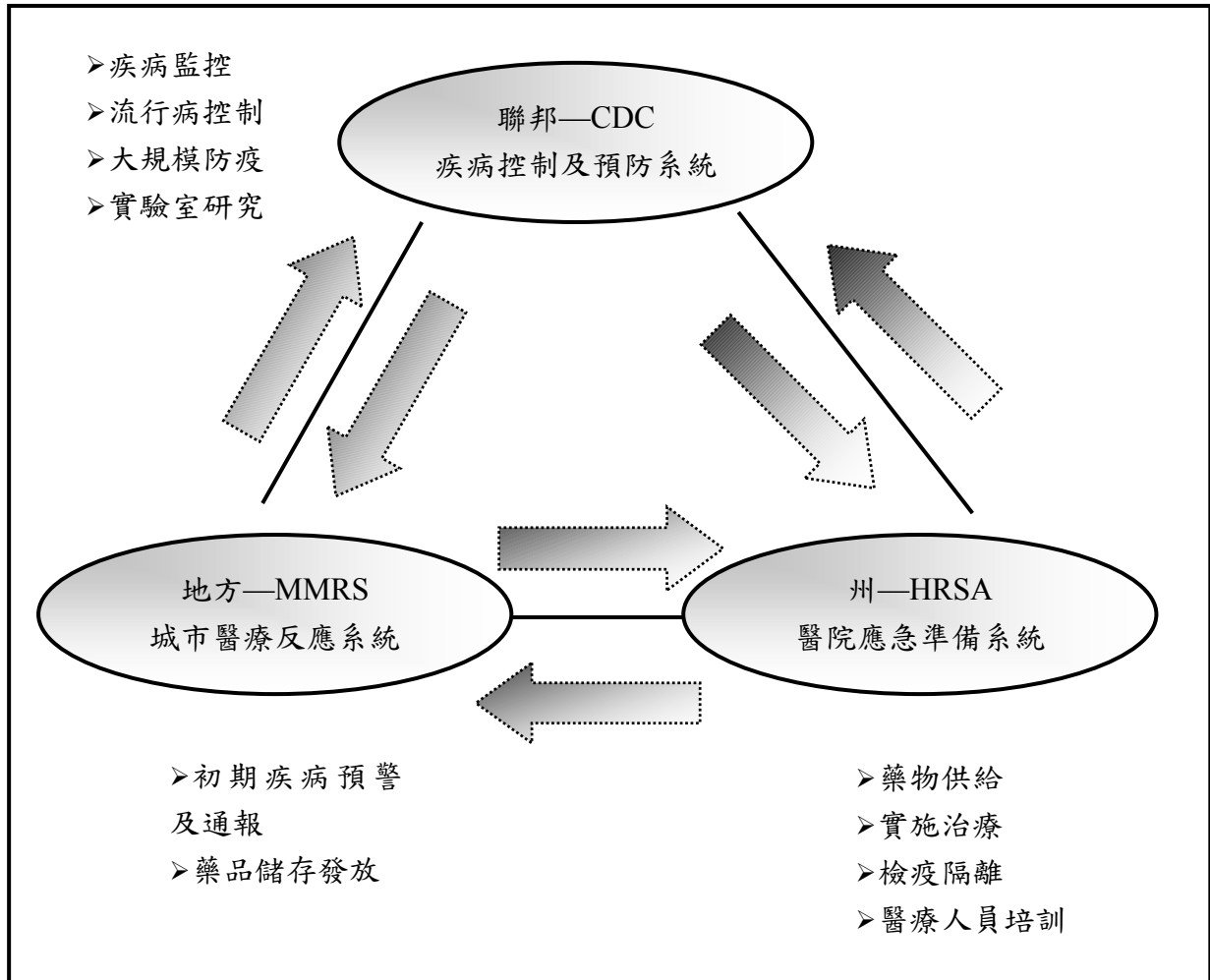
<sup>93</sup> See MMRS, <https://www.mmrs.fema.gov/default.aspx>。

圖 2-3：美國疾病控制及預防中心 CDC 組織圖



本文製作

圖 2-4：美國公共衛生緊急事件應對系統



本文製作

### 三、美國的公共衛生法律體系概觀

美國的公共衛生治理(public health governance)實施主要是由聯邦、州及地方政府所架構的，聯邦政府可以透過制訂相關法律來進行基金分配權、稅收、預算分配及跨州貿易活動等政策工具的手段來影響公共衛生措施的執行，諸如聯邦政府可以利用租稅減免來刺激雇主幫員工購買健康保險單，或者增加煙稅來減低抽煙率等行為<sup>94</sup>。

因此，藉由這些聯邦政府的政策權限或行政指導等建議措施，可以實質地大量地影響州政府在公共衛生方面的相關立法行為，而將聯邦的行政指導建議納入州法的修訂活動當中。然而，大部分的公共衛生法律，包括傳染病防治法令規範，主要都集中在州政府層級，因為美國憲法賦予州政府關於公共衛生的主要憲法權限，可以制定相關州法令來規範之，諸如強制傳染病患的隔離留檢措施、檢疫措施、物品消毒措施等，而州政府也常授權地方衛生部門具體執行上述措施<sup>95</sup>。

因此，美國傳統上公共衛生治理系統的實施，主要是在聯邦及州政府層次，後者被賦予主要的公共衛生權力分配，聯邦政府在美國憲法的主要功能主要是居於輔助角色，在於當公共衛生緊急程度遠超過州政府的能力

---

<sup>94</sup> See Sarah A. Lister, *An Overview of U.S. Public Health System*, CRS report for Congress, 2005, pp.4-5.

<sup>95</sup> See David P. Fidler, *Constitutional outlines of public health 's "New world order"*, 77 Temp. L. Rev. 247, Summer, 2004, pp.254-256.

負擔範圍之外者，聯邦政府就應該在州政府的請求之下進行各方面的聯邦資源的支援活動<sup>96</sup>。舉例而言，如聯邦疾病控制及預防中心 CDC 的職責就是基金分配、公共衛生課程訓練、對州、地方的技術支援、全國實驗室系統及傳染病資料的分析等輔助指導活動。

《公共衛生服務法案》(Public health service act) 是美國第一個關於公共衛生應急處理的法令規範，公共衛生服務法案 (Public health service act)<sup>97</sup> 授權美國衛生及公共服務部 HHS 秘書處有權宣布公共衛生緊急事件的啟動，開啟了聯邦衛生主管機關進行聯邦政府擴張公共衛生權限的一步，而州衛生部門當然也有權限去宣布啟動公共衛生緊急事件的執行計畫<sup>98</sup>。在 2001 年，CDC 制訂了一套「州衛生緊急事件啟動範本法案」(Model State Emergency Health Power Act)<sup>99</sup>，該實施範本主要目的是鼓勵州政府使用該範本法案來修正各州的衛生法令，如此將可以有效因應恐怖事件及公共衛生緊急事件所帶來的風險威脅。

---

<sup>96</sup> See Sarah A. Lister, *An Overview of U.S. Public Health System*, CRS report for Congress, 2005, pp.11-12.

<sup>97</sup> *Public health service act* 1973, 29 USC 794.

<sup>98</sup> See *Public health service act* 1973, Title 42, Charter 6A, Subchapter II, Part B, Sec. 243(a): “ The Secretary shall also assist States and their political subdivisions in the prevention and suppression of communicable diseases and with respect to other public health matters, shall cooperate with and aid State and local authorities in the enforcement of their quarantine and other health regulations, and shall advise the several States on matters relating to the preservation and improvement of the public health. ”

<sup>99</sup> <http://www2a.cdc.gov/phlp/legislation.asp>.

如前所述，美國傳統公共衛生治理系統在憲政垂直權力分配架構之下，主要權責是落在州政府層次上，聯邦政府僅負責支援州政府的輔助性角色，也就是唯有當州政府無法負擔公共衛生緊急事件的處理時，聯邦政府才有介入的空間。然而，近年來，由於 SARS 的爆發，使得全球各國家的公共衛生治理系面臨嚴重挑戰，藉著此契機，美國聯邦政府的治理權力才逐漸地擴大化，也就是聯邦政府藉由憲法賦予聯邦政府職責的「國家安全」(national security)及「商業貿易」(commercial trade)的權限，並透過國會的公共衛生立法及基金補助等政策工具，大大地強化了聯邦政府在公共衛生治理系統的主要角色地位。

此時，美國的公共衛生治理系統已經悄悄地進行治理權限的轉移工程了，而此對於美國憲法原本要將治理權限授權於州政府的權力配置比例，進行了權限轉型的機制。比如關於公共衛生緊急事件的應急處理方面，新成立的美國國土安全部 DHS 是依據國土安全法案 (Homeland Security Act)<sup>100</sup>而設置的，聯邦國土安全部可以有權統一協調各層級機關，調用各種準備物資及人力資源，將以往的各層級政府機關的權責來統一建立成一個緊急應急資源網絡，進行統籌分配協調全國防疫資源的運用<sup>101</sup>。另外美國疾病控制及預防中心 CDC 在傳染病預防控制資訊方面，可以利用及時收到國

---

<sup>100</sup> *Homeland Security Act of 2002* (Public Law 107-296).

<sup>101</sup> *Id.*Sec101(b).

內外傳染病訊息的平台上，制訂相關傳染病認定準則、隔離及檢疫措施建議標準、民眾防範指南等原則性指導建議手冊，並且利用與州、地方政府的伙伴關係網絡，有權來要求州、地方政府衛生部門就傳染病診察資訊向上通報彙整，並利用彙整收集到的疫情訊息進行實驗室分析，並將結果公布給民眾知曉<sup>102</sup>。藉由上述一系列的網絡活動的聯結，因而讓聯邦公共衛生機關能在美國公共衛生治理系統上（public health governance system）近年來逐步獲得強化。

---

<sup>102</sup> <http://www.cdc.gov/about/default.htm>



## 四、美國的檢疫法律體系

美國關於公共衛生及傳染病預防的聯邦法律主要是《公共衛生服務法》(Public Health Service Act)<sup>103</sup> (以下簡稱本法)，本法又稱為《美國檢疫法》，其主要的法律體系將介紹如下：

### (一) 傳染病預防體系的合作

#### 1. 衛生部長的職責

美國聯邦衛生及公共服務部 HHS 衛生部長，將被州、地方政府主要的公共衛生權限授權去統整美國境內傳染病檢疫的訊息，另外衛生部長也將協助州、地方政府提供技術支援來預防傳染病的爆發，因此聯邦政府將與州、地方政府成立一個合作伙伴網絡關係來共同預防傳染病，而非早期以州政府為主軸的預防體系<sup>104</sup>。

#### 2. 公共衛生教育訓練的實施

衛生部長將鼓勵各州之間成立共同合作網絡，提升彼此的公共衛生能量，來進行統整性的傳染病預防事務，部長也將為州、地方政府提供人員的專業教育訓練課程。衛生部長將鼓勵各州之間成立共同合作網絡，提升

---

<sup>103</sup> *Public Health Service Act*, 1994, 42 USC Sec.264-272, and amended 1957,1960,1976 and 2001, Title 42-the public health and welfare , Charter 6A-public health service, Subcharter II -General powers and duties, Part G, *Quarantine and Inspection*.

<sup>104</sup> *Public Health Service Act*,2001, 42 USC Sec.243, *General grant of authority for cooperation*.

彼此的公共衛生能量，來進行統整性的傳染病預防事務，部長也將為州、地方政府提供人員的專業教育訓練課程。

## **(二) 聯邦醫事總署的權限<sup>105</sup>**

### **1. 醫事總署 (Surgeon General) 的公佈實施法令權限**

醫事總署<sup>106</sup>在衛生部長授權同意之下，有權制訂並實施傳染病法令，以防治來自國外傳染病傳入美國境內或美國跨州間的傳播途徑。執行法令時，醫事總署可以在必要性情況之下，對受到感染的動物、物品等危險源進行檢查、蒸燻、消毒、衛生清潔、滅蟲及其他措施，以避免人類被感染。

### **2. 逮捕 (apprehension)、拘留 (detention) 及附條件的釋放 (conditional release of individuals) 權限**

除了總統依據衛生部長建議之後，事先經諮詢過醫事總署的意見，且是為了避免傳染病傳播而頒佈的特定行政命令者外，不得任意逮捕、拘留或附條件的釋放個人。也就是，當個人被合理懷疑疑似患有傳染階段 (qualifying stage) 的傳染病者，必須接受健康檢查措施，並依法拘留。而所謂的傳染階段是指處於感染前期及正在感染中者。

### **3. 對人員及貨物的暫時禁止令狀 (suspension of entries and imports)<sup>107</sup>**

---

<sup>105</sup> *Id.* Sec 264. *Regulations to control communicable diseases.*

<sup>106</sup> See <http://www.surgeongeneral.gov/>。

<sup>107</sup> *Public Health Service Act, 2001*, 42 USC, Sec. 265. *Suspension of entries and imports*

當醫事總署判斷國外正發生的傳染病有高度可能性，藉由人員及貨物的進入美國境內而傳入時，基於公共衛生的考量，醫事總署有權頒佈命令，禁止該外國人員及貨物進入，禁止時間長短依實際情況認定之。

#### **4.檢疫站(quarantine station)的設置管理<sup>108</sup>**

醫事總署依法得管理、指揮及控制美國境內的檢疫站（quarantine station）、所（quarantine ground）及停泊處所（anchorage），指派各站業務負責的檢疫人員。並且，經由總統授權，醫事總署可以不定期設立額外的檢疫站、所及停泊處所。

### **（三）健康證明書(Bills of Health)的核發<sup>109</sup>**

#### **1.健康證明書核發**

任何從國外港埠通過海關正要前往美國任何港埠的船舶，在離開國外港埠時都必須要取得美國領事館人員或公共衛生部門專員，或醫事總署指派的美國醫療人員，核發一式多份的健康證明書，並且前述核發人員必須事先確認證書內容屬實。

#### **2.海關人員收取正本，複本視為航海文件(ship's paper)之一**

---

*from designated places to prevent spread of communicable diseases.*

<sup>108</sup> *Id.* Sec. 267. *Quarantine stations, grounds, and anchorages.*

<sup>109</sup> *Id.* Sec. 269. *Bills of health.*

船舶進入美國港埠時，必須將健康證明書交給海關收文人員，複本在檢疫區域檢疫時，交給檢疫人員，健康證明書應被視為航海文件之一。

### 3.港埠檢疫程序

任何船舶進入美國境內港埠卸貨或人員下船時，都應該要依檢疫程序進行，取得檢疫官核發的檢疫證明書，且人員、船舶、負責人等都應該遵守本法規定以確保船舶公共衛生狀態處於最佳情況。任何船舶進港時，負責人都應將檢疫證明書及健康證明書正本及其他檢疫文件，交給海關收文人員，並且，船舶進入建議區域的檢疫程序完成之後，由檢疫官核發檢疫證明書。

#### (四) 民航飛行及民用航空器的適用規定<sup>110</sup>

醫事總署有權依本法宣布本篇所有規定都可以適用於航空器飛行上，一同適用船舶的檢疫規定。

---

<sup>110</sup> *Id.* Sec. 270. *Quarantine regulations governing civil air navigation and civil aircraft.*

## 五、美國聯邦法規的檢疫體系

在前述的聯邦法律體系中，介紹了《公共衛生服務法》(Public Health Service Act)的重要內容之後，再來分析美國聯邦法規(CODE of Federal Regulation)中關於檢疫的相關規定，主要規定在第 42 篇第 1 章 71 節有關外來檢疫 (Foreign quarantine) 部分<sup>111</sup>，以下將說明之：

### (一) 船舶傳染病檢疫

到達美國港埠的交通工具可以不用經過檢查 (inspection)，除非 CDC 局長 (director) 判斷後認定如果不檢查，將可能會發生傳染病帶入美國的風險，如在交通工具上有人員死亡或患病情形，但是，雖然所有交通工具不必然要接受檢查 (inspection)，但一定要接受衛生檢查 (sanitary inspection) 的程序<sup>112</sup>，也就是由國外到達的交通工具，必須確定是否有鼠類、昆蟲或其他有害動物存在，食物及飲用水是否被污染等等，以防止傳染病藉機傳入擴散美國境內。為了確保檢疫程序能順利完成，CDC 局長可以有權扣留該檢疫交通工具 (detention of a carrier)，一直到所有檢疫手續辦完為止，並且局長可核發附條件的入港許可證 (a controlled free pratique)，內容規定哪些條件應當遵守。

---

<sup>111</sup> See Code of Federal Regulations(CFR), Title 42,Charter1, Part 71 *foreign quarantine*,1996.

<sup>112</sup> *Id.* Subpart D--Health Measures at U.S. Ports: Communicable Diseases, Sec. 71.31 *General provisions.*

## (二) 相關的檢疫措施

1. 對人員的檢疫措施—隔離 (detention and isolation) 及留檢監視 (place person under surveillance) 措施

若局長有合理理由相信 (on reasonable grounds) 任何入境或離境的人員疑似感染檢疫傳染病者，局長可以有權將其隔離或留檢監視，如果必須，也可以進行消毒措施<sup>113</sup>。(1) 隔離措施：被隔離者應被留置於適當隔離場所，(2) 留檢監視措施：被監視者應在被監視期間，親自或打電話向將到達目的地的衛生官員，報告自己的健康狀況情形及預定目的地，必要時，應接受健康檢查<sup>114</sup>。

### 2. 對貨物的消毒措施<sup>115</sup>

所載運的貨物，必須在卸貨前予以消毒，或海關人員可命令將這些貨物與其他物品分開儲存，等待適當處理。

### 3. 航空器滅蟲措施<sup>116</sup>

---

<sup>113</sup> *Id.* Sec. 71.32, *Persons, carriers, and things.*

<sup>114</sup> *Id.* Sec. 71.33, *Persons: Isolation and surveillance.*

<sup>115</sup> *Id.* Sec. 71.42, *Disinfection of imports.*

<sup>116</sup> *Id.* Sec. 71.44, *Disinsection of aircraft.*

CDC 局長如果認為由國外爆發的傳染病飛抵的航空器或飛機上疑似有害蟲存在的可能者，可命令實施滅蟲措施，於飛機著路並停好後，即刻實施。

#### 4. 食品、飲用水及廢棄物的供應措施<sup>117</sup>

美國所有的港口、機場的飲用水來源，皆必須事先經過食品及藥物管理局(Food and Drug Administration)的食品藥物處處長(Commissioner of Food and Drugs)的水源核可(approved watering point)。並且，所有船舶及飛機上供應的飲用水來源也必須經過核可。

#### 5. 除鼠證明書的核發<sup>118</sup>

進入美國境內的船舶，原則上並不需要出示除鼠證明書 (Deratting Certificates) 或免予除鼠證明書 (Deratting Exemption Certificates.)，然而主管機關可以登船檢驗船舶有無鼠患，並發給除鼠或免予除鼠證明書。

---

<sup>117</sup> *Id.* Sec. 71.45, *Food, potable water, and waste: U.S. seaports and airports.*

<sup>118</sup> *Id.* Sec. 71.46, *Issuance of Deratting Certificates and Deratting Exemption Certificates.*

## 第二節 加拿大公共衛生體系

### 一、加拿大公共衛生組織管理體系

加拿大的公共衛生管理組織在聯邦層次是衛生部(Public Health Agency of Canada)，各省為衛生署，各省衛生署又將全省劃分為若干衛生區域(Health region)，因此在加拿大，聯邦及各省的衛生主管機關形成一個共同責任網絡，並且加拿大憲法中並沒有明白規範對公共衛生的立法權限是專屬於聯邦或省政府一方，而完全是依據該特定公共衛生措施的實施目的與法效果來決定歸屬於何方<sup>119</sup>，因此加拿大形構出一種垂直互享網絡系統，聯邦衛生部(Public Health Agency of Canada, Health Canada)是聯邦體系中公共衛生事件的主管機關，統籌負責各種公共衛生事務，如(1)自然災害事故：洪水、地震、火災及高危險的傳染疾病，(2)意外事故或恐怖犯罪、生物威脅的事故等，並且成立了「應急準備與反應中心」(Center for Emergency Preparedness and Response (CEPR))，做為加拿大在公共衛生緊急事件中協調中心，其主要任務包括<sup>120</sup>：

- 發展和修改加拿大衛生部的國家應急反應計畫 (National emergency

---

<sup>119</sup> See *Public health crisis: the legal framework*, Report for Congress, The law library of Congress, 2003, p.35; *Constitution Act of Canada* 1982.

<sup>120</sup> See CEPR, <http://www.phac-aspc.gc.ca/cepr-cmiu/>.



response plans )

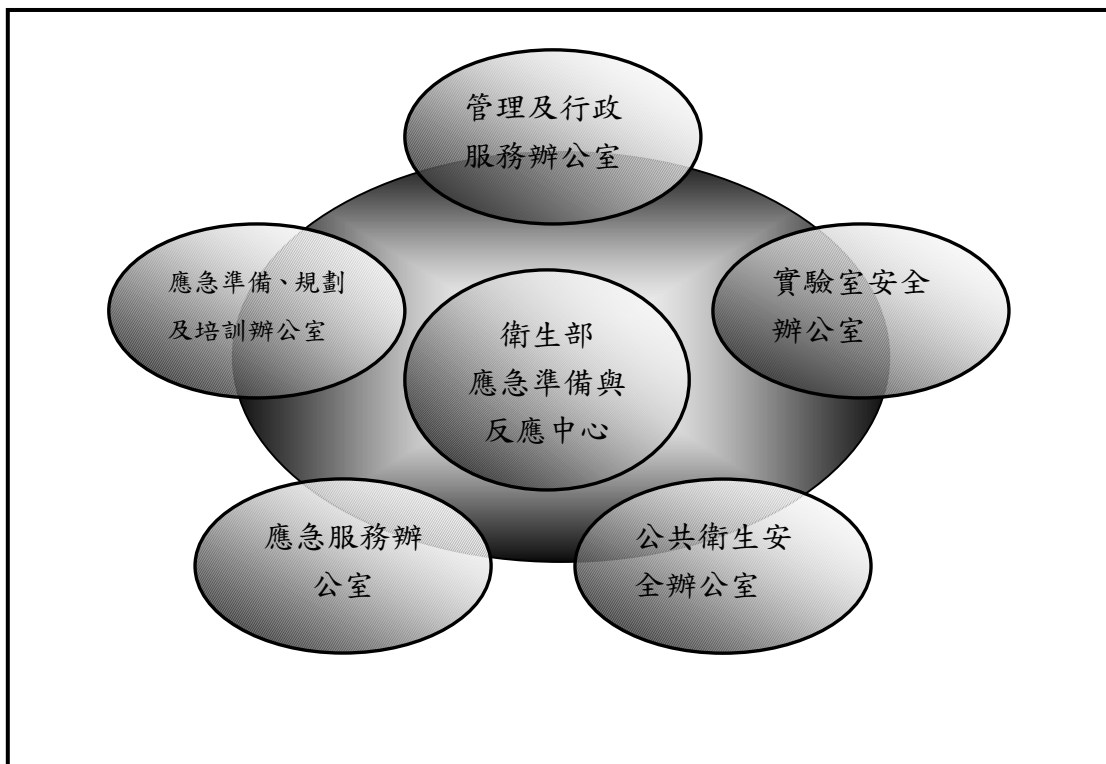
- 監控公共衛生緊急事件的發生及全球疾病事件
- 評估緊急事件所帶來的公共衛生危機
- 負責制訂關於實驗室安全、傳染病檢疫等重要問題的聯邦法令
- 有關加拿大政府在處理生物恐怖主義、公共衛生緊急事件及應急反應的專責機關

CEPR 之下設置了五個辦公室，「應急準備、規劃及培訓辦公室」(Office of Emergency Preparedness, Planning & Training)、「應急服務辦公室」(Office of Emergency Response Services)、「實驗室安全辦公室」(Office of Laboratory Security )、「公共衛生安全辦公室」(Office of Public Health Security) 及「管理及行政服務辦公室」(Office of Management and Administrative Services) 等辦公室，各自有專門職責<sup>121</sup>：

---

<sup>121</sup> See <http://www.phac-aspc.gc.ca/cepr-cmiu/> 。

圖 2-5：加拿大公共衛生應急事件聯邦系統



本文製作

表一：CEPR 各辦公室的專門職責

辦公室	職責
應急準備、規劃及培訓	<ul style="list-style-type: none"> <li>□ 負責中心總體規劃及管理計畫，並管理應急準備及反應計畫（emergency preparedness and emergency response plans）</li> <li>□ 發展培訓應急人員，以便能有效實施該計畫</li> <li>□ 規劃相關課程給醫療人員，以便能快速回應傳染病緊急事件</li> </ul>

辦公室	職責
	的處理
實驗室安全	<p>□ <u>生化研究安全部分</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● 發展及應用國家生化研究安全政策</li> <li>● 評估人類病原體進口的許可運用</li> <li>● 發展進口人類病原體的許可證</li> <li>● 為微生物實驗室提供諮詢服務</li> <li>● 作為 WHO 的共同合作中心</li> </ul> <p>□ <u>緊急事件及生化恐怖主義反應部分</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● 為生化安全緊急事件、威脅減低及生物增殖預防計畫發展政策、程序及原則</li> <li>● 控制危險病原體在加拿大的使用</li> <li>● 為涉及危險四種病原體的國家運輸緊急事件實施應急反應援助計畫</li> <li>● 實施一個國家計畫，對可疑包裹及生化恐怖事件進行 7 天 24 小時的現場反應</li> </ul> <p>□ <u>實驗室安全部分</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● 總體負責管理加拿大實驗室的安全計畫</li> </ul>

辦公室	職責
	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 與加拿大核安全委員會的要求一致，對衛生部處理放射性材料的統一許可證進行管理</li> <li>與危險品運輸法與管制（Transportation of Dangerous Goods Act and Regulations (TDG)）一致，發展並管理衛生部的危險品運輸計畫</li> </ul>
應急服務	<ul style="list-style-type: none"> <li>□ 在國家公共衛生緊急事件中，該辦公室負責支援在省、地區及國外的應急衛生與社會服務工作</li> <li>□ 管理國家應急儲備計畫（National Emergency Stockpile System (NESS)），該計畫包括應急供給及醫療、藥品供給</li> <li>□ 依據《檢疫法》，在大型港口機場協助檢疫官進行傳染病檢疫工作</li> <li>□ 對來自於省、地方政府、聯邦其他部門對緊急事件提出的援助請求，進行應對措施</li> </ul>
公共衛生安全	<ul style="list-style-type: none"> <li>□ 該辦公室提供加拿大及 WHO 有關全球及加拿大公共衛生事件訊息情報</li> <li>□ 處理旅遊醫藥品及熱帶衛生等影響加拿大的議題</li> <li>□ 協調加拿大做出應急準備對策，來回應省、地方政府及聯邦</li> </ul>

辦公室	職責
	其他部門的援助請求
管理及行政服務	<p>□該辦公室維持 CEPR 的緊急準備和回應能力，藉由照料中心的日常手術的每個環節-從行政和人力資源到資料持有、資料管理、資訊科技和預算管理等。</p> <p>□藉由結合多量服務和高品質產品以提供無價服務、管理和領導,在流動的緊急手術環境。</p>

本研究自製

## 二、加拿大公共衛生應急管理體系

加拿大公共衛生應急管理系統是由「聯邦—省—地方」三級行政體系建置而成的，在聯邦層次，是由國防部所屬的「關鍵基礎設施保護及應急準備辦公室」(Office of Critical Infrastructure Protection and Emergency Preparedness (OCIPEP)) 作為公共衛生緊急事件管理的協調機關，其主要職掌任務為領導國家公共衛生基本方針，及全面強化公共衛生基礎設施的建設，建置政府、非政府組織及民間私營部門之間的伙伴關係，以確保全國對傳染病緊急事件發生的應對措施<sup>122</sup>。該辦公室負責「政府應急營運協調中心」(Government Emergency Operations Coordination Center (GEOCC))<sup>123</sup>的日常運作，以及「聯合應急準備計畫」(Joint Emergency Preparedness Program (JEPP))<sup>124</sup>及「災害金融援助計畫」(Disaster Financial Assistance Arrangements (DFAA))<sup>125</sup>兩個國家型基金計畫。

在省層次，省設置有一個「應急措施組織」(Emergency Measures Organization (EMO))<sup>126</sup>，各省的該組織名稱不一，如 BC 省稱做「應急準備計畫」(Provincial Emergency Program(PEP))。而在地方層次，設置「應

---

<sup>122</sup> See OCIPEP, <http://strategis.ic.gc.ca/epic/internet/inict-tic.nsf/en/it07619e.html#top>。

<sup>123</sup> See GEOCC, [http://ww3.psepc-sppcc.gc.ca/info\\_pro/fact\\_sheets/general/EM\\_gov\\_em\\_op\\_e.asp](http://ww3.psepc-sppcc.gc.ca/info_pro/fact_sheets/general/EM_gov_em_op_e.asp)。

<sup>124</sup> See JEPP, <http://www.psepc-sppcc.gc.ca/prg/em/jepp/index-en.asp>。

<sup>125</sup> See DFAA, <http://www.psepc-sppcc.gc.ca/prg/em/dfaa/index-en.asp>。

<sup>126</sup> See EMO, <http://www.gov.ns.ca/EMO/AbsPage.aspx?siteid=1&lang=1&id=1>。

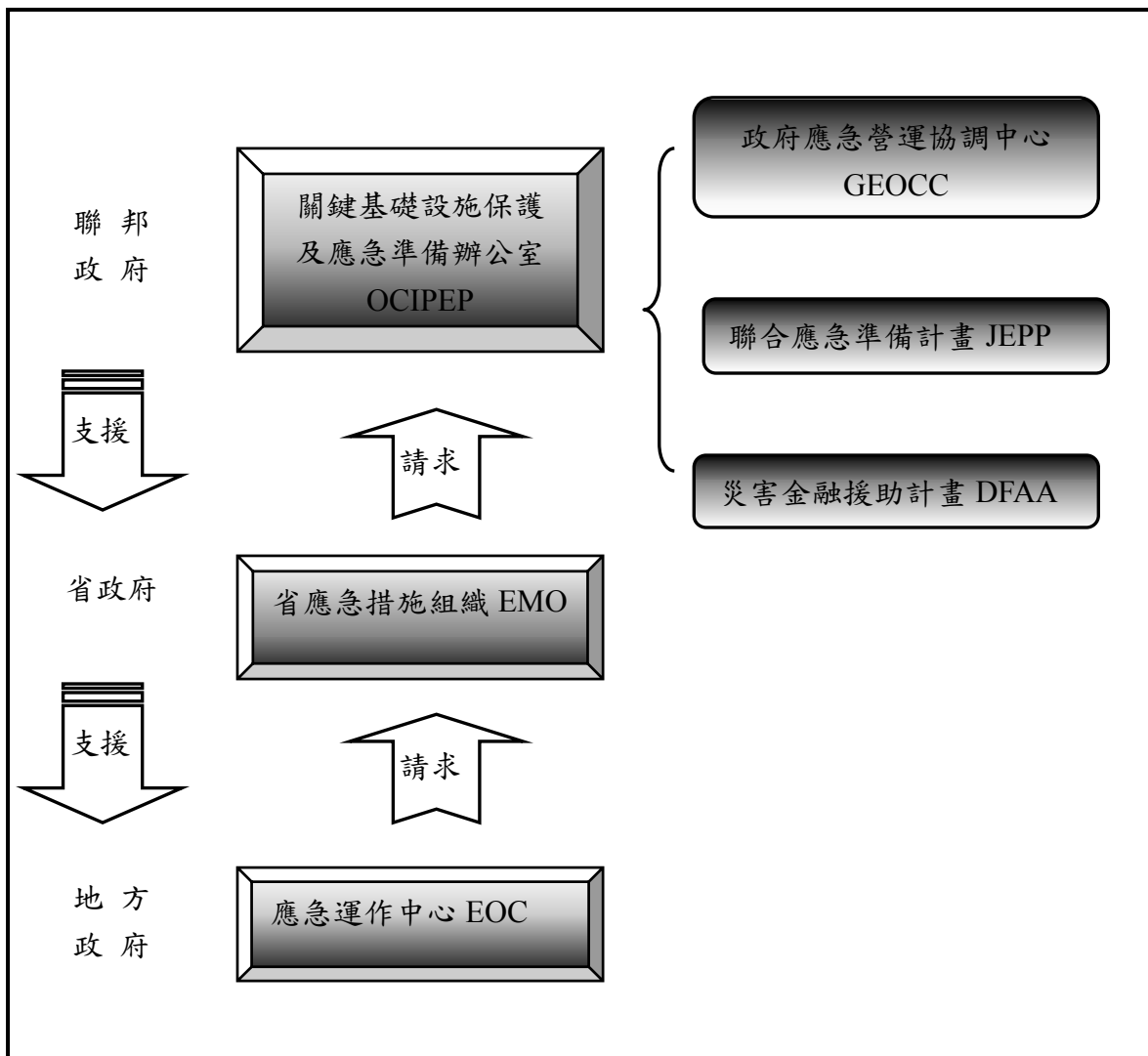
急運作中心」(Emergency Operations Center (EOC))，進行危機現場反應的直接協調任務。因此，在這樣的伙伴關係中，可看到聯邦及省層次，著重在公共衛生應急基礎設施 (infrastructure of public health preparedness and response) 的準備與保障，而地方層次著重在危機反應的直接運作。

然而，在上述的加拿大公共衛生行政體系中，上一層級的管理機關對下一級管理機關並沒有直接指揮領導權限，而只有在下級機關或下級政府向上級政府提出援助要求時，上一級政府或機關才會介入相關公共衛生緊急事件之中<sup>127</sup>。

---

<sup>127</sup> See *Public health crisis: The legal framework*, Report for Congress, The law library of Congress, 2003, pp.35-36.

圖 2-6：加拿大公共衛生緊急事件應變體系



本文製作



### 三、加拿大《檢疫法》法律體系

加拿大聯邦政府關於公共衛生緊急事件的法律主要有《檢疫法》(Quarantine Act)<sup>128</sup>及《檢疫規則》(Quarantine Regulations)<sup>129</sup>，以下將就《檢疫法》主要的法律體系介紹如下：

#### (一) 運輸工具的檢疫流程<sup>130</sup>

##### 1. 檢疫官對於運輸工具、物品的權限

檢疫官可以依職權登上入境或離境的運輸工具，進行僅查任何貨物及商品，其負責人並應出示檢疫官有合理理由相信(on reasonable grounds)而要求提供的其他記錄文件，並可進行對該運輸工具及貨物的扣押。假若該運輸工具經檢疫後發現有傳染病病原體、受感染者，檢疫官可直接命令負責人為下列清潔行為：(1)對運輸工具及所有貨物進行清潔，(2)將該運輸工具及所有或物質送到加拿大境外。

##### 2. 第三人代替清潔機制

若負責人拒絕該命令，檢疫官可依職權行使「第三人代替」機制，強制由第三人進行清潔命令，費用由負責人支付，扣押的運輸工具將至該費

---

<sup>128</sup> R.S.,1985,c.Q-1.

<sup>129</sup> Q-1—C.R.C.,c.1368.

<sup>130</sup> *Quarantine Act*, R.S.,1985,c.Q-1,arts.4-7.

用支付完為止才返還。

## (二) 對人員檢疫流程

### 針對傳染性及接觸性疾病者(medical examination for infectious or contagious disease)<sup>131</sup>

#### 1. 人員的健康檢查措施

針對傳染性及接觸性疾病的入境或離職人員，檢疫官若有合理理由相信 (on reasonable grounds) (1)患有傳染病，(2)疑似攜帶有感染性疾病，(3)疑似攜帶有傳染性疾病的昆蟲，(4)疑似最近可能跟上述兩款人員近距離接觸者，檢疫官可要求該人員進行醫學檢查。

#### 2. 拘留令的簽發

當發生下數情況時，(1)拒絕接受醫學檢查者，(2)檢疫官懷疑該檢查者患有傳染性疾病者，(3)該人員無法提供免疫證明者，檢疫官可直接對該人員發佈拘留令 (detention order)，進行拘留 (detention)，拘留在檢疫站、醫院或其他具有合適檢疫設備的場所。但是，例外情況可允許該人員直接入境加拿大者，有 (1) 簽訂承諾書，承諾一旦到達目的地，立即向所在地衛生官報到並監管，(2) 同意進行傳染疾病的預防接種，(3) 簽訂承諾書並進行預防接種者。

---

<sup>131</sup> *Id.* arts. 8-10.

### 3.拘留令的複審權 (appeal against detention)

被拘留者被拘留時，檢疫官應進行告知義務，立即通知其被拘留理由 (detention reason) 及其可提起拘留復議權 (appeal against detention)，被拘留者可向副衛生部長提起復議，副衛生部長應進行准駁復議申請的裁決。

### 針對危險性疾病者(medical examination for dangerous disease)<sup>132</sup>

#### 1.對人員的建康檢查措施

檢疫官針對危險性疾病的入境人員，檢疫官若有合理理由相信 (on reasonable grounds)(1)患有危險性傳染病，(2)疑似攜帶有危險性疾病，(3) 疑似最近可能跟上述人員近距離接觸者，檢疫官可要求該人員進行醫學檢查。

#### 2.拘留令的簽發

當發生下數情況時，(1)拒絕接受醫學檢查者，(2)檢疫關懷疑該檢查者患有危險性疾病者，檢疫官可直接對該人員發佈拘留令 (detention order)，進行拘留 (detention)， 拘留在檢疫站、醫院或其他具有合適檢疫設備的場所。但是，例外情況可允許該人員直接入境加拿大者，有 (1) 簽訂承諾書，承諾一旦到達目的地，立即向所所在地衛生官報到並監管，(2) 同意進行傳染疾病的預防接種，(3) 簽訂承諾書並進行預防接種者。

### 3.拘留令 (Detention Order) 的法定程序<sup>133</sup>

---

<sup>132</sup> *Id.*art.11.

檢疫官依職權做出超過 48 小時的拘留令時，由於對該被拘留者的人身自由侵害較重大，需進行拘留令審理程序，因此，檢疫官應當將該拘留令送達被拘留者一份並告知可請律師代理出庭的相關權利。該拘留令審理程序，應當是檢疫官呈報衛生部之後，由衛生部長在命令做出後 48 小時內以書面狀通知省上訴法院的法官，並將該通知書送達給被拘留者一份。法官應當在申請提出日一天內對該申請進行審理程序，並對該拘留令做出撤銷、變更或維持的判決。假若衛生部長未在法定期限內提出申請，檢疫官必須立即釋放被拘留者。

### **（三）保證金的執行確保（Security deposit）134**

本法建立一個保證金償還機制，以確保相關檢疫措施得以有效實施，因此，衛生部長在其部長辦公室設置一個保證金存放處，要求運輸工具所有人提供安全保證金，其目的在於確保負責人、所有人能夠確實遵守檢疫法的規定，假若負責人（1）犯有本法之罪而不能繳納罰金者，（2）不能償還所積欠的清潔費用者，（3）不能償還相關治療費用者，衛生部長可以將保證金或以出售方式以保證今在內的抵押物所得之收益予以支付。但是，當衛生部長認為上述情況不存在時，部長可將保證金返還給該負責人。

---

<sup>133</sup> *Id.*art.12.

<sup>134</sup> *Id.*art.24.

表二：加拿大檢疫法律體系

加拿大公共衛生檢疫流程		
對運輸工具檢疫		
檢疫對象	➢入境或離境加拿大的運輸工具，進行貨物及商品的檢查	
檢疫者	➢檢疫官	
提示文件	➢檢疫官要求提供的衛生文件	
檢疫的執行效	➢可對該運輸工具及貨物進行扣押程序	
檢疫後命令	➢對運輸工具及所有貨物進行清潔 ➢將該運輸工具及所有或物質送到加拿大境外	
代執行機制	➢若負責人拒絕該命令，檢疫官可依職權行使「第三人代替」機制 ➢強制由第三人進行清潔命令，費用由負責人支付，扣押的運輸工具將至該費用支付完為止才返還	
對人員的檢疫		
	傳染性、接觸性疾病患者	危險性疾病患者
檢疫原因	➢患有傳染病 ➢疑似攜帶有感染性疾病	➢患有危險性傳染病 ➢疑似攜帶有危險性疾病

	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ 疑似攜帶有傳染性疾病的昆蟲</li> <li>▶ 疑似最近可能跟上述人員近距離接觸者</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ 疑似最近可能跟上述人員近距離接觸者</li> </ul>
檢疫診察	對該人員進行醫學檢查	▶ 同左
拘留令簽發原因	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ 拒絕接受醫學檢查者</li> <li>▶ 檢疫官懷疑該檢查者患有傳染性疾病者</li> <li>▶ 該人員無法提供免疫證明者</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ 拒絕接受醫學檢查者</li> <li>▶ 檢疫官懷疑該檢查者患有危險性疾病者</li> </ul>
拘留場所	▶ 檢疫站、醫院或其他具有合適檢疫設備的場所	▶ 同左
拘留令解除事由	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ 簽訂承諾書</li> <li>▶ 同意進行傳染疾病的預防接種</li> <li>▶ 簽訂承諾書並進行預防接種</li> </ul>	▶ 同左

告知事由義務	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ 被拘留者被拘留時，檢疫官應進行告知義務</li> <li>▶ 立即通知其被拘留理由及其可提起拘留複議權</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ 將該拘留令送達被拘留者一份</li> <li>▶ 告知可請律師代理出庭的相關權利</li> </ul>
複議權申請	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ 被拘留者可向副衛生部長提起復議，副衛生部長應進行准駁複議申請的裁決</li> </ul>	
拘留令狀 司法審查		<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ 檢疫官簽發出超過 48 小時的拘留令時</li> </ul>
法定期限及 審查法院		<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ 檢疫官呈報衛生部之後，由衛生部長在命令做出後 48 小時內以書面狀通知省上訴法院的法官</li> </ul>
拘留令狀的 失權效		<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ 衛生部長未在法定期限 48 小時內提出申請，檢疫官必須立即釋放被拘留者</li> </ul>
令狀審理		<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ 法官應當在衛生部長申請提出日一天內對該申請進行審理程序</li> <li>▶ 對該拘留令做出撤銷、變更或維持</li> </ul>

		的判決
--	--	-----

本研究製作



#### 四、加拿大《緊急狀態法》(Emergencies Act) 法律體系

加拿大《緊急狀態法》<sup>135</sup>的立法目的主要是在於(1)確保個人的安全保障(2)國家主權完整性的維護(3)國家安全維護等利益遭受緊急事件危害時，可以採取緊急臨時行政措施來減免緊急事件風險的擴散<sup>136</sup>，以下將就加拿大《緊急狀態法》(Emergencies Act)中對於公共衛生緊急事件的應急處理重點說明如下：

##### (一) 國家緊急事件(national emergency)的類型區分

《緊急狀態法》將國家型緊急狀態區分為四種法定類型，「公共福利緊急事件」(public health emergency)、「公共秩序緊急事件」(public order emergency)、「國際間緊急事件」(international emergency)、「戰爭緊急事件」(war emergency)等，對於“國家緊急事件”的法定定義為：(1)該事件嚴重威脅加拿大人民的生命、健康及安全法益、而該事件程度已經超過一省能夠處理的應急處理能力範圍時、(2)嚴重威脅加拿大政府維護領土主權、安全的任務時等情況<sup>137</sup>。

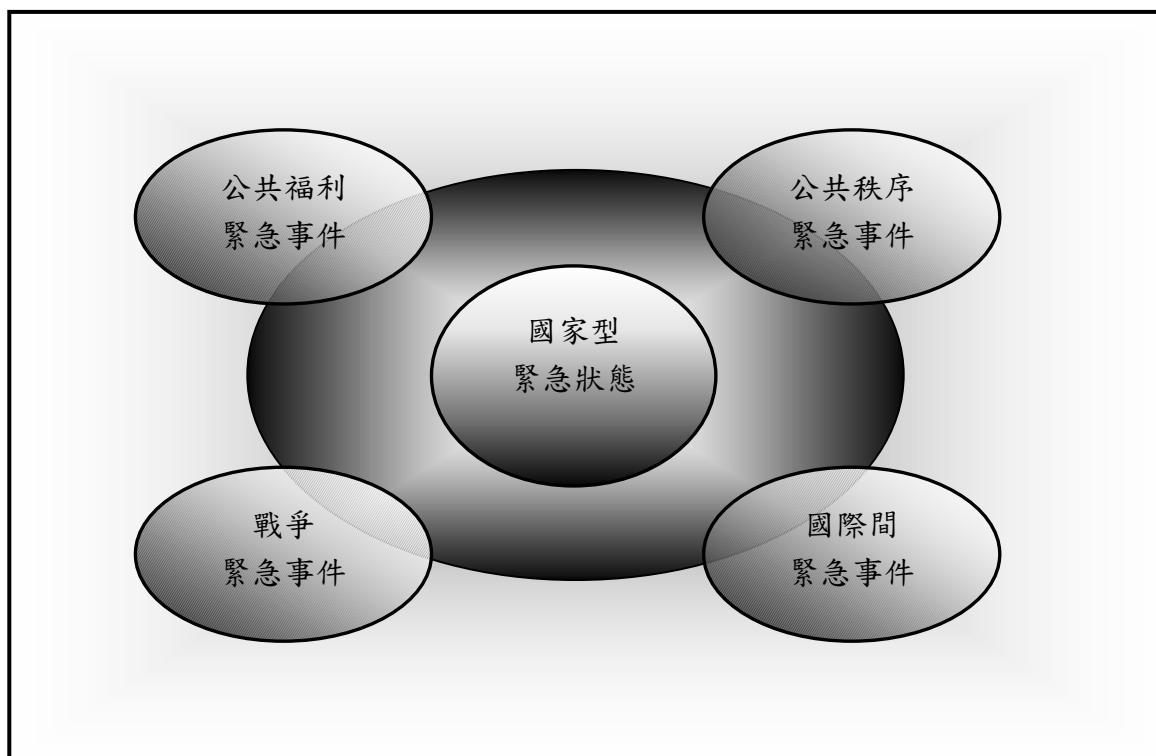
---

<sup>135</sup> *Emergencies Act*, R.S.,1985,c.22(44<sup>th</sup> Supp.).

<sup>136</sup> *Id.* Preamble

<sup>137</sup> *Id.* art.3.

圖 2-7：加拿大國家緊急狀態事件類型



本文製作

關於傳染病的公共衛生緊急事件則被歸類在第一部份的「公共福利緊急事件」(Public welfare emergency) 中，諸如 (1) 火災、乾旱、風災、地震等自然災害事件，(2) 人類、動植物的傳染病發生，(3) 污染事件等，都是屬於公共福利緊急事件範圍<sup>138</sup>。

<sup>138</sup> *Id.* art.5(a)(b)(c). ““public welfare emergency” means an emergency that is caused by a real or imminent, (a) fire, flood, drought, storm, earthquake or other natural phenomenon, (b) disease in human beings, animals or plants, or (c) accident or pollution.” .

## (二) 公共福利緊急事件 (Infectious disease emergency accident) 的 發佈

### 1. 緊急事件的發佈時機

當加拿大總理 (Governor) 有合理理由相信 (on reasonable grounds) 發生重大傳染病蔓延的公共衛生緊急事件，已經嚴重威脅人民生命、健康權益的嚴重風險時，總理可以啟動本法的公共福利緊急事件，而發佈緊急命令 (Emergency order)，採取緊急暫行性防止措施<sup>139</sup>。

### 2. 法定緊急命令的生效日<sup>140</sup>

法定緊急事件經總理發佈之後，立即生效，但是仍須將該緊急命令向下議院 (House of Parliament) 提案依本法第 58 條追認該命令的合法性，若下議院不同意追認同意，該命令失效。並且，該緊急命令若沒有申請繼續延長期限，則其法定期限為 90 天。

### 3. 公共衛生緊急命令的緊急權限措施<sup>141</sup>

為因應傳染病的公共衛生事件預防，總理可以發佈緊急命令針對該公

---

<sup>139</sup> *Id.* art.6. “When the Governor in Council believes, on reasonable grounds, that a public welfare emergency exists and necessitates the taking of special temporary measures for dealing with the emergency.....” .

<sup>140</sup> *Id.* art.7.

<sup>141</sup> *Id.* art.8.

共衛生事件採取相關的防疫措施，(1)經衛生部發佈疫情區域者，可以限制禁止人民前往該國家或區域活動，(2)為保護人民生命、安全，可以命令特定疫情區域居民進行撤離，(3)對人民的財產、物品等所有物進行徵收徵用，(4)建立傳染病緊急醫療機構設施等相關措施。若不遵守或違反該命令者，可以課以處罰。

#### 4. 緊急命令的撤銷廢止權

緊急命令經發佈施行後，按一般情況，於施行期限屆滿當然廢止；但行政部門認為緊急狀態終止時，基於回復憲政常態，自得提前發布廢止該命令<sup>142</sup>。又為防範行政部門對緊急狀態終止置之不顧，立法部門基於既有之立法權及監督權，亦可經由決議廢止<sup>143</sup>。

#### 5. 緊急命令的繼續延長權<sup>144</sup>

緊急命令屬於暫時性的行政處分，本來即應該有施行期限限制，關於公共福利緊急事件的法定施行期限是 90 天，當期限屆滿前，總督基於合理理由相信，該傳染病事件尚未結束且境內仍有疫情時，可以延長施行期間，但必須總督進行緊急命令的審查程序，評估該命令的延長對傳染病緊急事

---

<sup>142</sup> *Id.* art.11.

<sup>143</sup> *Id.* art.10.

<sup>144</sup> *Id.* art.12.(1) to (4)

件的風險控制能力，決定是否具有命令的必要性即可行性<sup>145</sup>。另外，針對傳染病的防止措施，本法允許多次延長期限的機制（multiple continuations）<sup>146</sup>，一直到緊急狀態結束為止。相同地，延長緊急命令仍須事後向下議院提案追認，確認是否同意延長命令。

### （三）傳染病緊急命令與權利自由憲章(Canada Charter of Rights and Freedoms)、權利法案（Canada Bill of Rights）的法益衝突<sup>147</sup>

前述的公共福利緊急命令的發佈，屬於暫時性的行政處分，該措施多少會涉及侵害人民相關自由、基本權利的行使限制或剝奪，如此，將有違反加拿大權利自由憲章（Canada Charter of Rights and Freedoms）及權利法案（Canada Bill of Rights）所明文保障的基本人權有所衝突，本法以保障基本人權為原則，限制為例外的立法原則，在本法案前言表示，緊急命令的衛生管制措施不得對個人基本權自由加以限制或剝奪，即使是在發生全國性

---

<sup>145</sup> *Id.* art.12.“(1)...continue the declaration either generally or with respect to any area of Canada for such period, ...if the Governor in Council believes, on reasonable grounds, that the emergency will continue to exist or that the direct effects of the emergency will continue to extend to that area, as the case may be. (2)Before issuing a proclamation continuing a declaration of a public welfare emergency, the Governor in Council shall review all current orders and regulations..., on reasonable grounds, that they continue to be necessary for dealing with the emergency and shall revoke or amend them to the extent that they do not so continue. ””

<sup>146</sup> *Id.* art.12(3).“A declaration of a public welfare emergency may be continued more than once pursuant to subsection (1). ”.

<sup>147</sup> *Id.* preamble.

危機時也是，除非該限制措施，經過法院以比例原則的檢驗後並允許者，也就是必須通過以緊急目的的公益性、緊急手段的合理性、以及緊急程序的正當性等檢驗基準的考驗，才可以限制之。

## 五、加拿大《緊急事件準備法》（Emergency Preparedness Act）體系

加拿大《緊急事件準備法》<sup>148</sup>與《緊急狀態法》一樣是加拿大政府面對傳染病重大緊急事件危機時的應變法案，在本法中主要著重在平常緊急事件的準備與預防措施的強化，主要重點將說明如下：

### （一）緊急事件危機處理的專門部長

本法設計一個「國民緊急事件應變計畫」(civil emergency plan) 機制來處理加拿大發生的重大緊急事件危機，來進行該應急計畫的相關措施、程序與安排等活動的規範，而由加拿大總理特別任命一個由樞密院成員為專門部長(Minister)<sup>149</sup>，而該危機處理部長主要在協調聯邦政府機構間、聯邦與省政府機構間、加拿大政府與國外政府與國際組織間的聯絡體系的運作，因此，該部長在推動國民緊急事件應變計畫的法定責任如下：

#### 1. 推動規劃加拿大的緊急事件應變計畫，使國家型緊急事件的危機應變

<sup>148</sup> *Emergency Preparedness Act*, R.S., 1985, c.6 (4<sup>th</sup> Supp.).

<sup>149</sup> *Id.*art2. “Minister” means such member of the Queen’s Privy Council for Canada as is designated by the Governor in Council as the Minister for the purposes of this Act.”

準備系統處於合適狀態

2. 鼓勵省政府擬定省級的區域型緊急事件應變執行計畫
3. 提供緊急事件應變的教育訓練
4. 提高國內民眾對緊急事件應變計畫的認識與理解
5. 建立緊急事件期間各級政府機構之間依然能夠持續運作能力……等責任<sup>150</sup>。

## (二) 國民緊急事件應變計畫的發佈時機

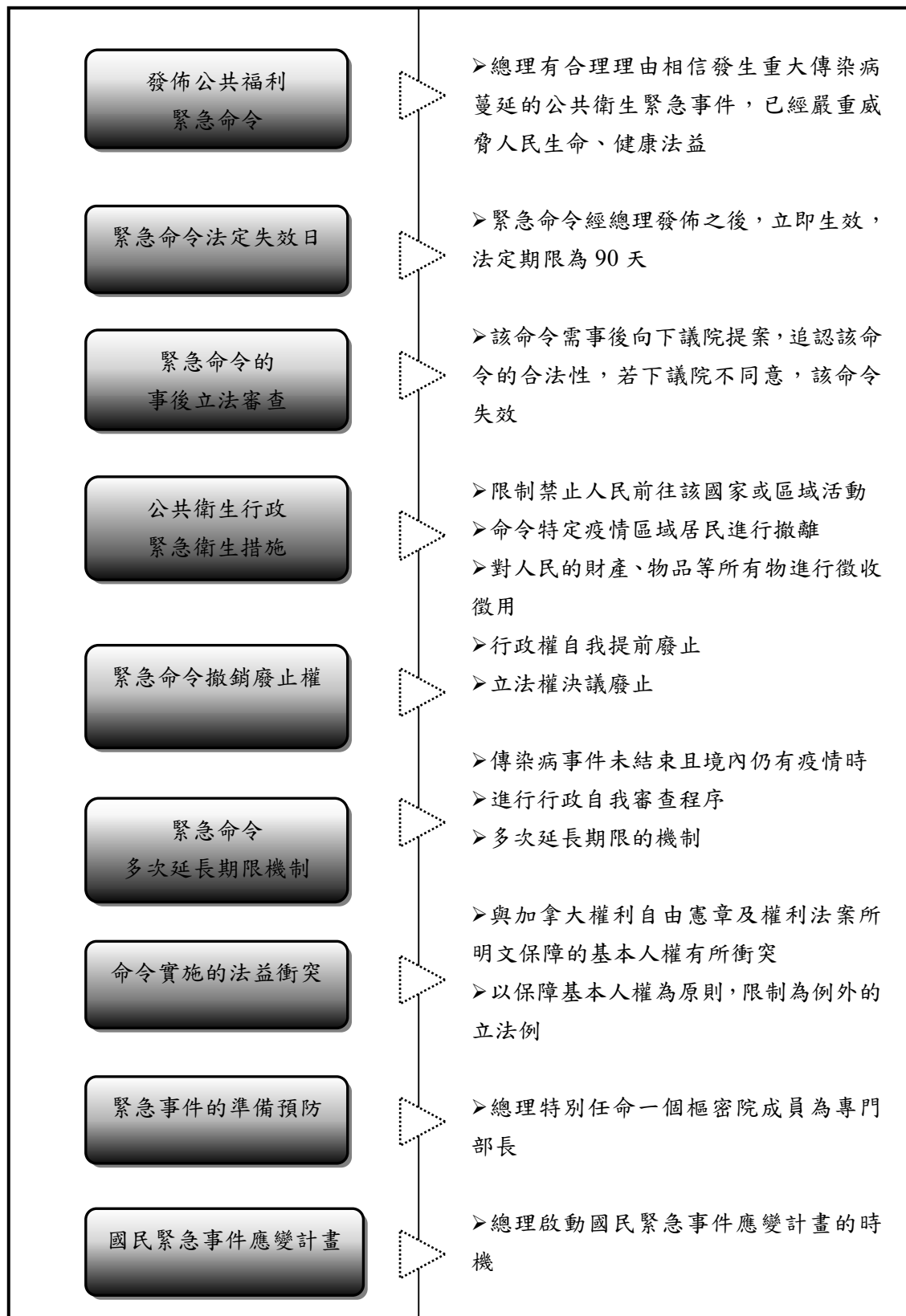
國民緊急事件應變計畫的啟動時機在於當區域性公共衛生危機發生，而省政府已經無法有足夠處理能力時，省政府請求聯邦政府隻或專門部長與省之間簽訂的協議允許實施時，該應急計畫才可以啟動，並且總理可以在部長的建議之下，發佈相關緊急命令措施，如宣布啟動國民緊急事件應變計畫的實施、聯邦機關防疫資源的統籌運用與支援、支援省政府處理傳染病緊急事件時所需的技術及財政補助等活動<sup>151</sup>。

---

<sup>150</sup> *Id.* arts.2-7. *Responsibilities of the Minister*

<sup>151</sup> *Id.* arts.8-9.

圖 2-8：加拿大公共衛生緊急事件的應變措施





### 第三節 日本公共衛生體系

#### 一、日本公共衛生組織管理體系

日本一般的公共衛生管理組織為中央（厚生勞動省）—地方（都道府縣）—市鎮村（保健所），通常，地方保健所的設置是依據《地域保健法》而建立的，規定都道府縣及指定縣市必須設置保健所<sup>152</sup>，要求各地方保健所必須定期進行傳染病預防工作，教育居民良好衛生習慣及疾病預防觀念，因此日本的保健所機制對公共衛生的危機預防起了決定性的作用。

而做為國家中央公共衛生主管機關的厚生勞動省，關於其法定執掌任務有疾病的治療與預防、公共衛生重大危害的處理與緊急應變對策實施、傳染病的預防與港口機場的檢疫措施等事務<sup>153</sup>，關於公共衛生事務的直屬機關有醫政局、健康局、醫藥食品局、食品安全局及安全衛生部等，另外各地方也設置了厚生地方分部局，如北海道厚生局、東北厚生局等支部，

---

<sup>152</sup> 《地域保健法》，平成 13 年法律第 153 号，art.5：“保健所は、都道府県、指定都市、これを設置する。”

<sup>153</sup> 《厚生労働省設置法》，平成 17 年法律第 108 号，art.4：“厚生労働省は、前条の任務を達成するため、次に掲げる事務をつかさどる。四、原因の明らかでない公衆衛生上重大な危害が生じ、又は生じるおそれがある緊急の事態への対処に関する事。十九 感染症の発生及びまん延の防止並びに港及び飛行場における檢疫に関する事。九十四、健康保険事業に関する事……。”

及厚生科學審議會の衛生審議機關等<sup>154</sup>。

## 二、日本公共衛生應急管理體系

20 世紀 90 年代以來，日本政府就不斷的強化及完善國家危機管理系統，建立起一個從中央到地方的危機管理體系，統籌地從國家安全、社會治安、自然災害、公共衛生等不同層面，建立起以內閣首相為最高指揮官的危機應急系統，而由內閣官房來負責統籌聯絡、協調，藉由內閣府的安全保障會議、內閣會議、中央防災會議等的決策機制來制訂公共衛生危機應急的處理對策<sup>155</sup>，內閣首相在公共衛生危機應急管理中具有高度指揮權，可以在內閣會議上，就有關內閣重要公共衛生及傳染病防治的基本方針政策提出議案，形成一個由上而下的對策系統<sup>156</sup>。而內閣官房是首相的輔佐機關，主要職責是統籌獲取相關政策情報，向有關部會傳達、召集各省廳以建立起相對應的危機對策機制，並對相關省廳的政策執行進行統籌協調工作<sup>157</sup>。

---

<sup>154</sup> *Id.*art.art.6、8、17、18、19。ex.17：“本省に、次の地方支分部局を置く。地方厚生局.....。”

<sup>155</sup> 參照《內閣府設置法》，平成 11 年法律第 89 號；日本內閣府 <http://www.cao.go.jp/>。

<sup>156</sup> 《內閣法》，昭和 22 年法律第 5 号，art.6。“內閣總理大臣は、閣議にかけて決定した方針に基いて、行政各部を指揮監督する。”

<sup>157</sup> *Id.*arts. 12 -13.ex.art12：“內閣に、內閣官房を置く。內閣官房は、次に掲げる事務をつかさどる。一 閣議事項の整理その他內閣の庶務、二 內閣の重要政策に関する基本的な方針に関する企画及び立案並びに総合調整に関する事務、三 閣議に係る重要事項に関する企画及び立案並びに総合調整に関する事務、四 行政各部の施策の統一

內閣官房下設一個由內閣首相任命的「內閣危機管理總監」，專門負責處理內閣官房中有關各類型的危機管理事務，在總監下並設置「內閣安全保障室」及「危機管理室」，並由副內閣官房長官助理一職管理之，直接對內閣首相、官房長官及危機管理總監負責<sup>158</sup>。因此，在日本的行政組織改革工程之下，將改由「內閣危機管理總監」統籌協調，改變了以前是由各相關省廳在危機管理中各自為政，相互保留所得情報，縱向分割行政的部會本位行政，如此將更加有利於規劃出快速有效的公共衛生的危機對策。

日本政府為有效應對各種危機問題發生，會在內閣成立多種對策本部，以推動相關政策或各種應對措施的實施，一般都要經過內閣會議的決議來成立相關的對策本部，如果是比較重大的問題或事務，通常都由內閣首相擔任本部長<sup>159</sup>。

而日本的公共衛生應急管理機制主要是依據厚生勞動省公布的「健康危機管理之基本原則」(Fundamental principle of health crisis management)來運作的，分成醫藥、傳染病、水污染及食物中毒四個層面所導致的健康危機，採取快速應對的措施。同時，也成立了「健康風險管理協調委員會」(The

---

を図るために必要となる企画及び立案並びに総合調整に関する事務、五 前三号に掲げるもののほか、行政各部の施策に関するその統一保持上必要な企画及び立案並びに総合調整に関する事務、六 内閣の重要政策に関する情報の収集調査に関する事務。”

<sup>158</sup> *Id.*art.15: “1.内閣官房に、内閣危機管理監一人を置く。2.内閣危機管理監は、内閣官房長官及び内閣官房副長官を助け、命を受けて内閣官房の事務のうち危機管理。”及參照日本內閣官房 <http://www.cas.go.jp/index.html>。

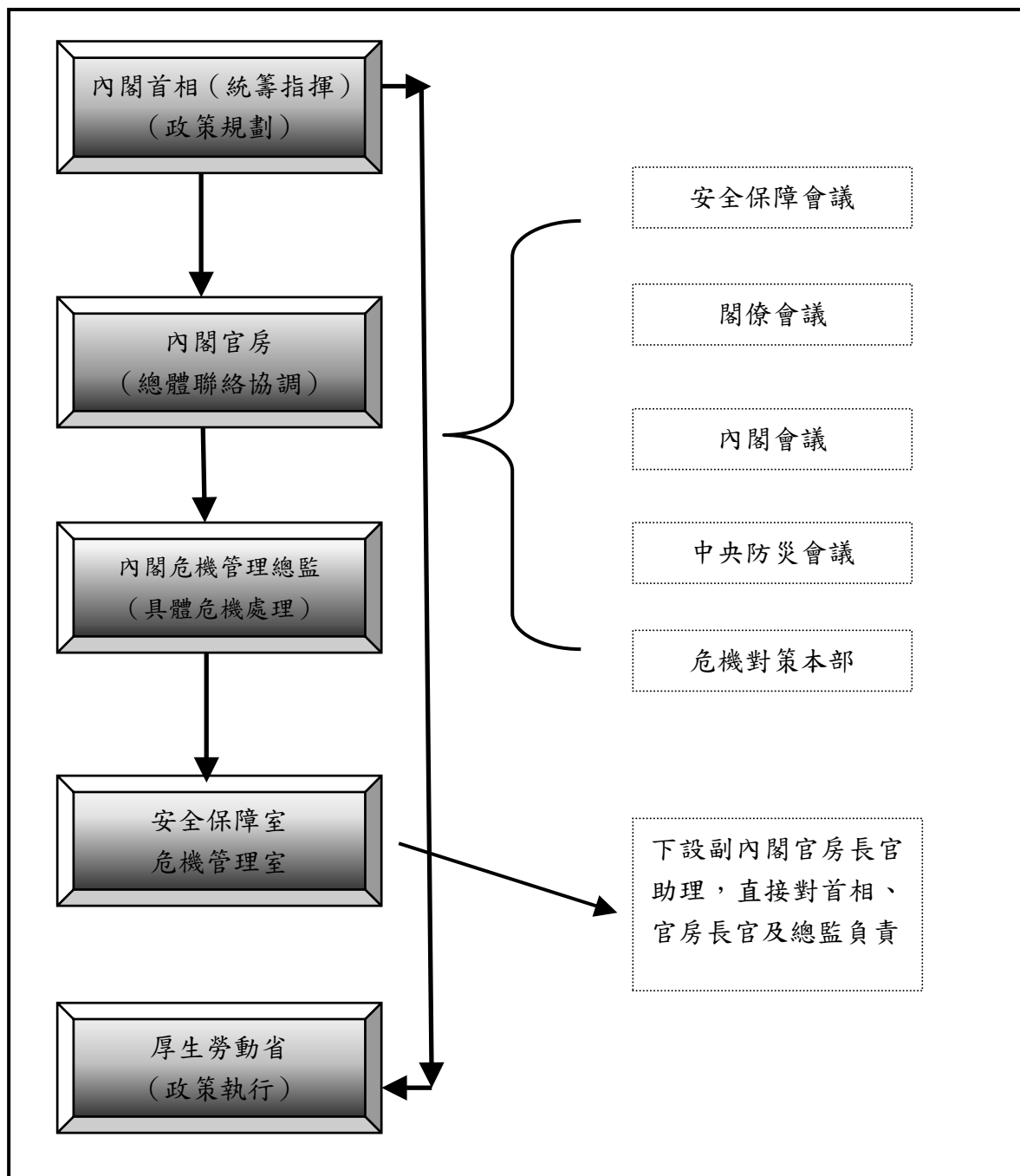
<sup>159</sup> 參照首相官邸相關政策會議，<http://www.kantei.go.jp/jp/singi/index.html>。

health risk management coordination conference)，一旦傳染病疫情的危機發生，立即建立公共衛生對策本部，由內閣首相擔任本部長，各相關省廳大臣為法定會議成員，研擬應變對策方針，並由厚生勞動省依此對策本部所規劃出的指導原則進行細部政策的制訂，而在地方層次，都道府縣地方首長將依據厚生勞動省發佈的指導原則或防疫手冊來成立地方層級的公共衛生危機管理系統或制訂具體傳染病預防計畫<sup>160</sup>。

---

<sup>160</sup> See *Public health crisis: The legal framework*, Report for Congress, The law library of Congress, 2003, pp.145-146.

圖 2-9：日本公共衛生緊急事件應變體系



本文製作

### 三、日本國家傳染病監測預警系統

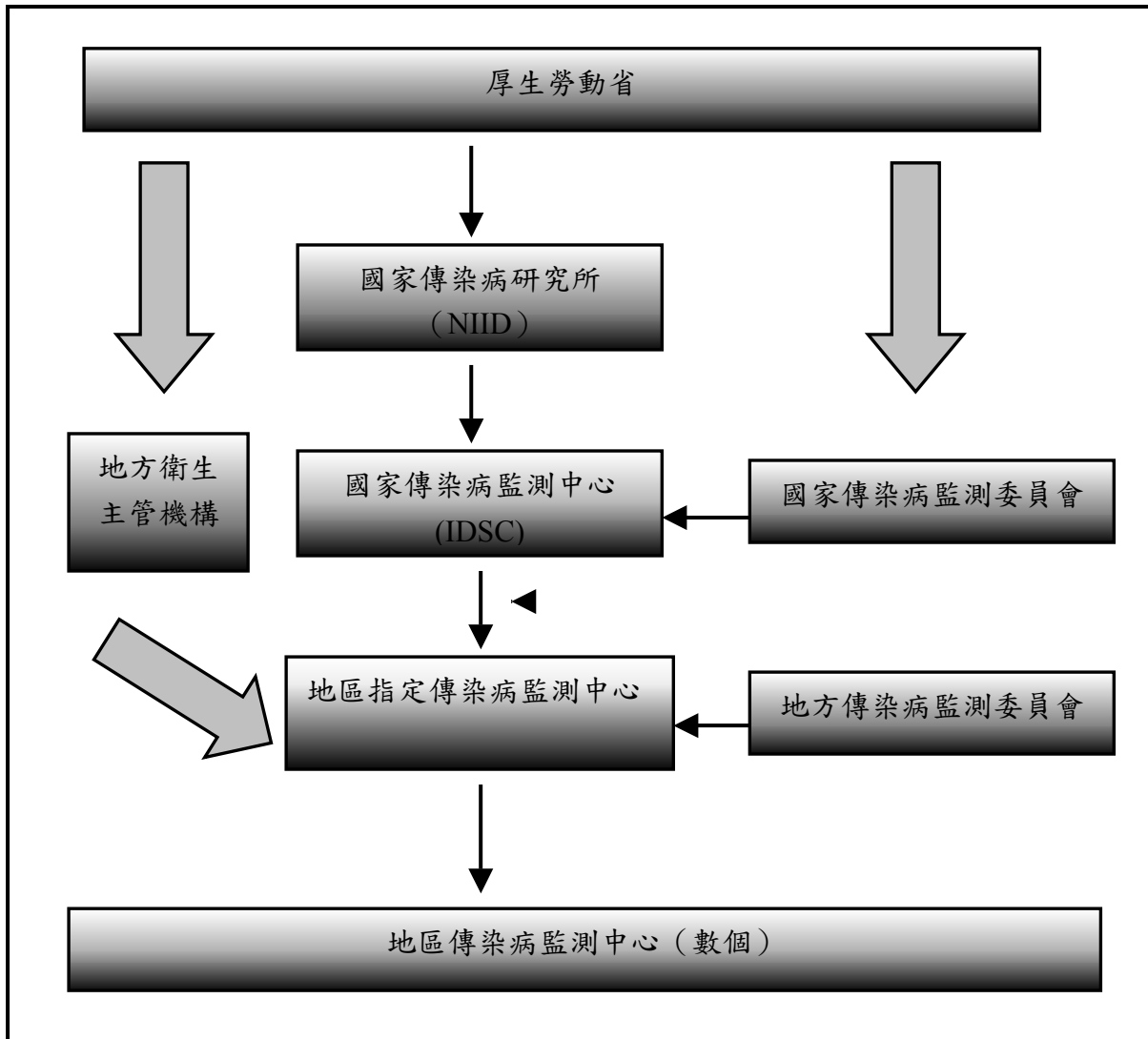
日本政府為了充分預防、治療傳染病的目的，建立一個完整的傳染病監測預警系統是非常重要的基礎建設工程，將對於傳染病防治體系具有絕對的影響作用，日本「國家傳染病研究所」(National institute of infectious disease(NIID))是隸屬於厚生勞動省的組織，主要有幾下任務，(1)傳染病積極監測：對當第一至三類傳染病發生或者第四類傳染病發生不尋常的發展時，能夠積極蒐集、監測及分析傳染病資訊，(2)傳染病的基礎研究等<sup>161</sup>。因此「國家傳染病研究所」設置目的在於準確、有效、快速的建立傳染病監測網絡，以蒐集、分析日本全國的傳染病疫情。為了更加有效實施傳染病監測功能，也成立了國家傳染病監測中心(National Infectious disease surveillance center (IDSC))，該中心隸屬於國家傳染病研究所(NIID)，該中心將定期公布傳染病監測情報，如傳染病疫情週報、傳染病監測疫情月報等，每個地方政府也各自建立起地區傳染病監測中心，每一個地區，都會指定一個「地區性傳染病監測中心」作為主要監測中心，以蒐集、整理、分析整個區域的訊息情報，並將結果傳送到國家傳染病監測中心及其他區域的監測中心<sup>162</sup>。

---

<sup>161</sup> 參照國家傳染病研究所 NIH，<http://www.nih.go.jp/niid/index.html>。

<sup>162</sup> 參照國家傳染病監測中心 IDSC，<http://idsc.nih.go.jp/index-j.html>。

圖 2-10：日本國家傳染病監測預警系統



本研究製作

#### 四、日本《檢疫法》的法律體系

日本《檢疫法》制訂於 1951 年（昭和 26 年）<sup>163</sup>，至今為止共歷經了 10 次的修訂過程，主要概有 1970 年（昭和 45 年）的第四次修改<sup>164</sup>，主要變動為(1)集裝箱卸貨的通知；(2) 建立無線檢疫制度；(3) 強化海、空港區域的衛生管理等措施，1998 年（平成 10 年）的第七次修改<sup>165</sup>，主要變動有 (1) 舊的檢疫傳染病與第一類傳染病合併為新的檢疫傳染病，(2) 對新興傳染病也實施檢疫措施，(3) 委託傳染病指定醫療機構實施隔離與留檢措施，(4) 除了檢疫傳染病之外的第二、三類傳染病的應急措施，(5) 強調厚生省與都道府縣的協力合作系統，(6) 海外旅行者的健康管理等措施，而最新的一次修訂則是在 2003 年（平成 15 年）的第十次修改<sup>166</sup>，追加嚴重呼吸道綜合症(SARS)、登革熱與瘧疾等傳染病列為檢疫傳染病。

針對日本《檢疫法》（以下簡稱為該法）一系列的修訂歷程，本文將說明主要的修改內容及日本的檢疫體系結構：

##### （一）檢疫傳染病的法定檢疫流程<sup>167</sup>

---

<sup>163</sup> 《檢疫法》，昭和 26 年法律第 201 号。

<sup>164</sup> 《檢疫法》，昭和 45 年法律第 59 号。

<sup>165</sup> 《檢疫法》，平成 10 年法律第 115 号。

<sup>166</sup> 《檢疫法》，平成 15 年法律第 145 号。

<sup>167</sup> 《檢疫法》,No.145 of 2003, arts.4-11.



## 1 入港的禁止與檢疫區域

在未領取到檢疫所所核發的檢疫完成證明書或臨時檢疫完成證明書之前，任何船舶或航空器不得進入日本領土，而必須駛入或降落於經檢疫所指定的檢疫區域，該檢疫區域是經由厚生勞動大臣與國土交通大臣的協商之後公告的檢疫場所<sup>168</sup>。

## 2. 檢疫前交通行動的限制

從國外入境的運輸工具，在負責人未領取檢疫完成證明書或臨時檢疫完成證明書前，在檢疫區域的任何人不得將該運輸工具登陸、貨物卸下或從檢疫區域離開等行為<sup>169</sup>。

## 3. 檢疫前的通報

在檢疫前，將受檢疫之船長或機長，必須事先向檢疫所長申報該船舶或飛機有無檢疫傳染病患者或死者及其他主管機關厚生勞動省所規範的檢疫事項<sup>170</sup>。

## 4. 衛生申明書的提交與出示

接受檢疫時，該船長或機長必須向檢疫所提交衛生申請書，該申明書內容必須記載船舶等的名稱或註冊號碼、啟航地名、途中寄泊地名及其他

---

<sup>168</sup> *Id.*§3-4

<sup>169</sup> *Id.*§5

<sup>170</sup> *Id.*§6

厚生勞動省所規範事項，並且檢疫所長可進一步要求提交其他文件<sup>171</sup>，以  
便於檢疫進行<sup>172</sup>。

## 5.人員的診察檢查措施及其效果

檢疫所長對於檢疫傳染病，進行檢疫時，可以對相關人員做診察並對  
運輸工具做病原體有無的檢查。經診察後，檢疫所長對診察結果發現顯然  
帶有《感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律》（傳染  
病預防及針對傳染病患者之醫療相關法律）第6條第2到5項及7項的傳  
染病病原體時<sup>173</sup>，檢疫所長應當向都道府縣知事通報相關資訊<sup>174</sup>。

## 6.入境後患者健康狀態的確認及通報

檢疫所長對於有感染檢疫傳染病病原體之虞的疑似患者但未被予以留  
檢觀察者，檢疫所長可要求該患者出示護照，及要求報告在日本國內的地  
址、聯絡方式、姓名、旅遊行程及其他厚生勞動省規範事項。並且可進一  
步要求該疑似患者在一定期間報告體溫及健康狀態的情形，或直接詢問。  
並依照該健康報告或詢問結果，若確認有健康狀況異常者，檢疫所長或檢

---

<sup>171</sup> *Id.*§11：「檢疫所長可要求提交1.船員、空服員名單，2.乘客名單，3.貨物倉單，4.  
航海日誌或航空日誌，5.其他檢疫所需要的文件。」

<sup>172</sup> *Id.*§11

<sup>173</sup> 《感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律》第6條是規定檢疫傳  
染病的法定類型，共分為五類並有只椅凳傳染病及新型傳染病等，第二項至第五項指第  
一類傳染病到第四類傳染病，第七項是指指定傳染病類型。

<sup>174</sup> *Id.*art.26-3.

疫官通知該疑似患者必須到指定保健所或醫療機構接受診察，並採取應急衛生措施防範，將該個案通報管轄所在地的都道府縣知事<sup>175</sup>。

## 7. 檢疫完成證明書的簽發

檢疫所所長認為該受檢客體並無檢疫傳染病病原體入侵日本國內之虞的判斷時，應核發檢疫完成證明書。或者雖然檢疫所長無法簽發檢疫完成證明書的程序，但是仍認為該受檢客體無檢疫傳染病病原體入侵日本國內之虞時，仍可簽發一定期間的臨時檢疫完成證明書<sup>176</sup>。

## 8. 臨時檢疫完成證明書的失權效

在領有臨時檢疫完成證明書的運輸工具，發現有檢疫傳染病的患者或死者時，該臨時檢疫完成證明書將產生失權效果，該運輸工具的船長、機長，應立即通知檢疫所長。其結果是，若該運輸工具停泊於港內或在日本境內時，檢疫所長對該船長或機長，可以命令其（1）將該運輸工具重新駛入檢疫區域進行檢疫，（2）命其將該運輸工具退出港口外，（3）將該運輸工具飛離國內場所的陸地等措施<sup>177</sup>。

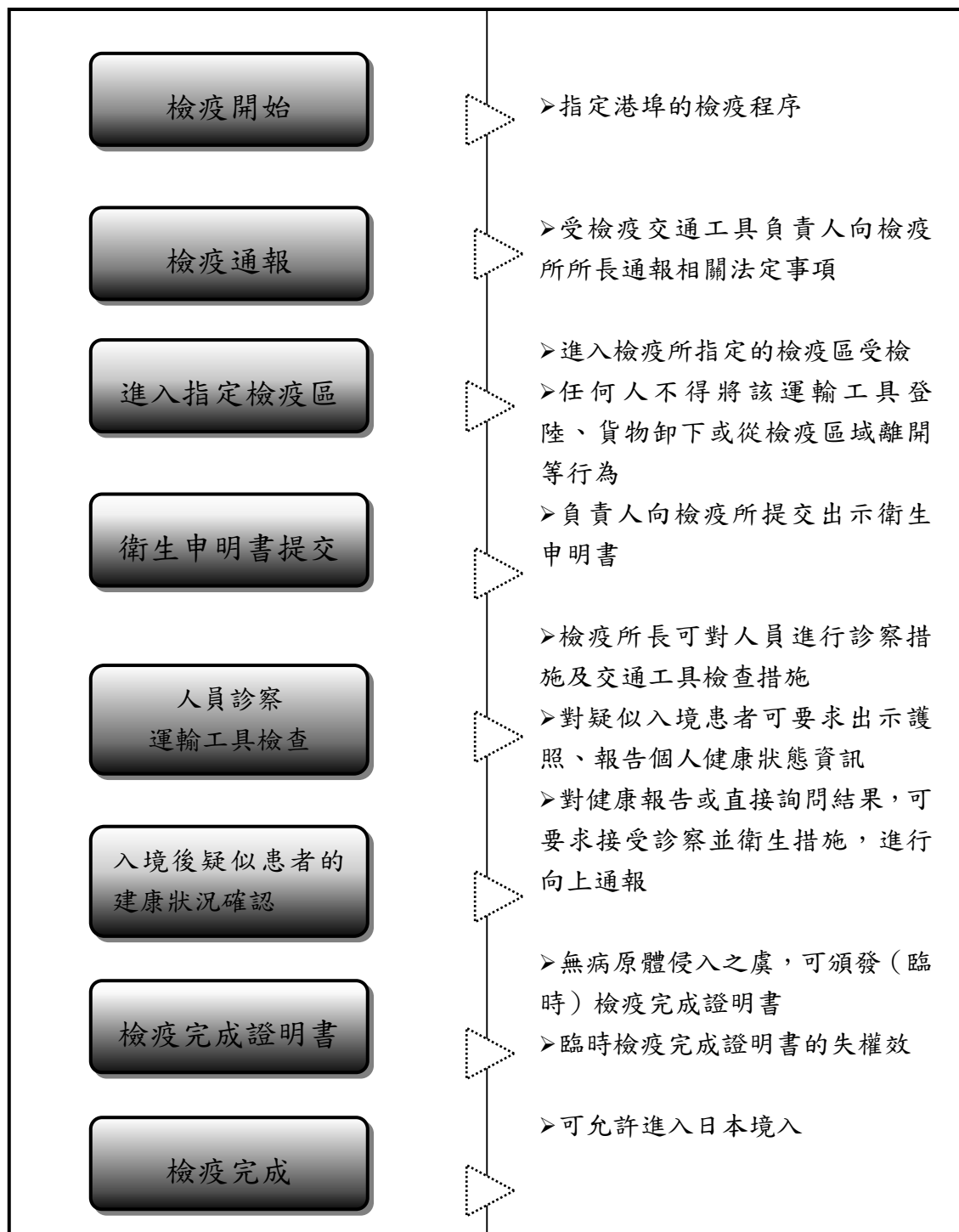
---

<sup>175</sup> *Id.* art. 18 II.

<sup>176</sup> *Id.* arts. 17-18.

<sup>177</sup> *Id.* art. 19.

圖 2-11：日本傳染病的法定檢疫程序



本文製作

## (二) 對已有污染或有污染之虞的船舶航空器所採取的應急衛生措施

178

檢疫所所長對於由檢疫傳染病流行區域啟航或者航行途中曾經停泊於這些區域後前來的船舶、航空器、航行中發現有檢疫傳染病的患者或死者、或者發現有檢疫傳染病病原體污染或污染之虞的船舶航空器等，檢疫所在符合合理判斷性及必要性的前提之下，可以對此採取應急的公共衛生措施，有如下述：

### 1. 對感染檢疫傳染病患者的應急措施<sup>179</sup>

感染檢疫傳染病的患者將其隔離或者留檢；對有必要人員進行預防接種。

### 2. 受感染物體場所的應急措施<sup>180</sup>

對受檢疫傳染病病原體污染或污染之虞的物體、場所，必須進行消毒，並禁止、限制使用、禁止移動上述物體。

## (三) 對人員的隔離留檢措施及其法定效果

### 1. 隔離處分<sup>181</sup>

---

<sup>178</sup> 《檢疫法》, No.145 of 2003, art14.

<sup>179</sup> *Id.* art.14 I II VII.

<sup>180</sup> *Id.* art. 14 III--VI.

<sup>181</sup> *Id.* art. 15.

對於傳染病患者必須進行隔離或留檢措施，在「特定傳染病指定醫療機關」及第一種傳染病指定醫療機構，讓該患者入院，進行隔離。而對於該隔離處分的解除效果，必須在符合下述的情況之下，才可對隔離解除之<sup>182</sup>：

### (1) 檢疫所所長的主動解除

檢疫所長經確認後發現該患者並無帶有病原體或症狀消失時，應該立刻主動解除隔離處分。

### (2) 指定醫療機構管理者的通知解除

特定傳染病指定醫療機構或診所的管理者，經確認該患者並無帶有病原體或症狀消失時，應通知檢疫所長。

### (3) 被隔離者的請求解除

被隔離者本人或其監護人，可要求檢疫所長解除該隔離處分。

## 2. 留檢處分

另外對於有感染傳染病病原體之虞的患者，必須進行入院留檢措施，委託特定傳染病指定醫療機構或者第一種傳染病指定醫療機構，讓該患者入院執行留檢措施，並有特定留檢期間。而對於留檢處分的解除效果，也如同隔離處分的解除要件一般，可經由(1)檢疫所所長、(2)指定醫療機構管

---

<sup>182</sup> *Id.* art.15.

理者要求或者(3)被隔離者請求等方式解除之<sup>183</sup>。

### 3. 隔離處分之請求審查<sup>184</sup>

基於對傳染病患者之基本人權保障，該被隔離者本人或其監護人，具有當事人適格，對檢疫所所長的隔離處分有異議不服者，可提起請求審查該隔離處分的裁決。主要可分為兩種類型：

#### (1) 隔離處分期間超過三十天者

該被隔離者或其監護人，可以對該處分以口頭或文書方式，向厚生勞動大臣提起審查請求。而厚生勞動大臣必須在審查請求日五日之內，做出行政裁決。

#### (2) 隔離處分期間未超過三十天者

該被隔離者或其監護人，可以對該處分以口頭或文書方式，向厚生勞動大臣提起審查請求，厚生勞動大臣必須於被隔離者之被隔離日起 35 天內，做出行政裁決。但若被隔離者誤向檢疫所所長請求者，檢疫所長英立即將此案移送厚生勞動大臣處理，並通知審查請求人。

#### (四) 檢疫資訊的公開化<sup>185</sup>

---

<sup>183</sup> *Id.* art.16.

<sup>184</sup> *Id.* art.16-2.

<sup>185</sup> *Id.* art.27-2.

檢疫所所長對於檢疫傳染病在國外的發生情況及傳染病應急預防措施的所有資訊，應該進行蒐集、整理、分析的動作，並將分析結果的資訊公開給社會大眾知曉。

#### **(五) 處分之審查救濟程序<sup>186</sup>**

對於檢疫所所長或者辦事處處長所做的處分決定，若有不服，可向其提起審查請求，仍對該審查裁決處分不服者，可進一步向厚生勞動大臣提出再審查的請求。

#### **(六) 刑事罰的加重<sup>187</sup>**

除了增加行為違反的刑事罰項目之外，也對刑罰的效果加重。如 1.受隔離或留檢處分者，於處分期間逃離，處以一年以下或 100 萬日圓以下罰金、或者 2.不提交衛生申請書或提交不實記載者，處以六個月以下或 50 萬日圓以下罰金，3.要求入境後健康狀況報告而不報告或不實報告者，處以六個月以下或 50 萬日圓以下罰金...等刑事罰。

#### **(七) 新傳染病的檢疫診察措施**

##### **1. 新傳染病患者的診察<sup>188</sup>**

---

<sup>186</sup> *Id.* art.33-2.

<sup>187</sup> *Id.* arts.35-40.



厚生勞動大臣在當國外發生新傳染病時，為預防新傳染病的發生或蔓延，有緊急必要性時，可命令檢疫所長對疑似新傳染病患者進行診察措施。若被診斷為新傳染病患者，檢疫所長應立即向厚生勞動大臣通報之。

## 2.法定擬制<sup>189</sup>

當檢疫所長通報厚生勞動大臣之後，按照大臣的指示，並事先聽取厚生科學審議會的專業意見，可將該新傳染病視為法定檢疫傳染病，並可實施本法所規定的相關措施。

## 3.新傳染病的隔離措施<sup>190</sup>

由於視同法定檢疫傳染病，因而對新傳染病患者的隔離措施，可依照本法第 15 條相關規定實施之。

## 4. 新傳染病的留檢措施

依照本法第 16 條規定，可讓新傳染病患者住院，進行留檢措施。

---

<sup>188</sup> *Id.* art.34-2.

<sup>189</sup> *Id.* art.34-2Ⅲ.

<sup>190</sup> *Id.* art.34-3.

## 五、日本的傳染病預防法律體系

日本的傳染病防治在 1999 年以前，主要是依據 1897 制訂的《傳染病預防法》（明治 30 年，法律第 36 號）來實施的，但是隨著公共衛生環境的快速變遷，新的傳染病防治法律在 1999 年公布《感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律》（傳染病預防及針對傳染病患者之醫療相關法律）（平成 10 年，法律第 114 號）代替了舊傳染病防治法律體系，促進了日本傳染病綜合防治體系的建立。《感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律》（以下簡稱新感染症法）也歷經了幾次的修訂，最近一次是在 2004 年（平成 16 年，法律第 150 號）修訂並於 2005 年（平成 17 年）施行之。新感染症法進行一系列修訂的背景原因是由於國外新傳染病的發生隨著國際經貿活動的發展而面臨快速傳播的風險，傳染病相關情勢的變遷及基本人權的尊重，應當以綜合性的傳染病防治體系來處理上述之問題，以下將新感染症法的重要內容說明之：

### （一）政府、國民、醫師的法定義務<sup>191</sup>

#### 1. 政府之義務

---

<sup>191</sup> 《感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律》，法律第 150 號，arts.2-5.

中央及地方政府應當建置一個合作系統，促進傳染病預防政策的整體化實施，並且建立傳染病資訊收集、研究、分析、醫療用品研發等活動的制度，進行對地方政府提供技術、財政支援，在尊重患者基本人權的前提下，提升預防效果。

## 2. 國民之義務

民眾必須具備傳染病相關知識，應當知道如何預防、避免侵害患者人權的行為等義務，能夠建立自我預防機制的運作。

## 3. 醫師之義務

醫師及其他醫療人員必須依據醫療法相關法律，主動配合政府傳染病預防的政策，並且對患者實施良好醫療措施。針對獸醫師，也同樣採取配合義務來實施。

## (二) 傳染病的類型區分<sup>192</sup>

新感染症法將法定傳染病區分為第一類、第二類、第三類、第四類及第五類傳染病、指定傳染病及新傳染病等類型，並增列嚴重急性呼吸道症候群（SARS）為第一類傳染病。而對於新傳染病的法律定義則為，（1）屬於人與人之間傳染的疾病，（2）和已知傳染病的症狀明顯不同，（3）該疾

---

<sup>192</sup> *Id.* art.6(2)-(8).

病的蔓延將可能對國民生命健康造成重大威脅者。

### (三) 傳染病醫療機構的指定分級<sup>193</sup>

日本政府將傳染病醫療機構予以指定，共分有特定傳染病指定醫療機構、第一種、第二種傳染病指定醫療機構三類，分別由厚生勞動大臣、都道府縣政府指定之。

#### 1. 特定傳染病指定機構的法定要件

(1) 得到機構負責人的同意，(2) 與醫院管轄地都道府縣政府協議，(3) 由厚生勞動大臣指定之，(4) 患有第一、二類傳染病或新傳染病患者的適格，(5) 對患者的醫療行為需接受厚生勞動大臣的指導。

#### 2. 第一種傳染病指定機構的法定要件

(1) 得到機構負責人同意，(2) 由都道府縣政府指定之，(3) 患有第一、二類傳染病患者的適格，(4) 對患者的醫療行為需接受厚生勞動大臣的指導。

#### 3. 第二種傳染病指定機構的法定要件

(1) 得到機構負責人同意，(2) 由都道府縣政府指定之，(3) 患有第二類傳染病患者的適格，(4) 對患者的醫療行為需接受厚生勞動大臣的指導。

---

<sup>193</sup> *Id.* art.6(11)-(14).

#### (四) 傳染病基本方針及預防計畫<sup>194</sup>

##### 1. 基本方針

厚生勞動大臣有義務制訂綜合性傳染性預防的基本方針，作為指導性原則，方針政策內容概約要有推動方向、預防政策事項、建立醫療、研究、調查制度、人才培訓、患者人權維護等重要事項，並且厚生勞動大臣必須每五年進行方針修訂。

##### 2. 預防計畫

都道府縣必須依據基本方針來制訂傳染病預防計畫，其計畫實施內容約有因地制宜的區域預防事項、區域醫療體系提供機制及人才培訓等事項，當厚生勞動大臣的基本方針變動時，需重新檢討預防計畫的可行性或變更之，變更後需呈報厚生勞動大臣並公布之。

#### (五) 傳染病資訊通報流程<sup>195</sup>

##### 1. 立即通報事項

針對第一、二類、三類、四類傳染病、無症狀病原體帶原者及疑似新傳染病患者，醫生診斷後必須立即將患者姓名、年齡、性別及其他規定事

---

<sup>194</sup> *Id.* art.10.

<sup>195</sup> *Id.* art.12,18 I .

項，經保健所長向都道府縣通報，都道府縣應立即呈報給厚生勞動大臣。

另外，關於第一、二、三類傳染病及無症狀病原體帶原者，都道府縣必須以書面通知該呈報內容讓該關係人知曉。

### 2.7 日內通報事項

針對第五類傳染病，醫生診斷後需於 7 日內必須將患者姓名、年齡、性別及其他規定事項，經保健所長向都道府縣通報，都道府縣應於期限內呈報給厚生勞動大臣。

### 3. 健康狀態異常者的詢問調查<sup>196</sup>

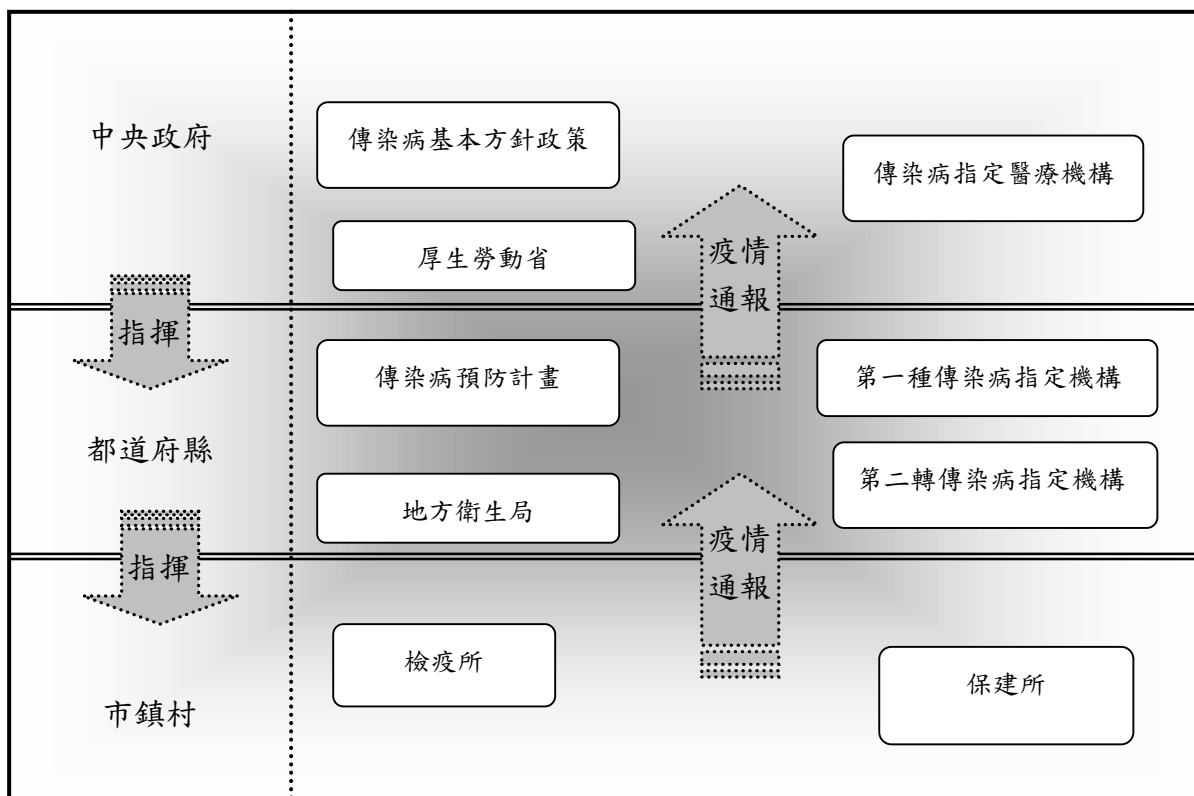
都道府縣知事依據檢疫法第 18 條第 3 項規定<sup>197</sup>，當其接到檢疫所長發布對於健康狀態有異狀者的事項通知時，可以命令都道府縣政府職員對該健康狀態異常者進行詢問及調查。並將詢問及調查結果向厚生勞動大臣報告。

---

<sup>196</sup> *Id.* art.15-2.

<sup>197</sup> 《檢疫法》（平成 15 年法律第 145 號），art.18Ⅲ：“檢疫所長は、前項の規定による報告又は質問の結果、健康状態に異状を生じた者を確認したときは、当該者に対し、保健所その他の医療機関において診察を受けるべき旨その他檢疫感染症の予防上必要な事項を指示するとともに、当該者の居所の所在地を管轄する都道府県知事……。”

圖 2-12：日本政府的層級化傳染病預防體系



本文製作

### (六) 傳染病資訊的公開義務<sup>198</sup>

厚生勞動大臣對於所蒐集彙整的傳染病相關資訊必須進行分析，並將結果主動公布給社會大眾知曉。且必須注意患者個人資訊的保護措施。

### (七) 傳染病疑似患者的處理流程<sup>199</sup>

<sup>198</sup> *Id.*art.16.

<sup>199</sup> *Id.*ch.4, arts.17-23.

### 1.健康檢查之勸告

疑似患者之健康檢查:為防止第一、二、三類傳染病蔓延，都道府縣對有合理理由懷疑患有上述類型者，必須主動勸告該患者接受健康檢查，若不接受勸告者，得強制其實施健康檢查處份。同時，都道府縣必須書面通知對方，及記載勸告事項、理由及其他規定事項，讓該患者知曉該處分內容。

### 2.住院措施

為防止第一類傳染病蔓延，都道府縣可以勸告患者到(1)特定傳染病指定醫療機構或(2)第一種傳染病指定醫療機構，進行住院措施，若該患者不接受住院措施，得強制實施住院措施，但住院期間不可以超過 72 小時以上。但是，例外情況是發生緊急或不得已理由情狀時，得到指定醫療機構以外的其他醫院診所住院。

### 3.延長住院措施

同前述狀況，若該已住院傳染病患者，都道府縣認定有必要者，可以勸告該患者在前述指定醫療機構住院 10 日以內，若認定需延長期間者，可以延長住院期間，仍以 10 天為限。

### 4.書面通知義務

關於前述的健康檢查、住院勸告、住院措施、及延長住院措施等處分，



由於對患者的人身自由侵害較大，必須以書面通知的方式讓患者知曉，並且該書面通知單必須記載事項、理由及其他規定事項等內容。

## **(八) 申請審查的裁決<sup>200</sup>**

### **1. 住院不超過 30 天者**

關於住院患者，其住院期間未超過 30 天者，對該延長住院處分不服者，

(1) 可以向厚生勞動大臣申請審查，大臣需於患者住院日起 35 天之內進行裁決，(2) 向都道府縣申請審查者，都道府縣必須將案件移送厚生勞動大臣，並將移送事實通知申請人。

### **2. 住院已超過 30 天者**

關於住院患者，其住院期間已超過 30 天者，對該延長住院處分不服者，

可以書面或口頭方式直接向厚生勞動大臣申請審查該處分措施，厚生勞動大臣必須於 5 天內裁決該申請案。

## **(九) 新傳染病的防治措施<sup>201</sup>**

### **1. 健康檢查**

為防止新傳染病蔓延，都道府縣得基於正當理由勸告該疑似患者接受健康檢查，若不遵守者，得強制進行，並以書面通知對方。

---

<sup>200</sup> *Id.* art. 25.

<sup>201</sup> *Id.* ch. 7, arts. 45-53.

## 2.住院措施

都道府縣得規定 10 天以內的期限，勸告新傳染病患者到特定傳染病指定醫療機構住院，若不遵守該處分，得強制進行。具有繼續住院正當理由者，得再申請延長住院措施，以 10 天為週期。

## 3.法律擬制

當都道府縣認定關於預防新傳染病及蔓延的情狀具必要性時，該新傳染病視同為第一類傳染病，得同依本法第 27 至 35 條關於場所、建物等的消毒措施。

## 4.厚生勞動大臣的技術性指導、建議

當都道府縣政府實施前述的對新傳染病的相關措施時，必須事先向厚生勞動大臣通報該項措施內容、時間等事項，以求維繫與厚生勞動大臣之間的合作關係。厚生勞動大臣收到通報後，可以對都道府縣政府的措施進行技術性指導與建議。且必須事先聽取厚生科學審議會的專業意見。

## 5.厚生勞動大臣的指示

為預防傳染病蔓延，且具備緊急性、必要性時，可以主動地對都道府縣知事，對前述的相關措施，下達必要的指示。並事先聽取厚生科學審議會的專業意見。

## 6.新傳染病處理經過的報告

當都道府縣政府實施前述相關措施時，必須詳細地向厚生勞動大臣報告處理內容及經過過程。

## (十) 動物進口的禁止措施

### 1. 動物禁止進口

關於可能攜帶有傳染病病原體媒介的動物，並可傳染給人類者，任何人都不得將以下類型動物進口，(1) 厚生勞動省令、農林水產令發佈的地區輸出者，(2) 經由厚生勞動省令、農林水產令指定地區者。

### 2. 指定動物進口的檢疫措施

如果仍對指定動物進口者，必須附上由出口國政府發行的檢查證明書，記載該指定動物並沒有患有指定的傳染病，此時則可進口指定動物。另外，進口負責人必須事先向動物檢疫所申報該進口指定動物的種類、數量、進口時間及場所等事項。並且，在(1)動物檢疫所(2)指定港口機場檢疫場所，由家畜檢疫官進行檢疫措施，相關事項則以農林水產省為主管機關。

### 3. 家畜防疫官的通報義務

經檢疫後發現患有或疑似的指定動物，動物檢疫所應當立即將資料經由保健所通知都道府縣。再轉通報給厚生勞動大臣。

## (十一) 具緊急必要性的傳染病預防對策強化措施

### 1. 傳染病發生、動向及原因的調查<sup>202</sup>

厚生勞動大臣認定預防傳染病或為防止傳染病蔓延，具備緊急必要性時，可以對(1)第一、二、三、四及五類傳染病患者(2)疑似症患者(3)無症狀病原體帶原者(4)判斷有新傳染病患者(5)有疑似傳染病的指定動物所有人等人員，進行傳染病發生、動向及原因的調查。

### 2. 緊急狀況傳染病預防的施行政策擬定<sup>203</sup>

當具備緊急狀況時，為預防傳染病發生或防止傳染病蔓延，厚生勞動大臣必須在其基本方針中擬定施行策略，並且，都道府縣政府的預防計畫中也必須擬定有相關施行措施。

### 3. 機關指示權限的下達<sup>204</sup>

為預防傳染病發生或防止傳染病蔓延，且具有緊急必要性時，厚生勞動大臣可以對都道府縣知事所實施的相關措施，進行指示的下達。

---

<sup>202</sup> *Id.*art.15.

<sup>203</sup> *Id.*arts.9-10.

<sup>204</sup> *Id.*art.63-2.

## 第四節 南韓公共衛生體系

### 一、南韓《傳染病預防法》法律體系

《檢疫法》( )及《傳染病預防法》( )是目前南韓公共衛生法律體系的依據，《檢疫法》<sup>205</sup>是 1954 年所制訂的，經歷過數次的修正，最近的一次是 2004 年<sup>206</sup>，立法目的在於防止傳染病向南韓國內或國外的蔓延，針對船舶、飛機等交通工具及乘客、航員或貨物，規範的檢疫與應急預防衛生措施。《傳染病預防法》也是在 1954 年制訂的<sup>207</sup>，最近一次是在 2001 年修正的<sup>208</sup>，立法目的在於防止傳染病的發生與流行擴散，提升增進國民保健。

南韓的公共衛生中央主管機關是「保健福祉部」(The Ministry of Health and Welfare(MOHW)) 統籌負責，而保健福祉部所屬的「國家健康局」(National Institute of Health(NIOH))以及「國家檢疫局」(National Quarantine Station (NQS)) 則是實際執行南韓公共衛生管理系統的機關，而在 2004 年新成立一個機構「國家保健院」(Korea Centers for Disease Control and

---

<sup>205</sup> 《 》( *The Quarantine Act* ), Law No.307 of 1954.

<sup>206</sup> *The Quarantine Act*, Law No.7063 of 2004.

<sup>207</sup> 《 》( *The Prevention of Contagious Disease Law* ), Law No.308 of 1954.

<sup>208</sup> *The Prevention of Contagious Disease Law*, Law No.6556 of 2001.

Prevention (KCDC))，隸屬於保健福祉部<sup>209</sup>。

就南韓《傳染病預防法》體系而言，主要有下述幾點：

### (一) 傳染病類型

依《傳染病預防法》(以下簡稱本法)，將傳染病分為四種類型及指定傳染病，約略有幾下幾種<sup>210</sup>，

#### 1. 第一種傳染病

指傳染速度快、發生及流行時會嚴重影響國民健康，應該立即建立應急防疫措施的類型，主要有霍亂、傷寒...等。

#### 2. 第二種傳染病

指可透過預防接種以預防管理的類型，約有白喉、小兒麻痺、B 型肝炎、日本腦炎...等。

#### 3. 第三種傳染病

指可能會有間歇性流行，需要監視疫情發生，建立防疫對策的類型，約有瘧疾、結核病、流行性感冒、AIDS...等。

#### 4. 第四種傳染病

指南韓國內新感染的新種傳染病症候類，再次出現傳染病，以及有傳

---

<sup>209</sup>See KCDC, <http://english.mohw.go.kr/index.jsp>。

<sup>210</sup> *Prevention of Contagious Diseases Act*, Law No.6556 of 2001,art.2.

入南韓國內疑慮的海外流行傳染病，根據本法有緊急建立防疫對策的必要時，由保健福祉部令規定的傳染病。

#### 5.指定傳染病

除了第 1 類至第 4 類傳染病，為了調查是否流行，有監視疫情的必要時，由保健福祉部長官指定的傳染病。

### (二) 國家的法定義務<sup>211</sup>

#### 1.患者之人性尊嚴價值的保障

國家及地方政府必須尊重傳染病患者的人性尊嚴與價值存在，保護其基本人權不受不合理的侵害，也不得給予沒有法律依據的就業限制等不利事項<sup>212</sup>。

#### 2.國家傳染病預防管理政策的規劃

國家應當對於傳染病預防管理事項，制訂統籌防疫計畫與政策，執行下述事項：

1. 傳染病的預防和管理對策的建立。
2. 傳染病病患等的保護和治療。

---

<sup>211</sup> *Id.*art.3-2.

<sup>212</sup> *Id.*art.3-2(1). “The state and local governments shall respect the dignity and worth of patients affected by contagious diseases ,etc. as human beings, protect their fundamental rights.”

3. 傳染病的相關教育和宣傳。
4. 傳染病的相關情報蒐集、分析和提供。
5. 傳染病的相關調查、研究。
6. 傳染病病原體的檢查、保存、管理和藥劑耐性監視。
7. 培育預防傳染病預防的專門人才。
8. 為了提升傳染病管理能力，確保國際的團結。

### (三) 醫師的法定申報義務<sup>213</sup>

#### 1. 立即申報義務

醫師診斷傳染病患者，發現症狀是第 1 類、第 2 類及第 4 類者，應該主動立即申報。

#### 2. 七日內申報義務

醫師診斷傳染病患者，發現症狀是第 3 類及指定傳染病者，應該在 7 日內向管轄所在地保健所長申報患者的姓名、年齡、性別及其他事項。

### (四) 疫情的層級報告機制

收到醫生申報的保健所所長，應當向管轄市長、郡守、區廳長報告內

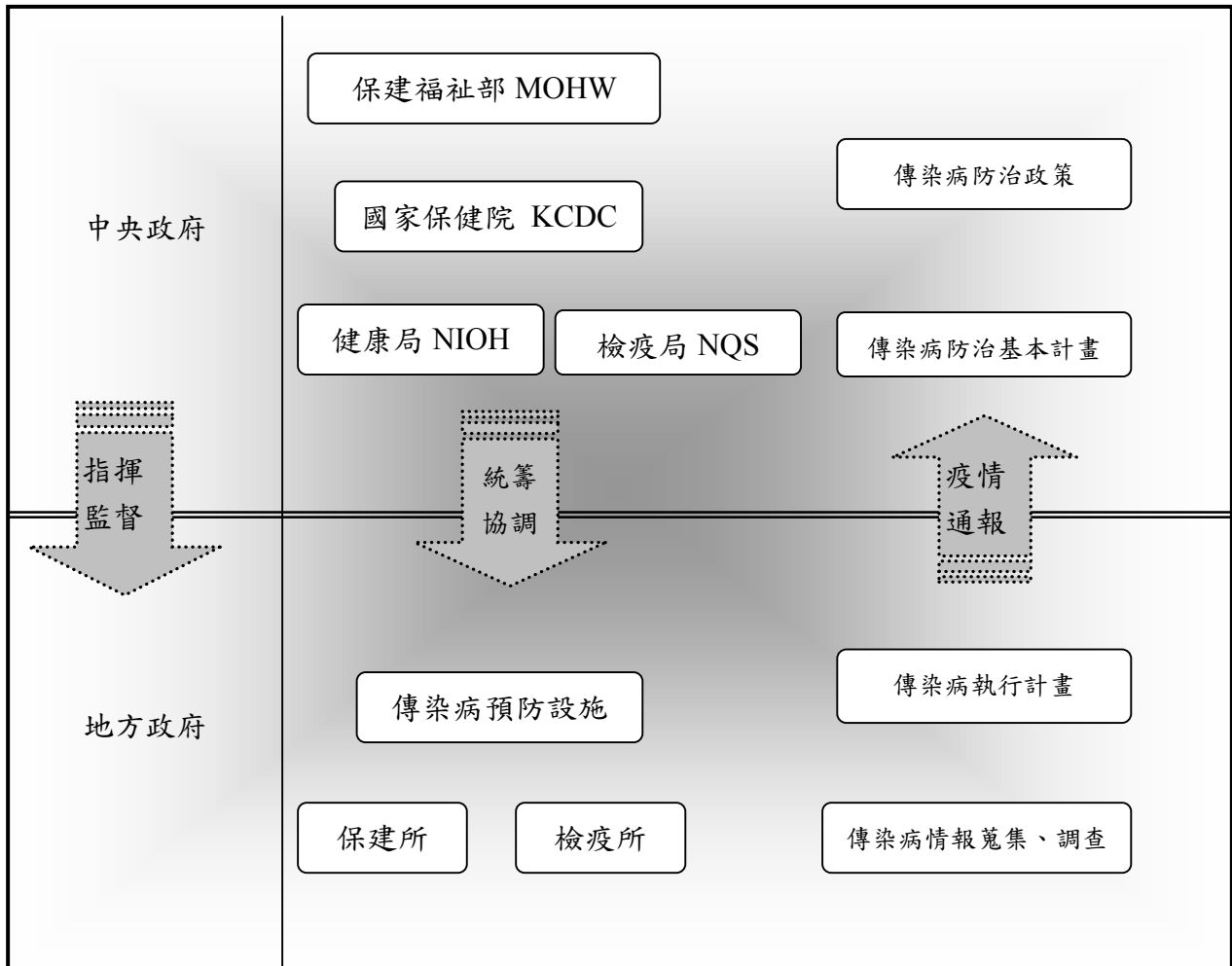
---

<sup>213</sup> *Id.*art.4.



容，並由該首長再轉而向市道長官報告，最後再向保健福祉部長官報告<sup>214</sup>。

圖 2-13：南韓政府組織的防疫體系



本文製作

### (五) 疫情資訊的公開機制

國家保健院及市、道長官應當盡力蒐集國內外傳染病的發生、蒐集、

<sup>214</sup> *Id.*art.7-2.

管理傳染病的情報資訊，並將重要資訊的分析結果，主動提供讓相關機構、設施、團體及大眾知曉。

### (六) 傳染病預防設施的建置

市、道長官及市長、郡守、區廳長可設置基於預防傳染病、治療傳染病患所需要的設施，如傳染病醫院、隔離病房、隔離所、療養所及診療所等設施。

表三：南韓傳染病法定通報流程

	重要事項
<b>醫師通報事項</b>	
通報事由	檢驗屍體，發現傳染病或疑似傳染病時
初級通報者	醫師→保健所所長
通報期限	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ 第一、二、四類法定傳染病：立即</li> <li>▶ 第三類、指定傳染病：7 天內</li> </ul>
通報內容	▶ 申報患者的姓名、年齡、性別及其他事項
層級通報機制	醫師→保健所所長→管轄市長、郡守、區廳長→市道長官→保健福祉部長
傳染病預防設	▶ 市、道長官、市長、郡守、區廳長

施	<ul style="list-style-type: none"> <li>➢可設置傳染病預防設施</li> </ul>
對病患的檢疫措施	<ul style="list-style-type: none"> <li>➢第一類傳染病患：由檢疫官進行疫情調查及診察，進行隔離、留檢及強制治療措施</li> <li>➢第三類傳染病患：進行隔離、留檢於傳染病預防設施及接受治療</li> <li>➢其他類型傳染病患：可在自家內進行隔離治療</li> </ul>
傳染病的行政緊急處分權	<ul style="list-style-type: none"> <li>➢場所交通的阻隔</li> <li>➢隔離疑似病例者</li> <li>➢感染物品的禁止處分</li> <li>➢場所消毒</li> </ul>

本文製作

### (七) 公私醫療機關伙伴合作系統

依據《醫療法》，醫護人員及醫療機構，應當主動地協助中央及地政府公共衛生機關進行傳染病的預防及管理事業，因此，公私營醫療機關形構出一種合作夥伴關係<sup>215</sup>，並且針對傳染病的監視系統，國立保健院依本法

<sup>215</sup> *Id.* art.3-2.

有權指定各地區的保健醫療機構、設施及私人團體等，成為「標本監視醫療機關」來進行南韓國內傳染病爆發的監視活動<sup>216</sup>。另外，各地方市長、郡守及區廳長進行傳染病防治計畫時，可依實際實況將私立醫療機關的全部或一部份，在一定期間內用來作為第一類傳染病的隔離病房或者第三類傳染病的診療所等設施使用<sup>217</sup>。

#### (八) 傳染病患本人基本權之限制<sup>218</sup>

##### 1. 針對第一類傳染病的病患

地方市長、郡守及區廳長對於經認定疑似有第一類傳染病的病患，其住宅、船舶、其他場所都必須由檢疫官進行疫情調查及診察，若認定感染者，應當進行隔離、收留於傳染病預防設施或者地方市長、郡守及區廳長指定的醫療機關場所之內，並且強制接受治療等強制處分。

2. 針對第三類傳染病的病患：應當隔離、留檢於傳染病預防設施及接受治療。

3. 其他類型傳染病的病患：可在自家內進行隔離治療。

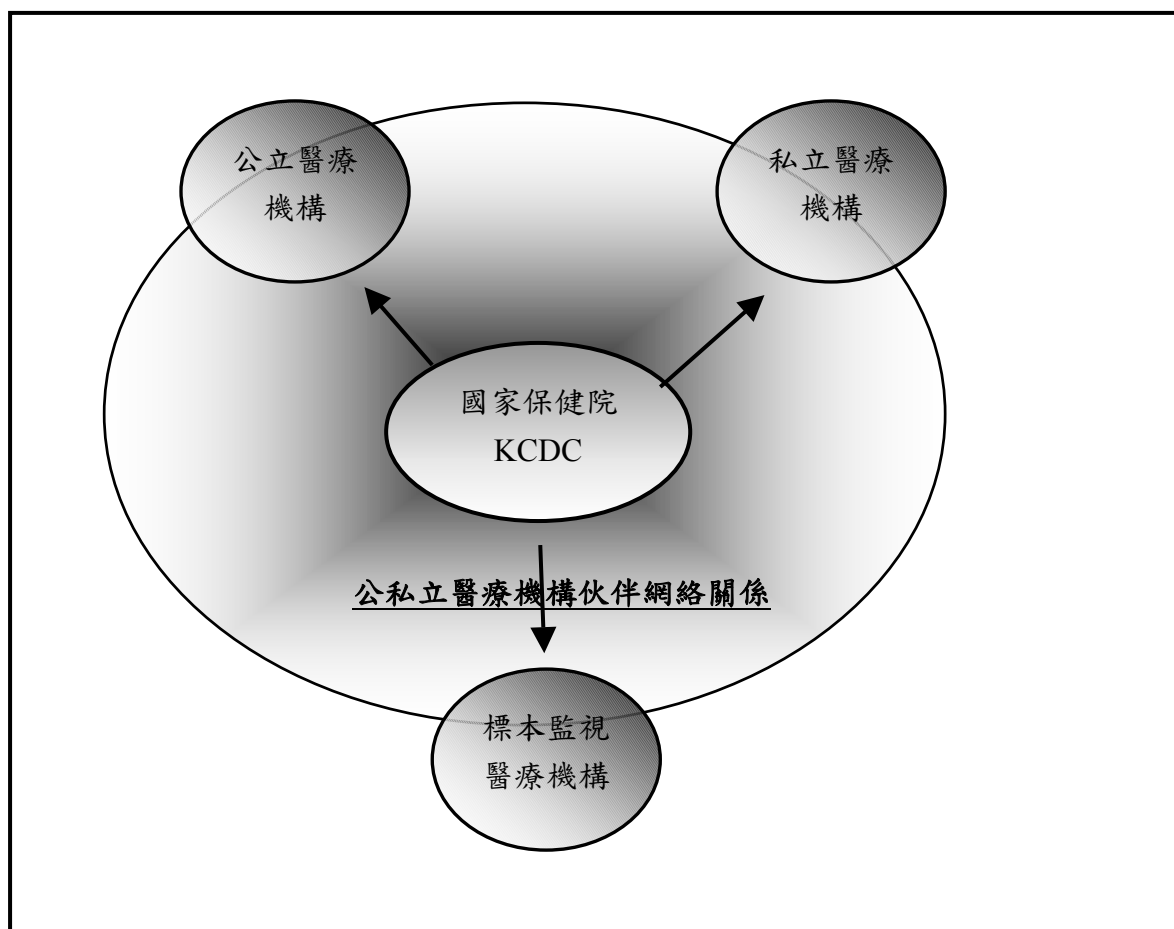
---

<sup>216</sup> *Id.* art.7-3.

<sup>217</sup> *Id.* art.25.

<sup>218</sup> *Id.*art.29.

圖 2-14：南韓公私立醫療機構聯合伙伴系統



本文製作

### （九）病患家庭的要求防疫措施義務

如果家庭內有人感染第一類傳染病時，地方市長、郡守及區廳長可依職權要求該病患家庭必須實施具體防疫措施，以避免傳染病的擴散：

#### 1. 場所交通的阻隔

有傳染病患的場所及認定為被傳染病病原體污染的場所，必須在一定期間內阻隔交通。

## 2. 隔離疑似病例者

經被懷疑被傳染病病原體感染者，應在適當場所進行隔離。

## 3. 感染物品的禁止處分

被傳染病病原體污染、或懷疑被污染的物品，禁止使用、接受、移轉、遺棄及廢棄等處分該物品的行為

## 4. 場所消毒

被傳染病病原體污染的場所，應當進行消毒及其他必要措施

## 二、南韓《檢疫法》法律體系

南韓《檢疫法》制訂於 1954 年（法律第 307 號），經歷幾次的修訂過程，最近的一次是在 2004 年（法律第 7063 號），其立法目的在於防止傳染病向國外或國內的蔓延，針對入境、出境的運輸工具及其乘客、貨物，制訂的檢疫措施。以下將本法重要的內容說明之：

### （一）傳染病檢疫流程<sup>219</sup>

#### 1. 檢疫對象適格

（1）從國外入境或前往國外的運輸工具（2）從國外出發之後運行中

---

<sup>219</sup> *The Quarantine Act of Korea*, No.7063 of 2004, arts.4-12.

途有搬運貨物或搭載人員的運輸工具。但是，(1) 給予補給油 (2) 補充資材而入境的運輸工具，可以省略檢疫程序。

## 2. 檢疫前通報

負責人在駛入檢疫區域前，需用適當方法向檢疫所所長通報 (1) 是否有傳染病換或死亡情形，(2) 其他衛生狀態事項。

## 3. 檢疫調查

針對運輸工具狀況、人員、貨物、飲用水等進行檢疫，檢疫官可要求負責人提交、出示相關文件。

## 4. 檢疫措施的實施<sup>220</sup>

檢疫所長對於已感染檢疫傳染病或疑似感染的人員、貨物及區域，可以採使相關檢疫措施：

### (1) 對人的措施

採取隔離、預防接種措施或追蹤疑似患者，針對被隔離患者，必須安置於傳染病預防設施機構<sup>221</sup>或居家隔離，檢疫所長並可以要求市長、廣域市長、郡守、區長等首長協助隔離措施。

### (2) 對貨物的措施

採取消毒、廢棄、禁止搬移、禁止使用等措施。

---

<sup>220</sup>*Id.*,art.11.

<sup>221</sup> *Prevention of Contagious Diseases Act* , Law No.6556 of 2001,art.23 , 傳染病預防設施的設置，主要有傳染病院、隔離病房、隔離所、療養所及診療所等設施。

## 5. 檢疫證的發給

檢疫調查結果，並沒有發現任何傳染病狀況時，檢疫所長應向運輸工具負責人發給檢疫證，或者對以附加條件許可入境者，可發放臨時檢疫證，等條件完成之後，再改發檢疫證。

### (二) 檢疫媒介動植物的進口限制

1. 動物進口限制：貓犬、猿類動物進口，必須事先提供預防接種證明書籍健康診斷書<sup>222</sup>。

2. 進口許可制度：病原菌、昆蟲或傳染病媒介的動植物進口，必須具有保建福祉部核發的許可證<sup>223</sup>。

---

<sup>222</sup> *Id.* art.24.

<sup>223</sup> *Id.* art.24(3).



## 第五節 各國的比較分析

整體分析本研究前述四個國家在公共衛生政策場域（public health policy arena）所為的運作機制，以及為了因應 IHR2005 規範而調整的的制度變遷，本研究從下表約略可以得知一些關連性，國家的體制與垂直權限之間的關連性，詳言之，美國及加拿大皆為聯邦制國家，強調地方分權；日本及南韓皆為單一國家，強調中央集權。而這樣的政府體制設計，將牽動著國家公共衛生組織體系的權限分配以及法律結構的設計，也即是說，聯邦制國家的公共衛生治理系統主要以州政府為主軸，聯邦政府居輔助性角色，偏向「由下而上式」的政策文化，僅有當州政府無法負擔公共衛生緊急事件的處理時，聯邦政府才有介入的空間；相對地，單一制國家的公共衛生治理系統則強調一條鞭式的組織管理，由中央到地方層層管理，偏向「由上而下式」的政策文化，中央政府具有高度指揮調度權限，地方政府成為行政助手的政策執行角色。然而，不論是何種政府體系，在公共衛生治理上，中央及地方政府都以不同程度地來建構層級化國家防疫體系。

近年來，由於 SARS 的全球性爆發以及恐怖主義的威脅，導致這些先進國家在公共衛生治理光譜都逐漸地強化聯邦政府（或中央政府）的主導權，試圖重新強化中央政府權限來建置國家公共衛生緊急事件應急系統，即使如強調地方分權的美國，也依據《Homeland Security Act》授權成立了國土安全部 DHS，來統籌協調各層級的政府機關，統一運用所有防疫資源。

表四：各國公共衛生體系綜合比較

	美國	加拿大	日本	南韓
區域	美洲地區	美洲地區	東亞地區	東亞地區
國家體制	聯邦制度	聯邦制度	單一國制度	單一國制度
垂直權限	地方分權	地方分權	中央集權	中央集權
法律體系	英美法系	英美法系	大陸法系	大陸法系
政府體制	總統制	內閣制	內閣制	內閣制
組織決策 規劃	<ul style="list-style-type: none"> <li>□ 國土安全部 DHS</li> <li>□ 聯邦應急管理局 FEMA</li> <li>□ 衛生及公共服務部 HHS</li> <li>□ 疾病預防控制中心</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>□ Health Canada (聯邦衛生部)</li> <li>□ Center for Emergency Preparedness and Response (CEPR) (聯邦應急準備)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>□ 內閣首相</li> <li>□ 內閣官房</li> <li>□ 勞動厚生省</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>□ 保健福祉部 MOHW</li> <li>□ 國家保健院 KCDC</li> <li>□ 國家健康局 NIOH</li> <li>□ 檢疫局 NQS</li> </ul>

	美國	加拿大	日本	南韓
	<p>CDC</p> <p>□ 聯邦應急計畫 FRP</p>	<p>與反應中心)</p> <p>□ Office of Emergency Preparedness, Planning &amp; Training (應急準備、規劃及培訓辦公室)</p> <p>□ Office of Emergency Response Services (應急服務辦公室)</p> <p>□ Office of Laboratory Security (實驗室安全辦公室)</p> <p>□ Office of Public Health Security (公共衛生安全辦公室)</p> <p>□ Office of Management and</p>		

	美國	加拿大	日本	南韓
		Administrative Services (管理及行政服務辦公室)		
應急管理組織	<ul style="list-style-type: none"> <li>□ CDC 疾病預防控制系統</li> <li>□ HRSA 醫院應急準備系統</li> <li>□ MMRS 城市醫療應急系統</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>□ 聯邦關鍵基礎設施保護及應急準備辦公室</li> <li>OCIPEP</li> <li>□ 省級應急措施機構 EMO</li> <li>地方應急運作中心 EOC</li> <li>□ 政府應急營運協調中心 GEOCC</li> <li>□ 聯合應急準備計畫 JEPP</li> <li>□ 災害金融援助計畫 DFAA</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>□ 內閣首相</li> <li>□ 內閣官房</li> <li>□ 內閣危機管理總監</li> <li>□ 勞動厚生省</li> <li>□ 安全保障會議、閣僚會議、中央防災會議、危機對策本部</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>□ 國家保健院 KCDC</li> <li>□ 檢疫局 NQS</li> </ul>
傳染病防治法律	□ 《Homeland Security Act of 2002》(國土安全	□ 《Quarantine Act》(加拿大檢疫法)	□ 《感染症の予防及び感染症の患者に対する医	□ 《 》(The Quarantine Act)

	美國	加拿大	日本	南韓
	法案) □ 《Public Health Service Act 2001》(公共衛生服務法案) □ 《Public health service act 1973》(公共衛生服務法案) □ 《The Stafford Disaster Relief and Emergency Assistance Act 1974(Stafford Act)》(災害救助及緊急援助法案)	□ 《Quarantine Regulations》(加拿大檢疫規則) □ 《Emergencies Act》(加拿大緊急狀態法案) □ 《Emergency Preparedness Act》(加拿大緊急事件準備法)	療に関する法律》(傳染病預防及針對傳染病患者之醫療相關法律) □ 《檢疫法》 □ 《地域保健法》	□ 《 》 (The Prevention of Contagious Disease Law)

本研究製作

## 第三章 台灣公共衛生體系

### 第一節 台灣《傳染病防治法》法律體系

我國《傳染病防治法》從 1944 年制訂，共歷經了四次修訂，為了因應國際商業貿易交流的頻繁、國際各種新型傳染病透過國際交通工具的便利傳入國境內，影響國民身心健康等法益，因此在 2004 年修正公布全文，重新建構了一套我國整合性傳染病防疫體系，以下將說明本法的相關重點：

#### 一、傳染病的類型區分<sup>224</sup>

本法將傳染病種類區分為第一類傳染病：如霍亂、鼠疫、黃熱病、炭疽病及嚴重呼吸道症候群（SARS）等；第二類傳染病：如白喉、傷寒、登革熱、瘧疾、腸病毒感染病發重症等；第三類傳染病：結核病、日本腦炎、流行性感冒病發重症等；及「指定傳染病」：指第一、二、三類以外已知的傳染病，由中央機關認定有進行防治的必要性病公告者；並且「新感染症」：未知的新型傳染病，其症狀或治療結果跟已知的傳染病明顯不同，經中央機關認定其流行可能將對國民健康造成重大影響者，因此需進行防治必要，進行公告者。

#### 二、政府層級化傳染病防疫體系

如同前述日本的《傳染病預防及針對傳染病患者之醫療相關法律》（新感染症法）一般，將各級政府的職責與權限劃分清楚，有基本方針制訂及

---

<sup>224</sup> 《傳染病防治法》，§3.

預防計畫的實施等，本法也將各級政府的垂直整合防疫系統劃分明確，建立一套統籌領導、權責分明、分級管理機制，試圖重新去建構出我國的垂直及水平整合傳染病預防系統：

### (一) 垂直整合系統

#### 1. 中央政府的法定義務

(1) 制訂傳染病防治政策及計畫 (basic plan)、(2) 監督、指揮、輔導地方機關執行防疫工作、(3) 執行國際港埠檢疫工作等事項<sup>225</sup>。

#### 2. 地方政府的法定義務

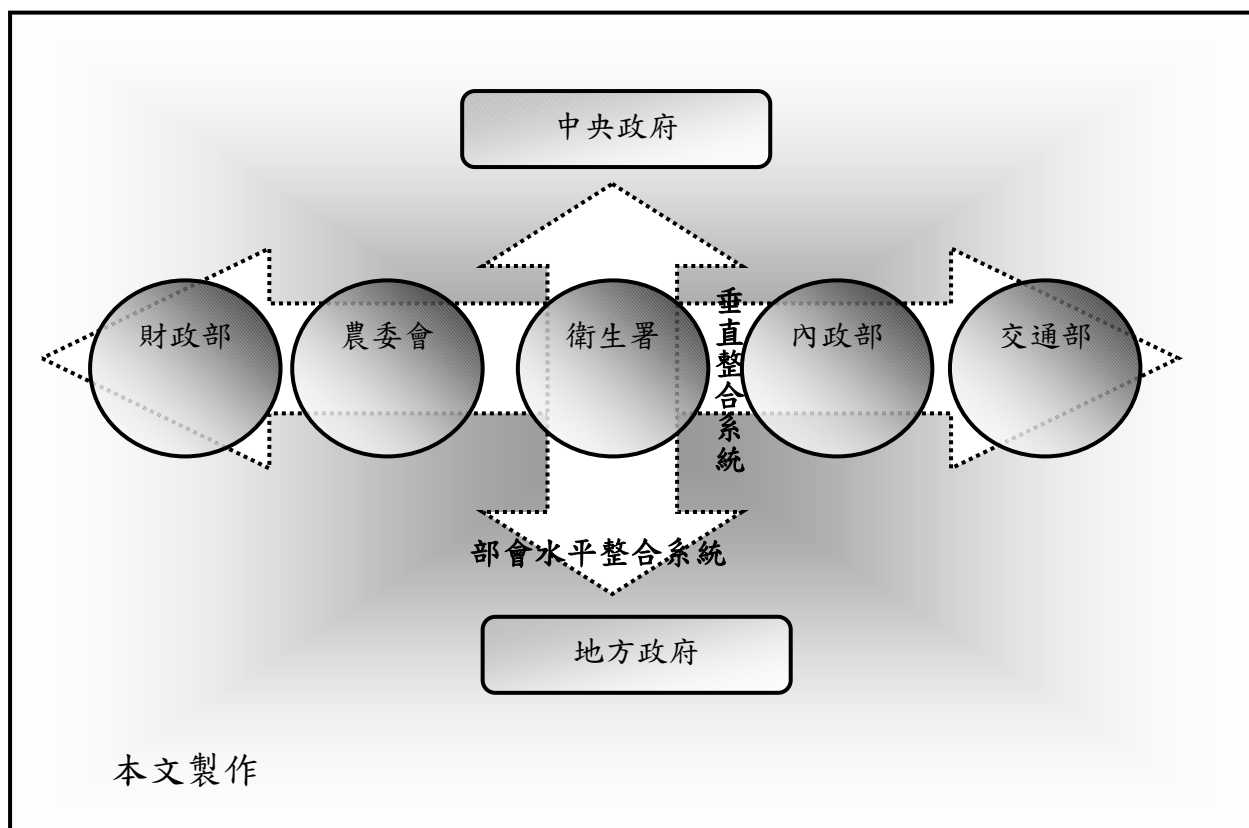
(1) 依據中央制訂的傳染病政策、基本計畫，來擬定地方執行預防計畫並報中央備查、(2) 具體執行地方管轄傳染病防治工作、(3) 辦理中央政府委託、委辦及指示的事項等<sup>226</sup>。

---

<sup>225</sup> *Id.* §4.

<sup>226</sup> *Id.* §4.

圖 3-1：台灣傳染病預防系統概觀



### 3. 中央流行疫情指揮中心的建置<sup>227</sup>

中央主管機關經考量流行疫情嚴重程度，認有統籌各種資源、設備及整合相關機關（構）人員之必要時，得報請行政院同意成立中央流行疫情指揮中心，並指定人員擔任指揮官，統一指揮、督導及協調各級政府機關、公營事業、後備軍人組織、民間團體執行防疫工作。對此，本條規定的適用前提應當是，當地方政府對於管轄區域的傳染病預防，已經沒有足夠的緊急因應能力，而必須轉而求助於中央政府的統籌領導與支援時。

### 4. 地方流行疫情指揮中心的權責

<sup>227</sup> *Id.* §17.



流行疫情之處理，地方主管機關認有統籌指揮、調集所屬相關機關（構）人員及設備，進行防治措施之必要時，得成立流行疫情指揮中心。地方主管機關於轄區發生流行疫情或有發生之虞時，應立即動員所屬各相關機關（構）及人員進行必要之處理，並迅速將結果彙報中央主管機關。並且地方主管機關除應本諸權責採行適當之防治措施外，並應依中央主管機關之指示辦理，以發揮整體防治效果<sup>228</sup>。

所以，由於我國是偏向中央集權體制，因而垂直整合運作上，地方政府需第一時間就管轄傳染病事件作出緊急因應措施，且同時將相關疫情資訊呈報通知給中央主管機關，並依據中央主管機關的行政指示來辦理。

因此，中央及地方政府彼此間權責的垂直分工系統，在公共衛生緊急事件中是否能夠有效地發揮彼此協調的機制，重要的，應當是中央地方政府彼此之間垂直整合系統的運作網絡是否順暢？在傳染病防治的國際比較上，參照前述的美國、日本、加拿大及南韓等先進國家的體制，其前提首先是取決於該國家的中央地方體制關係是採取何種運作模式，是中央集權還是地方分權制，從前述的近年來發展經驗而言，各國不論是中央集權或地方分權式的國家，都有逐漸將公共衛生治理權限（public health governance power）偏向中央政府負責管理的趨勢。然而，傳染病防治體系，中央政府雖然對地方政府提供一個上位政策性的原則指導，但是防疫政策或計畫的是否有效地執行，實際運作上仍然需要取決於各地方政府的執行計畫是否正確能夠有效執行實施，及現場立即處理能力建置等關鍵因素。

## （二）水平整合系統

如同前述，一個傳染病防治系統的有效運作，並不僅僅取決於垂直整

---

<sup>228</sup> *Id.* §16 - .

合系統的建立，而且更需配合部會之間水平整合系統的協調，由於依據系統論（systematic theory）的觀點，當整體系統的內部子系統彼此之間成為密切網絡時，假若系統的一子系統出現缺陷時，將會影響其他子系統的正常運作，最終恐導致整體系統的崩解，尤其在現代性社會系統之下，在公共衛生緊急事件中，上述的事例已經明顯地在 SARS 事件中出現過了。

而水平整合系統的建置，必須設置一個決策指揮部門（decision-making department），並且採取多個部門共同投入參與的模式，成為一個核心部門（core department）—多個衛星部門（satellite departments）的水平系統模式，而不是僅僅透過一個臨時性的組織調整或組織協商機制來因應傳染病緊急事件的威脅，因為如此恐將造成政府組織之間權責不明、權責重疊及組織法定原則的破壞。本法也基於行政一體性原則，規定核心—衛星體系參與模式的運作<sup>229</sup>。以下將詳述本法相關規範內容：

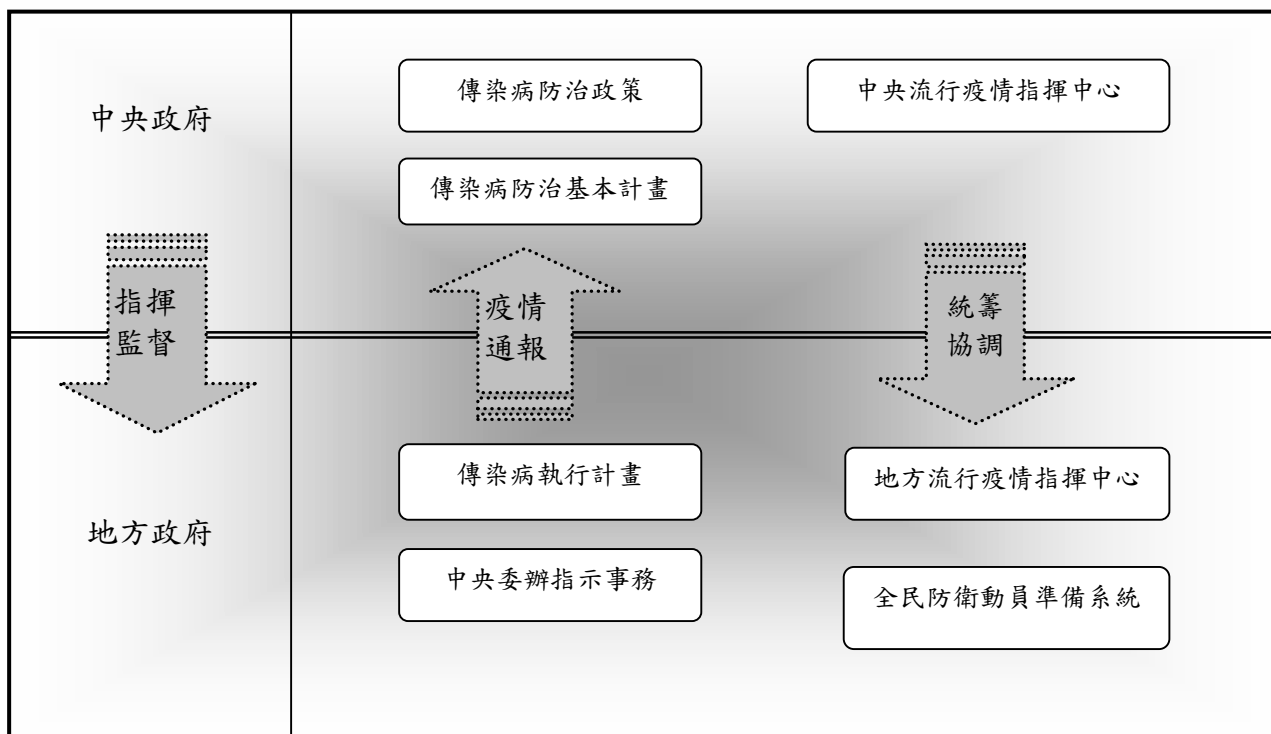
### 1. 多部門共同參與模式

（1）內政部門：主管入出境管制、居家檢疫服務及追蹤事項，（2）外交部門：主管與國際組織聯繫、持外國護照者的簽證事項，（3）財政部門：主管國有財產的借用事項，（4）經濟部門：主管防疫物資供應的確保、工業專用港口的管制事項，（5）交通部門：主管機場與商港的管制措施、運輸工具的徵用事項，（6）環境保護部門：主管公共環境清潔、消毒及廢棄物清理事項，（7）農業部門：主管人畜共通傳染病的預防、漁港的管制措施事項，（8）勞動部門：主管勞動者的安全衛生及工作權益保障事項……多部門共同參與模式。

---

<sup>229</sup> *Id.* §5.

圖 3-2：台灣政府垂直整合組織的防疫體系



## 2. 跨部門協調會報機制<sup>230</sup>

中央主管機關於必要時，得邀集相關機關召開流行疫情處理協調會報，協調各級政府相關人員及資源，並監督地方主管機關，協助進行防治措施。

### (三) 基本人權保障制度

公共衛生防疫系統的運作上，政府權力的行使必然會影響到人民或當事人的權利受到限制或被剝奪，而衡量標準主要是基於為保全的公益與個人私益之間的利益衡量比較而取決出來的，但是，即使在發生有關國際公共衛生的緊急事件時（public health emergency of international concern），其採取的衛生行政措施仍不得脫離基本人權保障的憲政民主精神與核心價值內涵，也即是說某些基本人權的核心保障內涵是不可侵犯的客體，政府權

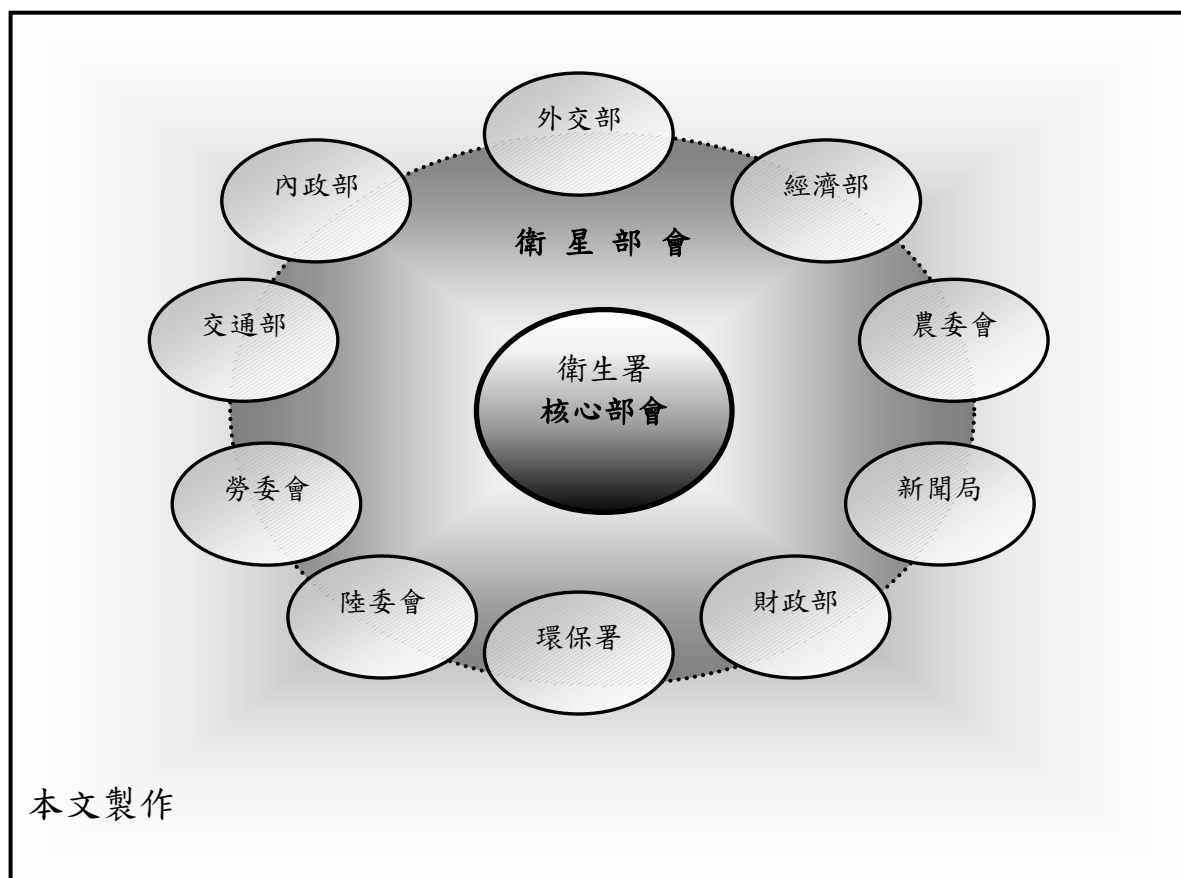
<sup>230</sup> *Id.* §16 .

力的行使必須謹慎為之。在 WHO 的《國際衛生條例》基本指導原則中，也明確地宣示「該國際條例的實施應該充分的尊重個人的尊嚴、人權及基本自由<sup>231</sup>。」

---

<sup>231</sup> *International Health Regulations IHR2005*, WHA58.3,§3.

圖 3-3：台灣政府水平整合組織的防疫體系



本法有些條文也確認了基本權保護的機制，以下將列舉之：

1. 病患個人資料的隱私權保護<sup>232</sup>

各級主管機關、醫療機構、醫事人員及因業務知悉的傳染病病患的姓名、病歷相關資料，不得洩漏。

2. 禁止差別待遇歧視原則<sup>233</sup>

對於感染傳染病病人、施予照顧之醫事人員、接受隔離治療者、居家檢疫者、集中檢疫者及其家屬之人格、合法權益，應予尊重及保障，不得予以歧視。以及非經上述之人同意，不得對其錄音、錄影或攝影。在於確

<sup>232</sup> 《傳染病防治法》，§10.

<sup>233</sup> *Id.* §11.

保病患本人及周遭人員的人格權及人性尊嚴，受到法律的保護，而不得差別性歧視。

### 3. 就學就業權利的保障<sup>234</sup>：

對傳染病病人非因公共防治要求，不得拒絕其就學、就業或予其他不公平之待遇。

## （四）傳染病監測及應變的核心能力

依據 IHR2005 第 5 條及附件一規定，「關於國家傳染病資訊監測及應變措施能力的要求，政府應當加強有關傳染病的疫情監測、報告、通報、查證及應變措施能力，並且在指定港埠進行衛生檢疫措施活動，以符合 IHR2005 的最低能力法定要求水平」，就此，本法相關條文也有相關的原則性宣示內涵：

### 1. 傳染病疫情監視預警機制

為了有效統合全國防疫資源，及時偵測傳染病流行疫情，發揮早期預警效果，中央主管機關應訂定傳染病通報流程、流行疫情調查方式，以從事通報資料之蒐集分析，健全傳染病流行疫情監視及預警、防疫資源系統<sup>235</sup>。

### 2. 傳染病指定醫療機構分級醫療制度

為隔離與留檢措施的病患，中央主管機關得指定醫療機構設傳染病隔離病房，中央主管機關為防範傳染病之傳染或蔓延，得實施傳染病病人分級醫療制度，並建立防治醫療網，以統籌運用醫療機構之相關設施及醫事

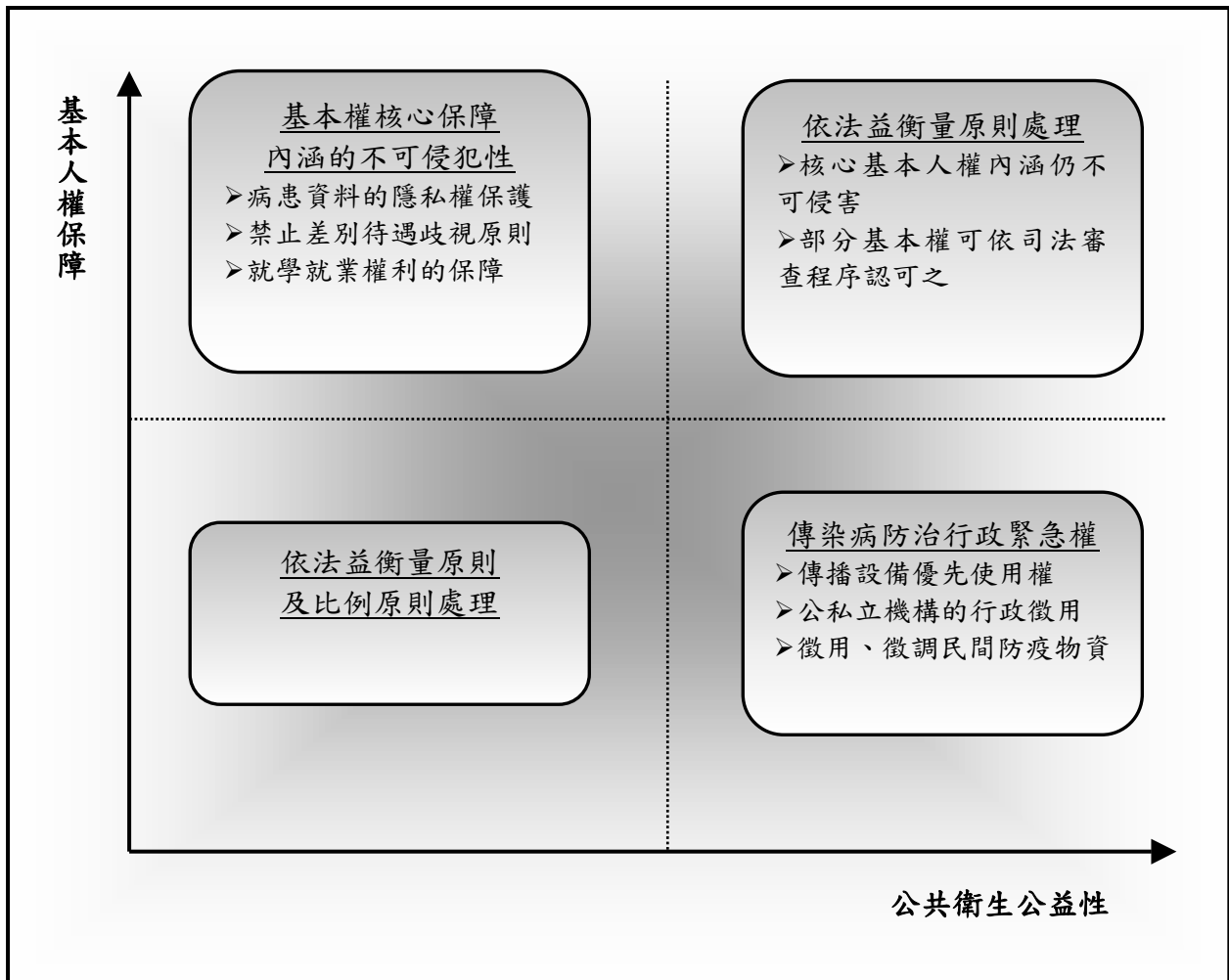
---

<sup>234</sup> *Id.* §12.

<sup>235</sup> *Id.* §26.

人力<sup>236</sup>。

圖 3-4：傳染病防治的公私法益衡量體系



本文製作

### (五) 傳染病法定檢疫措施

#### 1. 層級化防疫體系與檢疫通報流程<sup>237</sup>

<sup>236</sup> *Id.* §27.

<sup>237</sup> *Id.* §37.

當醫師診治病人或醫師、法醫師檢驗屍體，發現傳染病或疑似傳染病時，應視實際情況立即採行必要之感染控制措施，並通報方主管機關，

(1) 第一類、第二類傳染病：應於二十四小時內完成

(2) 第三類傳染病：應於一週內完成

(3) 指定傳染病及新感染症：依中央主管機關公告之期限及規定方式為之

並且，各級主管機關為因應防治需要，得要求醫療（事）機構、醫師或法醫師應限期提供傳染病病人後續之相關檢驗結果及治療情形，醫療（事）機構、醫師或法醫師不得拒絕、規避或妨礙。

## 2. 法定通報人員的擴張<sup>238</sup>

除了前述的醫師、法醫師等通報主體以外，本法又將通報主體的範圍擴大，強化通報網絡的全面化，因而（1）醫師以外的醫事人員執行業務時，（2）村（里）長、鄰長、村（里）幹事、警察或消防人員等，（3）病患親屬，（4）旅館、運輸工具、機關、學校、工廠等公共場所的負責人或管理人，（5）安養機構、養護機構、長期照護機構等人口密集群聚生活的場所負責人或管理人……等主體，都有通報的義務與責任。

## 3. 中央指定港埠的檢疫措施

為了防止傳染病傳入國內，中央主管機關可以實施相關檢疫措施，（1）入境許可的禁止：商請相關主管機關停止發給特定國家或地區人員之入國（境）許可或提供其他協助；已發給許可者，得予註銷，（2）防疫措施實施：對入境之特定國家或地區之人員，採行必要防疫措施，（3）禁止出境：為防止傳染病傳出境，於傳染病病人治癒前或有傳染之虞時，中央主管機關

---

<sup>238</sup> *Id.* §38-40.



得商請相關主管機關禁止其出境<sup>239</sup>。

#### 4.各級主管機關的檢疫措施

(1) 對前往疫區之民眾提供檢疫資訊、防疫藥物、預防接種或提出警示等措施，(2) 對於出、入國境之運輸工具及其所載人員、物品，得施行國際港埠檢疫，(3) 對防疫必要之處所或供公眾使用之運輸工具及其所載人員、物品，施行檢疫等措施<sup>240</sup>。

### (六) 對傳染病患的處理措施

#### 1.病患處置措施

(1) 對第一類傳染病患，應該強制或移送指定隔離治療機構施行隔離治療，(2) 第二、三類傳染病患，必要時，得強制或移送指定隔離治療機構施行隔離治療，(3) 對於指定傳染病或新感染症病患，由中央主管機關公告之<sup>241</sup>。

由於前述的強制或要求隔離治療措施，本質上屬於對病患人身自由的即時性強制措施，應該遵守法律保留、比例原則及基本權保障等憲政原則的要求，並遵守行政程序正義的法治民主要求，因此，依據行程序法第 95 到 97 條書面行政處分的要求，本法規定各級主管機關對傳染病病人施行隔離治療時，應於強制或移送之次日起三日內作成「隔離治療書面通知書」，送達本人或其家屬，並副知隔離治療機構。

---

<sup>239</sup> *Id.* §56.

<sup>240</sup> *Id.* §57.

<sup>241</sup> *Id.* §43.

## 2.行政隔離處分的解除與繼續<sup>242</sup>

受隔離治療者，經治療結果，無繼續強制隔離治療必要時，各級主管機關應即解除其強制隔離治療之處置，並且自解除之次日起三日內作成解除隔離治療通知書，送達本人或其家屬，並副知隔離治療機構。若該項強制隔離處分的治療期間已經超過三十日者，本質屬對病患人身自由重大的限制，為求公私益的平衡，地方主管機關應至遲每隔三十日另請二位以上專科醫師重新鑑定有無繼續強制隔離治療之必要，以求慎重。

### （七）傳染病防治的行政緊急權

有關傳染病防治法律體系的架構，在主體性的權利義務分配面向，客觀上是呈現不均衡的，主要是由於政府權力的緊急優先性及公民權利的受限制性上面。而政府權力的緊急優先性又主要體現在以下層面之上，在發生有關國際關注的公共衛生緊急事件上，政府可以限制、暫停某些公民基本權的行使，此時行政權已經呈現出一種主動、積極、靈活性的優先性特徵，相對地，此時公民將承擔比平時更多的法律義務來配合行政緊急權的行使，如前述的行政徵收、徵用、病患隔離處分及檢疫管制措施等。

而該行政緊急權的優先性之所以具備合法性的理由，是在於其所代表的公益性，也即是公共衛生行政管制措施本身，具有「目的公益性」，也因為緊急性的存在，將平常國家與公民之間的權利義務關係，重心偏向於國家機關的權力行使之上，以立即地控制傳染病的爆發擴散，將公共衛生危機的風險降低。但是，相對地，政府行政權力的優先性並不當然代表實質正義的喪失，也即是該公共衛生管制措施雖符合公益性，仍必須要符合「手

---

<sup>242</sup> *Id.* §44 .

段合理性原則」及「程序正當性原則」的基本要求，也只有當緊急權力行為的目的與手段之間具備合於比例的關連性時，並且緊急權力的程序正當要求，該緊急權行為才可以具備正當性。本法有關於公共衛生緊急權力行使的規定說明如下，

#### 1. 傳播設備優先使用權

中央流行疫情指揮中心成立期間，各級政府機關得依指揮官之指示，優先使用傳播媒體與通訊設備，報導流行疫情及緊急應變相關資訊。

#### 2. 公私立機構的行政徵用

中央流行疫情指揮中心成立期間，各級政府機關得依指揮官之指示，指定或徵用公、私立醫療機構或公共場所，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，對於因指定、徵用、徵調所受之損失，並應予相當之補償。

#### 3. 徵用、徵調民間防疫物資

中央流行疫情指揮中心成立期間，為迅速執行防疫工作，各級政府機關得依指揮官之指示，徵用或調用民間土地、工作物、建築物、防疫器具、設備、藥品、醫療器材、污染處理設施、運輸工具及其他經中央主管機關公告指定之防疫物資，並給予適當之補償。

#### 4. 聯合行為禁止的行政解除

中央流行疫情指揮中心成立期間，事業應各級政府機關依指揮官之指示徵用防疫物資之需要，所為協調、徵用及配銷防疫物資之行為，得不受公平交易法第十四條、商品標示法有關商品標示文字、標示方法及標示事項等規定之限制，主要是在解除民間防疫物資在流動配置上所會遇到的行政管制措施的解除，主要是聯合行為限制、商品包裝出售標示限制的解除。

##### (1) 國有財產的緊急借用

(2)中央流行疫情指揮中心成立期間，為防疫、安置病人或與其接觸者需要，各級政府機關得依指揮官之指示借用公有財產，不受國有財產法第四十條及地方公產管理法規有關規定之限制。各級政府機關借用公有財產時，管理機關不得拒絕。

表五：台灣傳染病法定檢疫流程

		重要事項	
<b>醫師通報事項</b>			
通報事由	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ 檢驗屍體，發現傳染病或疑似傳染病時</li> <li>▶ 傳染病患後續的檢驗結果及治療情形</li> </ul>		
初級通報者	醫師、法醫師→中央主管機關		
通報期限	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ 第一、二類法定傳染病：24 小時內</li> <li>▶ 第三類法定傳染病：7 天內</li> <li>▶ 指定及新型傳染病：依中央主管機關公告期限</li> </ul>		
<b>其他法定人員通報事項</b>			
法定通報人員	其他醫事人員	基層首長	公共行業負責人
通報事由	發現傳染病病患、疑似病患或因而致死的屍體	同左	同左
通報期限	立即	▶24 小時內	▶同左

通報對象	<ul style="list-style-type: none"> <li>➢ 醫師</li> <li>➢ 依醫師法定通報方式</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➢ 當地主管機關</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➢ 同左</li> </ul>
轉層通報	<ul style="list-style-type: none"> <li>➢ 醫師→中央主管機關</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➢ 地方主管機關→中央主管機關</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➢ 同左</li> </ul>
中央主管機關的檢疫衛生措施	<ul style="list-style-type: none"> <li>➢ 入境許可的禁止處分</li> <li>➢ 對疫區人員的檢疫衛生措施</li> <li>➢ 出境病患的禁止出境處分</li> </ul>		
各級主管機關的檢疫衛生措施	<ul style="list-style-type: none"> <li>➢ 對前往疫區之民眾提供檢疫資訊、防疫藥物、預防接種或提出警示等措施</li> <li>➢ 對於出、入國境之運輸工具及其所載人員、物品，得施行國際港埠檢疫</li> <li>➢ 對防疫必要之處所或供公眾使用之運輸工具及其所載人員、物品，施行檢疫等措施</li> </ul>		
對病患的衛生措施	<ul style="list-style-type: none"> <li>➢ 第一類傳染病：應該強制移送隔離治療→指定隔離治療機構</li> <li>➢ 第二、三類傳染病：具必要性時，可以移送隔離治療</li> <li>➢ 指定或新型傳染病：依中央主管機關公告</li> </ul>		
書面處分書通知效	<ul style="list-style-type: none"> <li>➢ 製作隔離治療書面通知書，送達本人或其家屬</li> <li>➢ 於強制或移送之次日起三日內</li> </ul>		
行政隔離處分解除事由	<ul style="list-style-type: none"> <li>➢ 受隔離治療者，經治療結果，無繼續強制隔離治療必要</li> </ul>		
解除處分書通知	<ul style="list-style-type: none"> <li>➢ 解除處分之日起 3 天內</li> </ul>		
行政隔離處分	<ul style="list-style-type: none"> <li>➢ 病患仍具有隔離治療之必要</li> </ul>		

的繼續事由	
審查期限及要件	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ 隔離處分期間超過 30 天者</li> <li>▶ 專科醫師重新鑑定繼續隔離之必要性</li> </ul>

本文製作

## (八) 傳染病流行疫情資訊的公開機制

將傳染病流行疫情的資訊全面、即時且正確地對公眾及媒體發佈公開是傳染病防治體系很重要的部分，且是一種公民知情權（Citizen's right to know）的體現，有利於緩和社會緊張。在民主法治國家中，公民知情權是公民可以對國家重要政策決策事務或者與公民權益密切關連的重大事件，具有瞭解知悉的權利。由於基於國民主權法理，公民是自我權利的主體，也是社會責任的主體，公民有權去監督有限政府(Limited government)的行為，因此公民知情權基礎便是對政府的公民監督權。因此，傳染病資訊的行政資訊公開機制，對傳染病防疫體系有其重大意義。本法關於行政資訊公開制度的規定，主要在以下層面，

### 1. 傳染病資訊的公開發佈

中央主管機關應適時發布國際流行疫情或相關警示的訊息，並且傳染病流行疫情、疫區之認定、發布及解除，由中央主管機關為之。但第二類、第三類傳染病，得由地方主管機關報請中央主管機關同意後為之<sup>243</sup>。

### 2. 傳染病訊息的正確性

醫師、醫療機構、學術或研究機構所屬人員發表之傳染病訊息有錯誤或不實之情形，經各級主管機關通知其更正者，應立即更正，或者傳播媒

<sup>243</sup> *Id.* §7.

體報導流行疫情與事實不相符合經各級主管機關通知其更正者，也應立即更正<sup>244</sup>。

本文將我國公共衛生有關法令規範彙整如下：

表六：我國傳染病防治相關法令

編號	位階	法令名稱	重點說明
1	法律	傳染病防治法	▶分別就公共衛生組織系統、傳染病防治體系、防疫、檢疫措施等層面規定之
2.	法律	動物傳染病防治條例	▶防治動物傳染病的發生傳染，分別以預防、防疫及檢疫層面規定之
3	命令	傳染病防治法施行細則	▶傳染病防治法的實施細節規定
4	命令	港埠檢疫規則	▶分別就船舶、航空器檢疫、旅客人員檢疫、船舶衛生文件提交、港區衛生環境及國內港埠檢疫等層面規定之
5	命令	醫療（事）機構傳染病感染管制及預防接種措施查核辦法	▶針對感染管制與預防接種衛生措施執行地醫療機構進行管控，並建置感染管控監測機制及溫度異常緊急應變處理機制的管理模式
6.	命令	傳染病流行疫情監視及預警系統實施辦法	▶建置完整性的傳染病流行疫情監視與預警系統，從事疫情通報資訊的蒐

<sup>244</sup> *Id.* §8-9.

編號	位階	法令名稱	重點說明
			集、整理、分析程序
7	命令	傳染病檢驗指定機構管理辦法	▶就傳染病檢體檢驗業務，衛生主管機關進行直接或申請指定的程序，以確保實驗室檢驗正確性
8	命令	傳染病隔離治療醫院指定辦法	▶就傳染病患的隔離治療或留檢衛生措施，衛生主管機關進行醫療機構的指定設施及資源的配置
9	命令	防疫資源管理系統實施辦法	▶就防疫物資建立的資料庫及儲備系統建立有效的管理運用系統，以因應公共衛生緊急準備需求
10	命令	處置傳染病媒介物補償辦法	▶針對傳染病媒介物的損失補償機制，由審議小組機制審理補償程序
11	命令	感染性生物材料管理及傳染病病人檢體採檢辦法	▶建立感染性生物材料的管控機制，如生物安全委員會或採取分級制生物材料區別管理模式
12	命令	傳染病危險群及特定對象檢查辦法	▶關於特定傳染病危險群及特定對象進行檢查的法定程序規定

本研究自製



## 第二節 SARS 對台灣公共衛生防疫體系的衝擊與省思

2002 年 11 月中國大陸廣東省首先開始傳出「嚴重急性呼吸道症候群」(Severe Acute Respiratory Syndrome, SARS) 的疫情，2003 年 2 月 SARS 受到 WHO 的正式確認，台灣於 2003 年 3 月爆發第一件境外移入感染的案例<sup>245</sup>，當時 SARS 疫情廣泛地引起台灣社會各階層的不安與恐懼，台灣面臨如此未知傳染疾病，不僅重創國內的公共衛生體系及醫療機制，並且對於傳染病防治應急系統形成極大的挑戰與困難。

因此我們不禁要問，政府的傳染病防疫體系及傳染病危機應急機制，對於 SARS 的衝擊是否能夠有效地因應與控制呢？並且依據防疫處理機制做出的行政作為能否通過自由憲政國家的行為合法性及適宜性的檢驗呢？這些種種，都將直接關係到 IHR2005 所強調的國家公共衛生核心能力建設的執行成效 (enforcement of national core capacities about public health)，也即是 IHR2005 第五條所陳述的發現、評估、通報及報告等，而建構起我國的國家傳染病防疫應變網絡。

關於 SARS 期間政府防疫相關措施所衍生的憲法爭議，密切關乎台灣邁向民主憲政國家的價值規範體系是否面臨鬆動與困難？本文將針對以下幾點分別分析之：

### 一、傳染病防疫權的垂直權限分配爭議

關於傳染病防疫權的垂直權限主導在於中央還是地方政府，牽涉到防疫權如何分配於中央與地方之間的憲法議題，我國學者有以下幾點見解：

#### (一) 中央與地方共同參與型

---

<sup>245</sup> 參見中國時報，2003 年 6 月 17 日，A3 版。

陳清秀教授認為，SARS 事件是具有全國一致性質的全國事件，並非僅是單純的地方事務，因此需要加強中央政府主管機關的指揮監督權；但是，陳教授又引用大法官釋字第五五〇號解釋<sup>246</sup>，推論出傳染病防治法也同時關係到地方居民健康，依憲法規定各地方自治團體有辦理衛生、慈善公益事項等照顧其行政區域內居民的義務，因此，地方政府也有共同參與防疫的權責，因此傳染病防治並非『中央專屬任務事項』，而應屬於『中央與地方共同任務事項』，地方政府也應該積極參與防疫工作，以維護居民健康<sup>247</sup>。

## （二）中央政府主導型

李建良教授認為，依傳染病防治法第二四條（2004 年修正前）規定<sup>248</sup>，相關防治措施由地方政府機關為之，惟「中央主管機關得直接指示地方主管機關辦理」，以為此立法政策容易造成權責不明，恐生爭議，如果遇有地方主管機關拒絕情形，中央主管機關得否代為處分，均非無疑<sup>249</sup>。

林明鏘教授認為，依傳染病防治法第四及十一條規定（2004 年修正前），「仍不脫『平時法制』上的基本原則區分，中央負責『政策規劃』，地方負責『執行實施』的基本架構，但是在緊急危機處理法制或者疫情處理

---

<sup>246</sup>釋字第五五〇號解釋文提到「國家推行全民健康保險之義務，係兼指中央與地方而言。又依憲法規定各地方自治團體有辦理衛生、慈善公益事項等照顧其行政區域內居民生活之義務，亦得經由全民健康保險之實施，而獲得部分實現。....」

<sup>247</sup>參見陳清秀，SARS 傳染病之疫情防治法制相關問題，台灣本土法學雜誌，49 期，2003 年 8 月，頁 49。

<sup>248</sup>修正前傳染病防治法第 24 條：「傳染病發生時，地方主管機關應視實際需要，會同有關機關，採行下列措施：一、限制或禁止上課、集會、宴會或其他團體活動。二、管制特定場所之出入，並限制其容納人數。三、管制疫區交通之一部或全部。前項措施，中央主管機關於必要時，得直接指示主管機關辦理，地方主管機關不得拒絕。」

<sup>249</sup>參見李建良，從正當法律程序觀點透析 SARS 防疫相關措施，台灣本土法學雜誌，49 期，2003 年 8 月，頁 95。

機制上，似宜以中央一條鞭式，以集中事權為宜<sup>250</sup>。……」

### （三）小結

關於政府垂直權限劃分事項，其標準則視其事件類型本質而定，本文認為，SARS 等重大傳染病疫情，事件本質具有全國一致性質且防疫措施需具備迅速有效結合行政資源特性以為因應，在兼顧憲法保障地方自治團體的制度性保障與國家整體防疫體系要求的調和下，宜以中央政府主導型為當，採取中央政府具直接指揮調度權，具政策規劃指定權限，而地方政府成為行政助手，具有政策執行權，一同來建構層級化的傳染病垂直防疫體系。

觀諸其他先進國家作法，日本藉由內閣府「危機對策本部」→內閣危機管理總監→內閣厚生勞動省（中央政府）→都道府縣（地方政府）等一系列的垂直整合系統來因應傳染病疫情。美國經歷“9-11 事件”之後，從原本體制為地方分權制的架構偏向中央集權的危機應急系統，依國土安全法案（Homeland Security Act）成立的國土安全部（DHS）及聯邦應急管理局（FEMA）等組織，也是為了能有效因應各種危機的威脅，以 DHS 統籌指揮危機應急資源網絡體系，逐漸將公共衛生治理（public health governance system）主軸往聯邦政府層次靠近。

可見得，SARS 的爆發以及擴散的國際化，使得不論是中央集權式或地方分權式國家，各國公共衛生治理系統（public health governance system）陷入崩解的危機，不得不去重新思考公共衛生體系改革的必要性，因此各先進國在面對國際重大傳染病事件時，都依法授權成立相對應的中央應急

---

<sup>250</sup>參見林明鏘，論 SARS 所生的行政法上法律關係，台灣本土法學雜誌，49 期，2003 年 8 月，頁 108。

處理組織並由中央統籌指揮調度防疫資源的分配事項。

我國傳染病防治法於 2004 年 1 月修正公布全文七十五條，同法第四條第一項第二款修訂為「地方主管機關依據中央主管機關訂定的傳染病防治政策、方針，....擬定執行計畫付諸實施，並報請中央主管機關備查。」同法第四款增訂為「辦理中央主管機關『指示』或『委辦』事項。」，及第三十五條第三項「第一項地方主管機關應採行之措施，於中央流行疫情指揮中心成立期間，應依其指揮官之指示辦理。」，地方政府既然是依照中央政府的指示或委辦授權執行防疫措施，其性質已經不具有政策規劃權限，而僅具有政策執行之權限，因而不是地方制度法第二條所謂的「自治事項」<sup>251</sup>，而是「委辦事項」<sup>252</sup>。既然地方政府所執行者是委辦事項，可見修法後的傳染病防治法已經採取「中央政府主導型」的防疫權類型，而不採「中央與地方共同參與型」類型，而以地方主管機關為中央政府的行政助手，具協助中央防疫措施的具體實施而成為「層級化國家防疫體系」。

同法第十七條新增為「中央主管機關....得報請行政院同意成立『中央流行疫情指揮中心』，統一指揮、督導及協調各級政府機關執行防疫工作....。」，是參照《災害防救法》第十三條<sup>253</sup>的「中央災害應變中心」機制運作而來的，總此，在我國修法後的體系建構，明確指出以中央政府為主導而地方政府政策執行的協助者分配角色，來因應傳染病疫情的爆發。

---

<sup>251</sup> 《地方制度法》第二條：「自治事項：指地方自治團體依憲法或本法規定，得自為立法並執行，或法律規定應由該團體辦理之事務，而負其政策規劃及行政執行責任之事項。」

<sup>252</sup> 《地方制度法》第二條：「委辦事項：指地方自治團體依法律、上級法規或規章規定，在上級政府指揮監督下，執行上級政府交付辦理之非屬該團體事務，而負其行政執行責任之事項。」

<sup>253</sup> 《災害防救法》第十三條：「重大災害發生或有發生之虞時，中央災害防救業務主管機關首長應立即報告中央災害防救會報召集人。召集人得視災害之規模、性質，成立中央災害應變中心，並指定指揮官。前項中央災害應變中心成立時機、程序及編組，由行政院定之。」

## 二、行政隔離措施與憲法人身自由保障的緊張關係

國內學者均一致地指出傳染病隔離措施與憲法第八條人身自由之間的關係，而在《嚴重急性呼吸道症候群防治及紓困暫行條例，簡稱暫行條例》第八條將隔離區分為居家隔離、隔離治療與集中隔離三類，而這三種隔離是否都屬於憲法第八條人身自由限制的範圍，而必須受到「法官保留」的憲法程序保障的限制呢？也就是，這些隔離類型是否都需經過法院的外部審查機制，而非單純僅由行政機關的內部決定即可生效？觀看國內學者的見解，其前提則在於憲法上「人身自由」的概念意涵到底為何？這個概念範圍的界定將直接影響到憲法第八條的客觀保障範圍。

### （一）廣義解釋論點

李建良教授引用吳庚教授的意見，認為人身自由就是身體活動的自由，凡是隨心所欲於任何時間前往任何地點，或任何時間不前往任何地點，均屬之<sup>254</sup>。而所謂「逮捕」是指以強制力將人的身體自由予以拘束，「拘禁」是指拘束人身自由，使其難以脫離一定空間，對於「拘禁」的解釋，應該以剝奪人身自由的實態予以觀察，至於其目的、方法、時間的久暫，則非所問，因此依李教授的見解，因為刑事犯罪追溯以外的的原因所造成的對人身體自由的拘束，都屬於憲法第八條所謂的「拘禁」，因而需要受到法官保留的程序規範<sup>255</sup>。

然而有爭議者，是李教授認為「居家隔離措施」不需經過法官保留，原因以為僅是課予人民居家不得外出的義務，也就是課予一個「不可替代

---

<sup>254</sup>參照李建良，前揭註文，頁 89。

<sup>255</sup>參照李建良，前揭註文，頁 89。

的不作為義務」，且違反者僅受到行政罰緩的處罰，尚未達到剝奪人身自由的程度，所以無法官保留的適用<sup>256</sup>。但是，林明鏘教授卻以為，居家隔離措施仍然是憲法第八條的人身自由限制，只是在比例原則的檢驗層次中被淘汰掉了而已<sup>257</sup>。

如同陳愛娥教授所指出者，以上論點有其容或有其爭議，林教授似乎跳躍過憲法第八條的程序檢驗，而直接以第二十三條的比例原則進行檢驗，這是否意味著憲法比例原則的寬鬆認定標準包含著憲法第八條的程序保障的放棄呢？李教授前述所以為的法官保留原則的有無是取決於剝奪人身自由的實態予以觀察，至於其目的、方法、時間的久暫，則非所問，何以又突然以「強制力」之有無作為檢驗標準？<sup>258</sup>

## （二）狹義解釋論點

另一說見解，陳英鈺教授認為，依大法官釋字第三八四號及五二三號解釋，憲法第八條第一項所稱「法定程序」，「是指凡限制人民身體自由之處置，不問其是否屬於刑事被告之身分，國家機關所依據之程序，需以法律規定，其內容更須實質正當，並符合憲法第二三條所定相關之條件。」，而憲法第八條第四項規定是指第二項及第三項規定之外，其他人民遭受「任何機關」非法逮捕或拘禁時的情況，其逮捕與與拘禁的目的與人民有犯罪嫌疑而進行逮捕拘禁者不同，對人身自由的侵害可能性較低，因此，憲法並不要求必須要在二十四小時之內交由法院審理，而僅以人民或他人得向

---

<sup>256</sup>參照李建良，前揭註文，頁 91。

<sup>257</sup>參見林明鏘，SARS 相關法律問題座談會發言，台灣本土法學雜誌，49 期，2003 年 8 月，頁 58-59。

<sup>258</sup>參見陳愛娥，疾病空制的憲法問題-以我國政府在 SARS 事件中的應變措施作為反省基礎，月旦法學雜誌，105 期，2004 年 2 月，頁 39。

法院請求，追究該逮捕拘禁行為的合法性<sup>259</sup>。

陳教授並以大法官釋字第三八四號解釋文林永謀大法官的協同意見書所指：「故就憲法第八條之整體言，應係針對「刑罰」，即刑事程序而為之規定，殆無疑義。是其第一項「法定程序」之不及於刑罰以外之剝奪身體自由之「行政程序」，據此尤無可疑。....然此種為達成行政目的之行政機關處分，若實質上具有刑事程序之性質者，雖非不得將之視同刑事程序；但究不能不問其形式與實質，即將憲法第八條第一項此一原則僅適用於刑事程序之法則，亦一概移之適用於「限制人民身體自由處置」之一切程序上。<sup>260</sup>」

依此推論，陳教授以為大法官在釋字第三八四號將憲法第八條的保護領域範圍擴大，「而不問其是否屬於刑事被告身份」，凡是構成人身自由的剝奪者，皆有第八條的適用....。因此第八條第一項前段的「司法或警察機關」也跟著做功能性的擴大解釋，而非僅是形式意義的警察機關<sup>261</sup>。」似乎我們可以歸納出，大法官原則上想藉由憲法第八條規範來演化出對人身自由的一般性保障規定，而非僅是單純地僅適用於刑事訴追「犯罪嫌疑人」的「逮捕」、「拘禁」行為。

若依上述見解，我們似乎可以得出傳染病隔離措施本質上是基於保護大眾生命健康安全以及傳染病預防風險所做出的行為，並非憲法第八條第一項所稱的「刑事處罰」，按其原始文義則無須經由法院審理之，而第一項至第三項所稱的「逮捕」、「拘禁」僅侷限在形式訴追所採取的人身自由限制措施，而指刑事訴追程序必須由「司法與警察機關」依「法定程序」為之

---

<sup>259</sup>參見陳英鈺，SARS 與人權保障-蛤蚧與疫情發佈的憲法界線，憲政時代，29 卷 3 期，2004 年 1 月，頁 410-411。

<sup>260</sup>參見陳英鈺，前揭註文，頁 410。

<sup>261</sup>參見陳英鈺，前揭註文，頁 411。

的範圍侷限。

### (三) 小結

本文以為面對「人身自由」概念意涵寬鬆化的認定時，將使得憲法第八條的程序保障過於浮濫，也唯有嚴謹地對人身自由的概念意涵進行憲法詮釋的理解，才能將真正需要憲法保障的基本權落入憲法涵射範圍之內，也就是藉由憲法第八條法官保留原則的目的性解釋，其目的在於對抗嚴重侵害基本權並欠缺即時權利救濟手段的行政措施，也就是當具有嚴重性及權利無法救濟性的人身自由限制，才能進入基本權客觀保障範圍。

大法官釋字第三八四及五二三號解釋的論述，擴大了其他行政機關（非形式司法與警察機關）對人身自由限制的法官保留程序要求。然有論者以為，隔離措施（非居家隔離）面對的是 SARS 疫情蔓延迅速，強制隔離需在第一時間為之，若要再經過法院審理程序，恐將擴大疫情防治時機，有害公共利益。

然而，需探究者是憲法第八條的法官保留檢驗，是否一定要在隔離傳染病疑似患者「之前」呢？還是在隔離處分「之後」也可以呢？依憲法第八條第二項「其逮捕拘禁機關應將逮捕拘禁原因，...並至遲於二十四小時內移送該管法院審問。」

且退後一步言之，依第四項「人民遭受任何機關非法逮捕拘禁時，其本人或他人得向法院聲請追究，法院不得拒絕，...」對於「其他機關」的逮捕拘禁，雖無二十四小時的法定期限，仍賦予當事人請求法官保留的餘地。而其法官「審問」，是否以法院親自審問為之？將影響隔離措施的成效甚大，因而若基於急迫性或特殊情勢者，應當可以法院書面審理為之，如此將可解決重程序而輕效率之結果。

再者，IHR2005 其基本原則中即明示對基本人權的尊重、人性尊嚴與自



由的保障<sup>262</sup>，在傳染病的檢疫方面，更體現了對旅客基本權的保障，如 IHR2005 第五部分第 23 條第 3 項：「.....未經旅客本人或其父母或監護人的『事先知情同意』，不得進行醫學檢查、疫苗接種、預防衛生措施等行為」、第 31 條第 1 項前段：「不得將侵入性醫學檢查、疫苗接種或其他預防措施做為旅客進入某個國家領土的條件....」及同條第 2 項 (a) 款<sup>263</sup>，國家基於公共法益及風險危急性的考量，縱使可藉由風險控管的手段迫使人民(旅客)接受侵入性醫學檢查措施，但 IHR2005 仍要求國家需依比例原則的手段目的之間的正當性考量，以侵入性及干擾性最小程度為之，以避免受檢者的身體法益被嚴重侵害。

何況，如前述之，憲法保障的人身自由是屬於一個人身為主體性所為的基本人權內涵，假若該隔離處分措施嚴重侵害者，基於基本權保護效用的理由，國家行政行為仍無法規避憲法第八條法官保留原則的檢驗。

觀諸其他先進國家的立法例，日本《檢疫法》對隔離措施規定行政審查(再審查)訴願程序保障機制<sup>264</sup>，當事人對於隔離處分異議時，可直接向厚生勞動大臣提起處分審查請求，而具有行政機關內部自我審查機制的功能，然而仍比不上進入法官保留的司法程序審查的外部性保障。有疑義者，是否日本隔離處分的行政內部審查機制目的有排除法官保留原則的適用呢？而不可再向司法機關請求處分不符的救濟程序？不無爭議。但藉由行政審查的機制，已可大幅降低不當風險的發生。

加拿大《檢疫法》(Quarantine Act of Canada) 針對人員隔離的程序保障程度較高，並區分「傳染性及接觸性疾病」(Medical examination for infectious

---

<sup>262</sup> See IHR2005, 第 3 條第 1 項：「本條例的執行應充分尊重人的尊嚴、人權及基本自由。」

<sup>263</sup> See IHR2005, 第 31 條第 2 項(a)款：「若有證據顯示存在危急的公共衛生危害，則締約國根據其國家法規並出於控制此危害的必要，可強迫旅客接受侵入性及干擾性最小，但可達到公共衛生目的的醫學檢查。」

<sup>264</sup> 參見日本《檢疫法》，§16-2。

or contagious disease) 及「危險性疾病」(Medical examination for dangerous disease) 兩類，當傳染病疑似患者被拘留 (detention) 時，檢疫官 (Quarantine officer) 應當履行「告知義務」，告知被拘留者拘留理由 (detention reason) 及可提起拘留復議請求權 (appeal against detention)，並且拘留令超過四十八小時的隔離時，此時對人身自由侵害性嚴重，因此必須進行法官保留程序，由檢疫官將拘留令狀呈報衛生部長 (the Health Minister) 之後，由衛生部長在令狀做出後四十八小時之內提起上訴法院的審理程序 (the Minister application)，並由法院審理拘留令的判決<sup>265</sup>。

衡諸各國對隔離措施的法定構成要件與程序制度保障的規範，面對行政主管機關的隔離處分，可能違法或嚴重瑕疵者，人民依然可以即時向法院請求隔離處分的合法性救濟。

### 三、我國傳染病應變防治法律體系的建構

IHR2005 修訂關切議題之一便是擴大「國際關切的公共衛生緊急事件」(public health emergency of international concern) 的涵射範圍，主要包括(1) 透過國際傳播的疾病構成對其他國家的公共衛生威脅者，(2) 可能需要採取協調一致的國際應對措施者<sup>266</sup>，也藉由附件二「評估與通報可能構成國際關切的公共衛生緊急事件決策文件」將法定通報疾病的範圍擴大，亦即將規範對象擴充到現存的、突發的、與未來的嚴重傳染病，以及其他影響全球健康的生物及化學物質或核放射材料等原因導致的自然發生、意外或故意使用的國際公共衛生議題都涵射在內。

也因此 WHO 利用 IHR2005 的規範強調國家公共衛生治理的能力建設

---

<sup>265</sup> *Quarantine Act of Canada*, R.S., 1985, c.Q-1, §13。

<sup>266</sup> See IHR2005, §1。

(capability construction of national public health governance)，尤其是國際關切的公共衛生緊急事件的應急反應能力 (national emergency response and preparedness capability) 除直接牽涉到傳染病防疫之成效成功與否，更包括傳染病以外的化學污染、核能災害等國際緊急事件的能否被及時有效的處理，因此 IHR2005 附件一 B 項中，便明白指出「對於可能構成國際關切公共衛生緊急事件的應變能力要求」<sup>267</sup>，以其締約國能在指定時間之內，具備因應這些災難的能力。

總此，國家如何對國際關切的公共衛生緊急事件建構應變防治法律體系，以有效進行公共衛生緊急嚴重事件的應急機制運作，才可能讓國家公共衛生治理系統成功運作，避免政府失靈現象 (government failure) 的產生，便為締約國在 IHR2005 之下的重要工作之一。

我國雖非 IHR2005 的締約國之一，但也以相關國內規範來符合 IHR2005 的要求，以共同參與處理涉及國際公共衛生的緊急事件；就我國的情況而言，由於現行規定中，處理傳染病議題與其他類型災害的主管機關與法律規範皆有所不同 (如下所述)，而這樣的體制，在 2003 年 SARS 期間，就曾因為 SARS 的嚴重疫情對我國當時的傳染病防治應急法制的妥當性及完整性形成制度的挑戰與衝擊。就直接關連者，計有《傳染病防治法》、《災害防治法》等機制，以及為因應此一緊急情況制訂的《SARS 暫行條例》。然而，由於各項法律之間似乎缺乏有效的連結機制，主管機關之間彼此不太相同，在縱向或橫向的機制上，將可能因為整合上的空隙，而造成傳染病防治應急上的漏洞。

諸如有爭議者，在於 SARS 期間造成人民重大災害損失，此時可否援引《災害防救法》加以規範補充？中央主管機關似乎採取否定說，認為傳染

---

<sup>267</sup> See IHR2005, Annex 1, B.2, *For responding to event that may constitute a public health emergency of international concern*。

病並非該法所定義的「災害」範圍，故不符合該法的構成要件而無法適用，所以當時就以另外制訂特別法的形式（SARS 暫行條例）予以規範之<sup>268</sup>。

這樣的認知，在 IHR2005 生效之後是否仍應維持不變，或需有所調整？便為我國欲配合 IHR2005 以同步發展時，首先需要探討的體制面議題。關於此點，本研究分別從以《災害防救法》為我國因應 IHR2005 的基本母法，內政部為「統合機關」，衛生署（或疾病管制局）為業務主管機關的論點；以及保持以《傳染病防治法》為主軸，衛生署（或衛生署疾病管制局）為主管機關的論點，分別評析，以供主管機關參酌。

### （一）以《災害防救法》為主導法規

如前所述，IHR2005 規範對象已擴大到其他影響全球健康的生物及化學物質或核放射材料等原因導致的國際公共衛生議題都涵射在內，而依《災害防救法》第二條所定義的「災害」，主為「自然原因災害」<sup>269</sup>及「人為原因災害」<sup>270</sup>兩類，且其用語「...等災害」是採取例示概括規定，並參照同法第三條六款又規定「其他災害」，而有別於同條第一款至第五款的災害類型，依類型化區分原則可以表示出除了該法的例示災害類型之外，尚有第六款的概括條款存在，因而傳染性疾病或者生化學物質、核放射原料等因素的事件都可以涵括在本法適用範圍之內。由此可知，IHR2005 所處理的各類「國際關切公共衛生緊急事件」，在本質上應屬於該法第二條第一項第二款所謂的「人為災害」範圍相當；相對之下，《傳染病防治法》所處理的議題就僅限於傳染病的防制與控管。

<sup>268</sup> 關於中央主管機關的見解，可參照陳清秀，前揭註文，頁 44。

<sup>269</sup> 《災害防救法》第二條第一項第一款：「風災、水災、震災、旱災、寒害、土石流災害等天然災害」。

<sup>270</sup> 《災害防救法》第二條第一項第二款：「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災害。」。

事實上，加拿大《緊急狀態法案》(Emergencies Act)也將「傳染疾病」列入該法第五條(b)款的「公共福利緊急事件」(public welfare emergency)範圍之內<sup>271</sup>，而可以啟動加拿大有關公共福利事件的緊急應變系統。這似乎顯示由《災害防救法》作為IHR2005處理「國際關切公共衛生緊急事件」的啟動機制，並非絕不可行。

然容有爭議者，是為何一定要透過《災害防救法》的啟動機制呢？災害防救系統與運作措施與傳染病防治應急系統方面之間應該如何連結？或兩者之間應該獨立性運作呢？

「國際關切公共衛生緊急事件」的傳染疾病本身，經歷過SARS對全世界國家社會系統的衝擊教訓，且嚴重破壞社會系統的有效運作的事實，顯示出傳染病透過國際間快速傳播，已經是區域化甚至是全球化之間所必須謹慎面對的議題，也因此傳染病防治議題不但是醫療衛生系統的問題，更是整體社會宏觀系統的問題。

直接透過《災害防救法》作為啟動機制可能有的優點是，可以藉用在這個領域所建構起來的各類型防救機制與經驗，如災害防治計畫、災害預防、重建處理及災害防救組織運作等機制，將傳染病災害導入國家災害防救系統中運作與規範，或許對我國傳染病防治體系與相關災難防救體系的運作、調和之間，會有一定的效益。在這種作法之下，雖然每類型的災害各有其特殊性，政府仍可以針對傳染性疾病的特殊性制訂各別的「措施性法律」<sup>272</sup>，以補充適用《災害防救法》之不足。

---

<sup>271</sup> See *Emergencies Act of Canada*, R.S., 1985, c.22, §5: “public welfare emergency” means an emergency that is caused by a real or imminent: (b) disease in human beings, animals or plants.”

<sup>272</sup> 針對措施性法律一詞，主要見於大法官釋字第三九一解釋理由書及五二〇號解釋文中，其意涵主要是為了解決某種特殊狀態或因應暫存現象問題所制訂的法律，其是針對特定的事物類型，而並非針對個人或特定事物所制訂的權宜性法律措施，《SARS 暫行條例》即為措施性法律。

依據我國《災害防救法》第三條第六款規定：「各種災害之防救，……六、其他災害：依法律規定或由中央災害防救會報指定之中央災害防救業務主管機關，……負責指揮、督導、協調各級災害防救相關行政機關及公共事業執行各項災害防救工作。」因此，假若將 IHR2005 所處理的各類「國際關切公共衛生緊急事件」類型納入《災害防救法》體系之中，當疫情爆發並規模龐大時，衛生署（或衛生署疾病管制局）將為此事件的業務主管機關，具有實施、指揮、督導及協調各行政機關進行防疫應急系統的權限，統籌由衛生署（或疾病管制局）來統籌國家防疫資源的運用。而另依同法第四條規定，內政部將成為「啟動」國家災難緊急應變系統的統合機關，而非業務主管機關，因而國家災難防救或傳染病防疫系統是否啟動之權責，將由內政部負責，如此的水平權限分配，原則上並不會侵犯到專業主管機關衛生署（或疾病管制局）的政策決定權（policy decision-making）及政策執行權（policy implementation）。

然而，IHR2005 所處理的各類「國際關切公共衛生緊急事件」類型有多樣性的特徵，其《災害防救法》原本的防治規範或許有不足之處，此時即可依本法第一條第二項：「災害之防救，本法未規定者，適用其他法律之規定。」，以類如《傳染病防治法》或《SARS 暫行條例》以補充之。

另外從比較法制觀點論之，美國及加拿大政府對傳染病防治應急的法律機制比較類似這種模式，茲分析如下：

#### A. 美國政府應急管理法律機制 (Legal system of emergency management)

美國對於緊急事件應急管理法制系統，包括了對一般性緊急事件的處理、對災難的緊急處理、重大災難的宣佈、緊急處理中政府及其他組織的

角色與義務；而美國应急管理法制的主要立法，包括 1950 年的《斯坦福法案》(又稱《災害救助和緊急援助法案》)(The Stafford Disaster Relief and Emergency Assistance Act, Stafford Act)<sup>273</sup>，於一九八八年《災害救助和緊急援助法案》修訂後<sup>274</sup>，就提供了聯邦政府公權力施行之法源依據，來針對因災害及其他需聯邦政府介入之重大災難事件提供聯邦協助，並進一步確保公共衛生、財產及安全等，在災難的處理過程中，就組織而言，美國重要的应急管理機構，包括聯邦应急管理局 FEMA，美國國土安全部 DHS，美國衛生及公共服務部 HHS、美國疾病控制與預防中心 CDC 等。

美國的公共衛生应急管理系統是依照「聯邦應急計畫」(Federal response plan, FRP)運作的，其法律依據便是前述的《災害救助和緊急援助法案》(Disaster Mitigation Act of 2000)<sup>275</sup>，該法案授權美國總統就以下情況發生時，(1) 災情超過州及地方政府可應變處理能力時(2) 州政府主動要求聯邦政府協助時(3) 美國總統正式宣告此災害為重大災害(major disaster)，依史塔福法案(The Stafford Act)授權執行協助救災職權，可以聯邦機關資源介入援助州及地方政府的災害應管理事務<sup>276</sup>。

因而 FRP 計畫將聯邦政府與州、地方政府之間彼此連結成一個完整的应急管理系統<sup>277</sup>，當啟動 FRP 計畫時，計畫項下的「緊急支援職能」(Emergency support function, ESF)將一併同時被啟動應急支援系統，而「醫

---

<sup>273</sup> See Public Law 100-707。

<sup>274</sup> See Public Law 93-288。

<sup>275</sup> See Public Law 106-390, 2000 年修正法案為「Disaster Mitigation Act」，並針對部分內容修訂之。

<sup>276</sup> See *An Overview of U.S. Public Health System*, CRS report for Congress, 2005, pp.6-8。

<sup>277</sup> See *Disaster Mitigation Act*, Public Law 106-390, §§ 5131. *FEDERAL AND STATE DISASTER PREPAREDNESS PROGRAMS*, (a) The President is authorized to establish a program of disaster preparedness that utilizes services of all appropriate agencies and includes。

療衛生服務」(Health and medical service)是屬於ESF8<sup>278</sup>，因此我們可以得知美國有關公共衛生緊急事件的管理系統，是融合在FRP計畫裡的，而不僅僅只是ESF8的單純醫療衛生服務而已，在其他ESF項目之下也同時有醫療服務的需求，其對於災害应急管理是採取整體系統性的運作，並將垂直整合（聯邦—州—地方）及水平整合（政府各機關之間）化為應急系統的運作，並藉由ESF8的「國家災難醫療系統」(National disaster medical system, NDMS)來加以處理傳染病的緊急處理。

史塔福法案(The Stafford Act)對「災害」(disaster)的定義仍然偏向於「自然災害」及「人為災害」的兩類型<sup>279</sup>，並採取例示概括原則，其判斷基準則在於該災害是否嚴重造成美國公共利益、人民生命、財產及安全的損失而定，因而傳染病的爆發，美國政府可以依此法案啟動相關应急管理計畫的措施。

#### B.加拿大应急管理法律機制 (Legal system of emergency management)

總體論之，從《緊急狀態法案》(Emergencies Act)<sup>280</sup>和《緊急事件準備法案》(Emergency Preparedness Act)<sup>281</sup>的規定，可以看出加拿大政府關於緊急事件应急管理法律體系對緊急事件(Emergencies)的定義和類型區

---

<sup>278</sup> See FRP and ESF8, [http://library.findlaw.com/1992/Apr/1/127810.html#Scene\\_1](http://library.findlaw.com/1992/Apr/1/127810.html#Scene_1)。

<sup>279</sup> See *Disaster Mitigation Act*, Public Law 106-390, § 5122. *DEFINITIONS*, "Major disaster" means any natural catastrophe (including any hurricane, tornado, storm, high water, winddriven water, tidal wave, tsunami, earthquake, volcanic eruption, landslide, mudslide, snowstorm, or drought), or, *regardless of cause*, any fire, flood, or explosion, in any part of the United States, which in the determination of the President causes damage of sufficient severity and magnitude to warrant major disaster assistance under this Act to supplement the efforts and available resources of States, local governments, and disaster relief organizations in alleviating the damage, loss, hardship, or suffering caused thereby. °

<sup>280</sup> See R.S., 1985, c.22. °

<sup>281</sup> See R.S., 1985, c.6. °



分<sup>282</sup>，以及應急管理的法定程序以及管理機構及其職能。加拿大應急管理法制的特色主要包括有：緊急事件的預防，緊急事件的準備，緊急命令的宣告，緊急命令的相關措施程序，命令的修改、延期和撤銷，財政援助計畫，及國會監督等主軸<sup>283</sup>。

### C. 小結

從美國及加拿大關於 IHR2005 「國際關切的公共衛生緊急事件」的應急管理法律系統分析裡，可以得知先進國家的公共衛生應急法制趨勢及共通點如下：

#### 1. 應急管理法律規範的統一化、體系化

具有一部統一的緊急事件管理法律，通常規範宣佈緊急狀態權力的行使主體、程序規定、對公民權利的限制以及權利救濟教示規定等內容。它是有關公共衛生緊急事件應急法制領域中的“基本法”，除了統一的緊急狀態法案以外，另外也針對各種類型具體的緊急情況制定了各類措施性法律。

#### 2. 機構人員的專門化、專業化

政府設置專門的應急管理組織機關，如美國的國土安全部之下的聯邦應急管理局 FEMA 及加拿大聯邦衛生部（Public health agency of Canada）之下的「應急準備及反應中心」（Center for emergency preparedness and response, CEPR）。並且從聯邦政府到州（省）政府之間也都設置了專責機關處理之。

#### 3. 政府應急管理運作行為具備法律系統的規範與程序要求

從兩國應急管理實踐中可以發現，公共衛生緊急事件應急管理的措施行

---

<sup>282</sup> See *Emergencies Act*, §3 and 5, *National emergency definitions* .

<sup>283</sup> 有關加拿大應急管理法制特色，請參照本文在加拿大部分所為之介紹分析。

為都有相應的法律規範作為依據和準則，政府各機構所制定的政策措施須有議會的立法作為根據，這有利於保證緊急事件應對處理措施的合法性與正當性基礎。從立法的結構看，主要是包含政府機構處理公共衛生緊急事件的權力來源、權力內容、行使權力的程序性要求、對公民基本權的限制和權利救濟、國會的監督權等。如美國《國土安全法案》(Homeland Security Act of 2002)、《加拿大緊急狀態法案》(Emergencies Act)、《加拿大緊急事件準備法》(Emergency Preparedness Act)等規定。

## (二) 以《傳染病防治法》為主導法規

雖然美國、加拿大以較高層級或統合機制管理國家相關災難與公共衛生議題，但這並不表示《傳染病防治法》不適合作為因應 IHR2005 的國內主要規範。支持這項作法的原因包括 IHR2005 處理的「國際關切的公共衛生緊急事件」雖然包括傳染病以外的化學、核能等災難，但如仔細分析 IHR2005 的相關規定，可以發現這整部法規還是圍繞著傳染病議題的國際管控而發展的，而對化學、核能等災難的處理，只在部份條款涵蓋到，加上從歷史分析，IHR 原本就是為了因應傳染病而發展的，因此如能由主管傳染病議題的衛生主管機關以及《傳染病防治法》作為因應 IHR2005 的主管與國內法源，不論從歷史脈絡，或議題的主體性而言，似乎都較為合宜。

否則只因為 IHR2005 提及化學、核能等災難，便由內政部與《災害防救法》作為主管機關與因應法規，而漠視在 IHR2005 之下，一般日常通報處理的議題絕大都是和傳染病相關的業務的事實，似乎有點捨本逐末。換言之，在這種主張的優點在於直接明白規範統籌主管管轄機關，組織之間的權責分明，系統運作可以簡單化，並大幅提升專業性與有效性等優勢。

另一方面，美國、加拿大的處理模式雖然與我國現制不同，但這並不代表他們運作的模式在我國一定適用，畢竟一項機制的的作用，除了制度設計（institution design）之外，更包括這個機制之外的制度環境（institutional environment），如各主管機關平時的整合管道、橫向互動機制與合作默契等行政文化因素等的影響。

儘管如此，現行規定並非沒有制度風險(institutional risk)，否則 SARS 期間就不會出現主管機關與法規適用等等的爭議。例如，《傳染病防治法》與《災害防救法》都屬於普通法，並無特別優先普通的原則，因此一旦發生傳染病以外的化學或核能等國際緊急情況，如何透過衛生主管機關與《傳染病防治法》來「啟動」《災害防救法》的系統，並與內政部、環保署、原能會等部會合作，以共同透過 IHR2005 建議的管理措施，處理這類議題，便為需要審慎規劃的議題。

另一方面，在《傳染病防治法》之下，相較於《災害防救法》，所能運用的機制與國內資源，或許為較為有限，雖然衛生主管機關與 WHO 互動關係與默契或許能成為一項正面的國際資源，但二者之間該如何平衡，特別是對於傳染病以外的「國際關切的公共衛生緊急事件」類型的因應上。

在這種管理模式之下，一種可能可以使得《傳染病防治法》延伸到其他類型的緊急事件的作法，是在《傳染病防治法》中直接增訂「準用」條款，就類似事務，可直接準用《災害防救法》部分規範的構成要件要素；這種立法模式，並不是為了區分法規之間的從屬關係，而是為了行政效率與權宜，以提供嗣後法源依據。

就準用的法學方法而言，舉例言之，有關家庭暴力保護令狀的準用議題，我國《家庭暴力防治法》則採「概括準用」之方式，於本法第十九條第二項規定：「保護令之程序，除本章別有規定外，準用非訟事件法有關

規定。非訟事件法未規定者，準用民事訴訟法有關規定。」，就再審事件而言，《家庭暴力防治法》及《非訟事件法》都無相關規定，依該法第十九條第二項概括準用之規定，保護令事件裁定自得準用民事訴訟法第五百零七條規定，得以申請再審。（最高法院九十年度第十三次民事庭會議決議）

另一種作法是直接修定《傳染病防治法》，將對於傳染病以外的相關「國際關切的公共衛生緊急事件」的啟動、預防、救援、復建等災害防救程序規定，直接參照《災害防救法》部分規定，修入《傳染病防治法》中。這種作法雖然可使我國《傳染病防治法》的規範範圍符合 IHR2005 的範圍，但可能發生的爭議則是《傳染病防治法》將變得名不符實，且衛生主管機關的權利與責任範圍是否因而被擴大，而與其他行政單位重疊，並引發權限劃分的爭議，便值得進一步研議。

再者，由於 IHR 之主要目的在管理國際間之公共衛生議題，其主要體系可分為平時之監控系統與控管措施，以及發生「有關國際公共衛生的緊急事件」時之特別因應措施與緊急狀況通報系統，且相關措施之採行，多以跨國性議題為主；相對而言，國內之傳染病防治相關規範係以國內之安全為規範目標，故相關規範並不涉及國際通報等跨國性議題，且主要之規範重點除對於入境與過境之管理外，多集中對國內事務或國人之安全管理。因此，如全面將 IHR 之規範重點直接導進國內關於傳染病防治與控管之相關規定中，似也未必妥當。

### 第三節 港埠檢疫規則與 IHR 的比較分析

本文前述有關於我國公共衛生相關的法令規範系統中，對照於新修訂的 IHR2005 規定直接有關連性者，主要是表現在 IHR2005 第十九條至四十一條，也就是第四部分「入境港埠」的檢疫規範<sup>284</sup>，而我國直接有關的規範即是《港埠檢疫規則》，本法規命令本身於 2006 年 5 月經修訂公布全文四十二條，其中修訂目的即有配合 IHR2005 的趨勢進行內容調整，本文將就兩個檢疫規範之間的異同以及仍有調整之必要的部分，進行規範整體的對照與分析，並以下表呈現之；在「建議說明」欄中，《港埠檢疫規則》簡稱「本規則」，而「備註」欄中，以○表示該條規定恐與 IHR2005 有所爭議；◎則表二者之間應無爭議：

表七：港埠檢疫規則與 IHR 的分析比較

港埠檢疫規則	IHR	建議說明	備註
§5 國際港埠的應變能力要求 國際港埠應設委員會或工作小組，協調各目的事業主關機關，以確保該港埠具備以下能力： 一、提供旅客適宜醫療服務。 二、提供安全環境，包	§22 主管當局的作用 附件一 A. 監測及應變的核心能力要求 B. 指定機場、港口及陸地過境點的核心能力要求 1. 隨時 2. 應變可能構成國際	□本規則法第五條與 IHR 第 19 條(a)款及 22 條相符合。 □IHR 附件 1.B 對此的要求則較細密，分為「隨時」與「突發情況」兩類分別規定。 □除本規則第五條所列工作能力之外，在「隨時」尚包括需有能調動設備和人員，	○

<sup>284</sup> See IHR2005, Part Points of entry, art. 19 to 41.

港埠檢疫規則	IHR	建議說明	備註
<p>括飲水、病媒管制。</p> <p>三、對可能構成國際關注的公共衛生突發事件得即時為適切之應變。</p>	<p>關注的公共衛生突發情況的事件</p>	<p>以便將患病的旅客運送至適當的醫療設施。</p> <p>□在「突發狀況」要求則更為複雜，包括對疑似感染旅客之評估或隔離、調動專用防護服等，而第五條僅以「得及時為適切之應變」一語，似乎較為概括，在實際運作時，恐易引發爭議。</p>	
<p>§6 檢疫單位的衛生措施施行</p> <p>檢疫單位得視疫情實際需要，採行下列衛生措施</p> <p>一、 設檢疫站，對人員、物品、郵包、行李、屍體、貨櫃、貨物及船舶、航空器等運輸工具施行衛生措施。</p> <p>二、 將感染傳染病或疑似傳染病之人員及接觸者相關資</p>	<p>§22 主管當局的作用</p> <p>§23 到達及離境時的衛生措施</p> <p>§25 過境船舶及飛機</p> <p>§27 受感染交通工具</p>	<p>□本規則與 IHR 第 22,23,25,27 條相符合。</p> <p>□本規則第 1 款屬於第 23 條的一般規定。</p> <p>□本規則第 2 款和第 25,27 條相關。</p> <p>□本規則第 3 款，依據 IHR 第 27 條屬於受感染交通工具的實施行為，而本款並未說明適用的時機點，兩者並不一致，恐生爭議。</p>	<p>○</p>

港埠檢疫規則	IHR	建議說明	備註
<p>料，傳送其居住地衛生主管機關辦理追蹤防治事項。</p> <p>三、<u>督導船舶、航空器等運輸工具</u>之所有人、管理人、駕駛人或代理人(以下簡稱負責人)，施行必要之環境消毒或病媒防治措施。</p>			
<p>§7 <u>運輸工具的檢疫</u></p> <p>船舶、航空器等運輸工具，除下列情形外，應予施行檢疫：</p> <p>一、供軍用者。</p> <p>二、僅航行於國內港埠間者。</p> <p>三、<u>無人員上下與貨物裝卸之過境船舶、航空器</u>。</p>	<p>§25 <u>過境的船舶及飛機</u></p> <p>(c) 在該締約國管轄的機場過境的飛機，但可限制飛機停靠在機場的特定區域，不得上下人員和裝卸貨物。然而，在主管當局監督下應當允許任何此類飛機添加燃料、水、食物和供應品。</p> <p>§26 <u>過境的民用卡車、</u></p>	<p>□本規則第二、三款和 IHR25,26 條相符合。</p> <p>□在沒有人員上下與貨物裝卸之過境船舶、航空器情況下，不需實施檢疫措施。</p>	<p>◎</p>

港埠檢疫規則	IHR	建議說明	備註
	<p>火車及客車</p> <p>不得對來自非疫區並在無人員上下和裝卸貨物的情況下通過領土的民用卡車、火車或客車採取衛生措施。</p>		
<p>§9 船舶進港的檢疫程序</p> <p>自國外進港之船舶，……由船長委託船舶公司或代理行號向檢疫單位通報下列事項，申請審查：</p> <p>七、<u>抵達前十日內</u>，有無發現人員感染疾病或死亡及其詳情。</p> <p>八、<u>抵達前十日內</u>，發現不明原因之動物死亡情形。</p> <p>§14 船舶進港檢疫的提</p>	<p>§37 海事衛生證明書</p> <p>船長在到達締約國領土的第一個停靠港口前應當查清船上的健康情況，而且除非締約國不要求，否則船長應當在船舶到達後，或到達之前，填寫<u>海事健康申報單</u>，並提交給該港口的主管當局；如果帶有船醫，<u>海事健康申報單</u>則應當有後者的副簽。</p> <p>§38 航空器總聲明書的衛生部分</p> <p>飛機機長或其代表在飛</p>	<p>□本規則第 9,14,27,28 等條的規定，與 IHR 第 37,38 及附件 8,9 等相關。</p> <p>本規則第 9,14,27,28 等條主要在規範船舶進港的檢疫程序及提交文件等，但並沒有提及航空器的部分。</p> <p>□不知立法目的是採取類推適用的法理，還是也適用 IHR 第 38 條航空器總聲明書的衛生部分，採取附件 9 的示範格式。</p> <p>□附件 8 要求最近 30 天停靠的港埠名單及離港日期，而本規則第 9 條只要求 10 天，</p>	○



港埠檢疫規則	IHR	建議說明	備註
<p>示文件</p> <p>船舶進港後，應檢具下列文件，向檢疫單位完成進入港埠檢疫手續...</p> <p>§27 船舶衛生管制證明書或免于管制證明書的核發</p> <p>船舶應保持衛生安全，並向檢疫單位申請核發船舶衛生管制或免于衛生管制證明書...</p> <p>§28 衛生管制證明書的申請延期</p> <p>船舶.....其負責人得申請展延衛生管制或免于衛生管制證明書之有效期間一個月。</p>	<p>行期間...應當盡其所能填寫並向該機場的主管當局提交飛機總申報單的衛生部分，</p> <p>附件 8</p> <p>海事衛生證明書的示範格式</p> <p>附件 9</p> <p>航空器衛生總聲明書的衛生部分</p>	<p>較為寬鬆，在適用上應該沒有太大爭議，但對於我國傳染病保護的措施相對較低，則需審慎。</p>	
<p>§10 港埠檢疫評估能力不足的處理措施</p>	<p>§28 入境港埠的船舶及飛機</p>	<p>□本規則第 10 條 II 規定與 IHR 第 28 條 I 但書相符合。</p>	<p>○</p>

港埠檢疫規則	IHR	建議說明	備註
<p>II 前項運輸工具經港埠檢疫單位評估後，無法處理時，得要求該運輸工具負責人將其駛至指定港埠。</p>	<p>I 但 .....但是，如果入境口岸不具備執行本條例規定的衛生措施的能力，可命令船舶或飛機在自擔風險的情況下駛往可到達的最近適宜入境口岸，</p>	<p>□ 但有疑義者，本規則第 10 條 IHR 檢疫單位要求離境的前提要件：因，「客觀檢疫措施」無法處理時，和 IHR 第 28 條的「不具執行衛生措施（health measures）的能力」兩者間的要件內容是否一致，需進一步確認，以免發生爭議。</p>	
<p>§12 對受污染交通工具的衛生措施 船舶、航空器等運輸工具經檢查有受污染或疑似受污染情事時，檢疫單位應採行下列措施.....</p>	<p>§27 受感染的交通工具 如果根據公共衛生危害的事實和證據發現交通工具艙記憶體在著臨床跡象或症狀和情況（包括感染和污染源），主管當局應當認為該交通工具受染，並可採取.....</p>	<p>□ 本規則第 12 條對交通工具所採取的衛生措施，與 IHR 第 27 條相符合。</p>	◎
<p>§17 對人員的檢疫措施 檢疫單位得要求入、出國（境）人員，配合下列事項： 三、接受醫學檢查。 四、接受疫苗接種或其</p>	<p>§31 與旅客入境有關的衛生措施 I 不得將侵入性醫學檢查、疫苗接種或其他預防措施作為任何旅行者進入某個締約國領土的</p>	<p>□ 本規則採取的衛生措施，如「醫學檢查」、「疫苗接種或其他預防措施」、「檢體採集送驗、送醫治療或其他檢疫措施」等衛生措施，相當於 IHR 第 31 條的醫學檢</p>	○

港埠檢疫規則	IHR	建議說明	備註
<p>他預防措施。</p> <p>五、接受檢體採集送驗、送醫治療或其他檢疫措施。</p>	<p>條件。</p> <p>II 如果締約國按本條第 1 款要求旅行者接受醫學檢查、疫苗接種或其他預防措施，<u>而旅行者本人不同意採取任何此類措施或拒絕提供第二十三條第 1 (1) 款提及的資訊或檔，.....若有證據表明存在危急的公共衛生危害</u>，則締約國根據其國家法規<u>並出於控制此危害的必要</u>，可強迫旅行者接受或根據第二十三條第 3 款建議旅行者接受：</p> <p>(1) <u>侵入性和干擾性最小、但可達到公共衛生目的的醫學檢查</u>；</p> <p>(2) <u>疫苗接種或其他預防措施</u>；或</p> <p>(3) <u>預防或控制疾病傳播的其他常用的衛生措</u></p>	<p>查、疫苗接種等侵入性 (invasive)、干擾性 (intrusive) 措施。</p> <p>□ 實施這些侵入性措施的前提要件是必須具備「緊急性」及「必要性」，存在危急的公共衛生危害 (imminent public health risk) 及有控制的必要時 (necessary to control the risk)。</p> <p>□ 其立法目的在於限縮地主國家採取侵入性措施的範圍，以尊重人權，但本規則第 17 條並沒有此前提規定，恐有不妥。</p>	

港埠檢疫規則	IHR	建議說明	備註
	施，包括隔離、檢疫或讓旅行者接受公共衛生觀察。		
<p>§19 對人員檢疫前的書面告知義務</p> <p>檢疫單位施行第十七條第一項措施時，應以書面告知；對外籍人士施行居家檢疫、集中檢疫或隔離治療措施時，並應通知該國駐台機構。</p> <p>§20 對旅客的待遇</p> <p>檢疫單位執行檢疫措施時，……，應視需要提供其食物、飲水、衣服、住處、通訊工具、醫療服務或其他適當之協助。</p>	<p>§23 III 侵入性措施的事前告知同意</p> <p>未經旅行者本人或其父母或監護人的事先知情同意，不得進行本條例規定的醫學檢查、疫苗接種、預防或衛生措施</p> <p>§32 旅客的待遇</p> <p>在實行本條例規定的衛生措施時，締約國應當以尊重其尊嚴、人權和基本自由的態度對待旅行者，並儘量減少此類措施引起的任何不適或痛苦，其中包括……</p>	<p>□本規則第 19,20 條規定和 IHR 第 23,30,32 等條精神相符合，符合對個人基本人權的保障措施。</p> <p>□基於對個人身體自主權及健康權的基本權保障下，對旅客的侵入性衛生措施，原則上應該事先告知本人獲得同意，才可實施。</p>	◎
<p>§21 對無公共衛生危害的旅客待遇</p>	<p>§30 接受公共衛生觀察的旅客</p>	<p>□本規則第 21 條與 IHR 第 30 條精神相符合。</p>	◎

港埠檢疫規則	IHR	建議說明	備註
<p>旅客於入境時已接受相關之檢疫措施，經評估並不構成直接公共衛生危害，檢疫單位得准許其繼續國際旅行，必要時並得委由運輸工具負責人通知該人員預定抵達下一港埠之相關單位。</p>	<p>如在抵達時接受公共衛生觀察的可疑旅行者不構成直接的公共衛生危害，而締約國將其預期到達的時間通知入境口岸的主管當局（如知道），則該旅行者可允許繼續國際旅行。該旅行者在抵達後應報告該主管當局。</p>		
<p>§22 旅行業負責人的協助義務</p> <p>旅行業代表人、導遊或領隊，應依各級主管機關之要求，配合辦理下列事項.....</p>		<p>□本條增訂有關旅行業者應該配合檢疫的事務，IHR 並沒有相關規定，但因為此類措施所欲達到的效果，與 IHR 精神一致，應無爭議。</p>	◎
<p>§23 交通工具負責人的協助義務</p> <p>船舶、航空器等運輸工具之負責人，應督促所屬或相關人員配合辦理</p>	<p>§24 交通工具營運者</p> <p>締約國應當採取符合本條例的一切可行措施，確保交通工具運營者：</p> <p>(1) 遵守世衛組織建議</p>	<p>□本條規定與 IHR 第 24 條及附件 4,5 等規定相符合。</p>	◎

港埠檢疫規則	IHR	建議說明	備註
<p>下列事項：</p> <p>一、<u>執行各級主管機關公告之檢疫事項。</u></p> <p>四、<u>保持運輸工具無感染或污染源，包括無病媒與病源窩藪。</u></p> <p>五、<u>配合各級主管機關疫情調查防治需要，提供相關資料。</u></p> <p>六、<u>滯港船員、機組人員或旅客疑似傳染病就醫之通報，並於其就醫後將醫院診斷證明書送至檢疫單位。</u></p>	<p>並經締約國採納的衛生措施；</p> <p>(2) <u>告知旅行者世衛組織建議並經締約國採納的艙內衛生措施；並</u></p> <p>(3) <u>經常保持所負責的交通工具無感染或污染源（包括媒介和宿主）狀態。如果發現有感染或污染源的證據，需要採取相應的控制措施。</u></p> <p>附件 4</p> <p>對交通工具和交通工具營運者的技術要求</p> <p>附件 5</p> <p>針對病媒傳播疾病的特定措施</p>		
<p>§24 <u>個人資料的保護</u></p> <p>各級主管機關對於因檢疫而蒐集之個人資料，應保守秘密並匿名處理。</p> <p>各級主管機關為評估與</p>	<p>§45 <u>個人資料的處理</u></p> <p>I 締約國.....<u>收集或收到的、涉及身份明確或可查明身份的個人的健康資訊，應保守秘密並匿名處理。</u></p>	<p>□本條與 IHR 第 45 條規定相符合。</p> <p>□基於保護個人隱私權，原則上不得洩漏之，但是基於比例原則的要求，若個人資料的處分目的及保護利益大</p>	<p>◎</p>

港埠檢疫規則	IHR	建議說明	備註
<p>管理公共衛生危害，得處理與提供前項個人資料，但應以能確保符合檢疫目的方式為之。</p>	<p>II 締約國為了評估和管理公共衛生危害，可透露和處理個人資料，但締約國(根據國家法律)和世衛組織必須確保個人資料：</p> <p>(a) 得到公平、合法處理；並且不以與該目的不一致的方式予以進一步處理；</p> <p>(b) 與該目的相比充分、相關且不過量；</p> <p>(c) 準確且在必要時保持最新；必須採取一切合理措施確保刪除或糾正不準確或不完整的資料；</p>	<p>於個人資料隱私的保護時，則例外可為之，但行為的階段目的間必須具有合理的關連存在，因此，本條第二項及 IHR 第二項都以比例原則的衡量來規範個人資料的保護行為。</p>	
<p>§26 海事衛生證明書自國外進港之船舶，申辦入港手續時，其檢附之海事衛生聲明書應由船長填寫並簽名；如該船舶置有船醫，並應經</p>	<p>§37 海事衛生證明書 ( maritime declaration of health )</p> <p>船長在到達締約國領土的第一個停靠港口前應當查清船上的健康情</p>	<p>□本條與 IHR 第 37 條規定相符合。</p>	<p>◎</p>

港埠檢疫規則	IHR	建議說明	備註
<p>船醫副署。</p>	<p>況，而且除非締約國不要求，否則船長應當在船舶到達後，或到達之前（如果船舶有此配備且締約國要求事先提交），填寫海事健康申報單，並提交給該港口的主管當局；如果帶有船醫，海事健康申報單則應當有後者的副簽。</p>		
<p>§34 港埠內機關衛生措施的執行義務</p> <p>港埠內各機關(構)應維持港埠區域內衛生安全，並應執行或配合相關衛生措施。</p> <p>各目的事業主管機關應督導辦理前項所規定之事項。</p>	<p>§22 主管當局的作用</p> <p>主管當局應當：</p> <p>(a) 負責檢測從受染地區離開或到達的行李、貨物、集裝箱、交通工具、物品、郵包和骸骨，以便其始終保持無感染或污染源（包括媒介和宿主）的狀態；</p> <p>(b) 儘量切實可行地確保旅行者在入境口岸使用的設施維持合乎衛生</p>	<p>□本條規定與 IHR 第 22 條規定相符合。</p>	<p>◎</p>



港埠檢疫規則	IHR	建議說明	備註
	的狀態並保持無感染或 污染源（包括媒介和宿 主）；		

本文製作

（○：表本條規定恐與 IHR2005 有所爭議；◎：表與 IHR2005 規定相符合）

## 第四章 結論與建議

透過文獻回顧、法條比較與政府組織分析等研究方法，本研究呈現出三個重點，第一章，分析與探討了 IHR2005 的新制，相對於 IHR1969 的改變，以及對於國際防疫體系建構之意義；第二章則透過美國、加拿大、日本與韓國的傳染病防治法規、公共衛生治理結構與組織分工體系的分析與整理，呈現出各國關於公共衛生議題處理機制與特色，並作為第三部分進一步分析的基礎。

第三章除分析了我國的傳染病防治體系之外，並分別藉由 IHR2005 與美國、加拿大、日本與韓國等國的規範特色，以 IHR2005 之內國法化與國內因應模式為探討焦點，分析我國公共衛生體系下的相關議題，包括在憲法層次的人權議題、面對 IHR2005 擴大公共衛生議題之後的跨機構整合與法規競合、以及我國現行規範與 IHR2005 的相容度。

這個部分的分析，分別為對我國現制對於國際關切的公共衛生風險議題的組織與分工的內部問題，以及「港埠檢疫條例」與 IHR2005 相關規定的比較兩部分。對前者，本研究首先建議，關於中央及地方政府在傳染病議題的分工，應透過垂直權限劃分相關責任事項，其標準則視其事件類型本質而定。例如，當發生的「國際關切的公共衛生緊急事件」，是如同 SARS 等重大傳染病疫情時，因為事件本質具有全國一致性質，且防疫措施需具備迅速有效結合行政資源特性以為因應，故在兼顧憲法保障地方自治團體的制度性保障與國家整體防疫體

系要求的調和下，宜以中央政府主導型為當；採取中央政府具直接指揮調度權，具政策規劃指定權限，而地方政府成為行政助手，具有政策執行權，一同來建構層級化的傳染病垂直防疫體系。

其次，IHR2005 基本原則中明示對基本人權的尊重、人性尊嚴與自由的保障，在傳染病的檢疫方面，更體現了對旅客基本權的保障，例如，IHR2005 仍要求國家需依比例原則的手段目的之間的正當性考量，以侵入性及干擾性最小程度為之，避免受檢者的身體法益被嚴重侵害。在涉及因為防疫的需求而限制人身自由時，如果對於「人身自由」概念意涵過於寬鬆化的認定，將使得憲法第八條的程序保障過於浮濫，因此，在相關規範運作之時，需要將憲法保障的基本權落入憲法涵射範圍之內，也就是當發生具有嚴重性及權利無法救濟性的人身自由限制，才能進入基本權客觀保障範圍尋求救濟。

關於 IHR2005 在國內的對應規範，本研究分別分析以《傳染病防治法》、《災害防治法》作為對應規範的可行性分析，並援引第二章分析所得，以美國、加拿大的相關規定作為論證基礎。鑑於這個部份涉及各主管機關內部的運作模式、橫向互動與整合的機制與文化、專業性與主從性等複雜議題，故本研究對此一議題之分析，僅止於利弊分析，而未提出具體主張。

最後，關於「港埠檢疫條例」與 IHR2005 相關規定的比較，本研究（表六：港埠檢疫規則與 IHR 的分析比較）指出目前我國的相關規定，有部份與 IHR2005 之間有所出入，且在執行上可能引發爭議，例如：以第 5 條關於國際港埠的應變能力要求與附件 1.B 比較，後者對應變能力的要求較細密，分為「隨時」與「突發情況」兩類，並分別

有不同的細節要求；相對而言，而第 5 條僅以「得及時為適切之應變」一語，似乎較為概括，在實際運作時，恐引發爭議。其次，第 6 條關於檢疫單位的衛生措施施行，對照 IHR 第 27 條明白用於受感染交通工具的實施行為，並未說明適用的時機點，兩者並不一致；在第 9 條，船舶進港的檢疫程序中，要求最近 10 天停靠的港埠名單，而 IHR2005 附件 8 則要求最近 30 天停靠的港埠名單及離港日期，我國規定較為寬鬆，在適用上應該沒有太大爭議，但此一規定似乎對於我國傳染病保護的措施相對較低，則需審慎；第 10 條關於港埠檢疫評估能力不足的處理措施中，要求離境的前提要件為因「客觀檢疫措施」無法處理時，和 IHR 第 28 條的「不具執行衛生措施（health measures）的能力」兩者間的要件內容是否一致，需進一步確認。在第 17 條對人員的檢疫措施中，並未如 IHR2005 第 31 條限縮地主國家採取侵入性措施的範圍，以尊重人權，故恐有不妥。

關於以上事項，僅供主管機關參酌。最後，本研究擬分別將結案報告的三章重新整理之後，嘗試改寫為法學專論，分別探討 IHR2005 的發展與爭議，以及我國與各國防疫體系與災難防治體系的比較等，以作為本研究的衍生產物。

## 參考文獻

### 一、期刊

李建良，從正當法律程序觀點透析 SARS 防疫相關措施，台灣本土法學雜誌，49 期，2003 年 8 月。

林明鏘，論 SARS 所生的行政法上法律關係，台灣本土法學雜誌，49 期，2003 年 8 月。

陳英鈴，SARS 與人權保障-蛤蚧與疫情發佈的憲法界線，憲政時代，29 卷 3 期，2004 年 1 月。

陳清秀，SARS 傳染病之疫情防治法制相關問題，台灣本土法學雜誌，49 期，2003 年 8 月。

陳愛娥，疾病空制的憲法問題-以我國政府在 SARS 事件中的應變措施作為反省基礎，月旦法學雜誌，105 期，2004 年 2 月。

An Overview of U.S. Public Health System, CRS report for Congress (2005) .

David P. Fidler , Constitutional outlines of public health's "New world order", 77 Temp. L. Rev. 247 , Summer (2004) .

Public health crisis: the legal framework , Report for Congress, The law library of Congress,(2003).

Setsuko Aoki, *International Legal Cooperation to Combat Communicable Diseases: Increasing Importance of Soft Law Frameworks*, Vol 1:2 Asian Journal of WTO & International Health law and Policy, 543, 550(2006).

### 二、網路資源

World Health Organization WHO, <http://www.who.int/en/>

日本

內閣官房 <http://www.cas.go.jp/index.html>

內閣府。 <http://www.cao.go.jp/>

厚生勞動省 MHLW, <http://www.mhlw.go.jp/>

首相官邸相關政策會議， <http://www.kantei.go.jp/jp/singi/index.html>

國家傳染病研究所 NIID， <http://www.nih.go.jp/niid/index.html>

國家傳染病監測中心 IDSC， <http://idsc.nih.go.jp/index-j.html>

## 美國

城市醫療反應系統 MMRS, <https://www.mmrs.fema.gov/default.aspx>

疾病控制預防中心 CDC, <http://www.cdc.gov/>

國土安全部 DHS, <http://www.dhs.gov/dhspublic/>

衛生及公共服務部 HHS, <http://www.hhs.gov/>

衛生資源服務部 HRSA, <http://www.hrsa.gov/>

聯邦應急計畫 FRP, [ttp://library.findlaw.com/1992/Apr/1/127810.html#Scene\\_1](ttp://library.findlaw.com/1992/Apr/1/127810.html#Scene_1)

聯邦應急管理局 FEMA, <http://www.fema.gov/index.shtm>

## 加拿大

聯邦應急準備與反應中心（Center for Emergency Preparedness and Response  
（CEPR））

應急準備、規劃及培訓辦公室（Office of Emergency Preparedness, Planning &  
Training）

應急服務辦公室（Office of Emergency Response Services）

實驗室安全辦公室（Office of Laboratory Security）

公共衛生安全辦公室（Office of Public Health Security）

管理及行政服務辦公室（Office of Management and Administrative Services）

災害金融援助計畫 DFAA,

<http://www.psepc-sppcc.gc.ca/prg/em/dfaa/index-en.asp>

政府應急營運協調中心 GEOCC,

[http://ww3.psepc-sppcc.gc.ca/info\\_pro/fact\\_sheets/general/EM\\_gov\\_em\\_op\\_e.a](http://ww3.psepc-sppcc.gc.ca/info_pro/fact_sheets/general/EM_gov_em_op_e.a)  
sp

省級應急措施機構 EMO,

<http://www.gov.ns.ca/EMO/AbsPage.aspx?siteid=1&lang=1&id=1>

應急準備與反應中心 CEPR, <http://www.phac-aspc.gc.ca/cepr-cmiu/>

聯合應急準備計畫 JEPP,

<http://www.psepc-sppcc.gc.ca/prg/em/jcpp/index-en.asp>

關鍵基礎設施保護及應急準備辦公室

OCIPEP <http://strategis.ic.gc.ca/epic/internet/inict-tic.nsf/en/it07619e.html#top>

### 南韓

保健福祉部 MOHW, <http://english.mohw.go.kr/index.jsp>

國家保健院 KCDC, <http://english.mohw.go.kr/index.jsp>

檢疫局 NQS, <http://nqs.cdc.go.kr/english/>

### 台灣

衛生署, <http://www.doh.gov.tw/cht/index.aspx>

疾病管制局, <http://www.cdc.gov.tw/>

### 三、相關法規

《International Health Regulations 1969, IHR1969》

《International Health Regulations 2005, IHR2005》

### 日本

《內閣府設置法》,平成 11 年法律第 89 號

《內閣法》,昭和 22 年法律第 5 号

《地域保健法》,平成 13 年法律第 153 号。

《厚生労働省設置法》,平成 17 年法律第 108 号。

《感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律》(傳染病預防及針對傳染病患者之醫療相關法律),法律第 150 號

《檢疫法》,平成 15 年法律第 145 号。

### 美國

Code of Federal Regulations(CFR),《foreign quarantine》Title 42,Charter1, Part 71,1996.

《Homeland Security Act of 2002》(國土安全法案),Public Law 107-296 .

《Public Health Service Act 2001》,42 USC Sec.243.

《Public health service act 1973》(公共衛生服務法案),29 USC 794.

《The Stafford Disaster Relief and Emergency Assistance Act 1974(Stafford Act)》(災害救助及緊急援助法案),Public Law 93-288

### 加拿大

《Emergencies Act》(加拿大緊急狀態法案),R.S.,1985,c.22(44th Supp.) .

《Emergency Preparedness Act》(加拿大緊急事件準備法),R.S., 1985, c.6 (4th Supp.) .

《Quarantine Act》(加拿大檢疫法),R.S.,1985,c.Q-1.

《Quarantine Regulations》(加拿大檢疫規則),Q-1—C.R.C.,c.1368.

### 南韓

《 》(The Quarantine Act), Law No.7063 of 2004.

《 》(The Prevention of Contagious Disease Law), Law No.6556 of 2001.

### 台灣



《地方制度法》  
《災害防救法》  
《防疫資源管理系統實施辦法》  
《動物傳染病防治條例》  
《處置傳染病媒介物補償辦法》  
《港埠檢疫規則》  
《傳染病危險群及特定對象檢查辦法》  
《傳染病防治法》  
《傳染病防治法施行細則》  
《傳染病流行疫情監視及預警系統實施辦法》  
《傳染病隔離治療醫院指定辦法》  
《傳染病檢驗指定機構管理辦法》  
《感染性生物材料管理及傳染病病人檢體採檢辦法》  
《醫療（事）機構傳染病感染管制及預防接種措施查核辦法》

## 附錄

### 與本研究相關的學術文章資料庫(From 2000 to 2006 )

NO.	Author	Paper Title	Source
<b>From 2004 to 2006</b>			
1	Aginam, Obijiofor.	Between isolationism and mutual vulnerability: A south-north perspective on global governance of epidemics in an age of globalization.	2004, 77 Temp. L. Rev. 297.
2	Arshagouni, Paul	Symposium: Global health and wellness: A response to international health threats: AN introduction to medical issues posed by international health threats in a legal framework.	2004, 12 Mich. St. J. Int'l L. 199.
3	Blum, John D.	Symposium: Global health and wellness: A response to international health threats: Law as development : Reshaping the global legal structures of public health.	2004, 12 Mich. St. J. Int'l L. 207.
4	Burris, Scott, Jeffrey L. Dunoff.	Symposium: SARS, public health, and global governance : Article: Introduction to the symposium on SARS, public health , and global governance.	2004, 77 Temp. L. Rev. 143.
5	DeLisle, Jacques	Symposium: SARS, public health, and global governance : Article: Atypical pneumonia and ambivalent law and politics: SARS and the response to SARS in China.	2004, 77 Temp. L. Rev. 193.
6	DeMaria, Jr, Alfred.	Globalization of Infectious Diseases: Questions Posed by the Behavioral, Social, Economic and Environmental Context of Emerging Infections,	2004, 11 New Eng. J. Int'l & Comp. L. 37.
7	Fidler David P.	Caught Between Paradise and Power: Public Health, Pathogenic Threats, and the Axis of Illness,	2004, 35 McGeorge L. Rev. 45.
8	Fidler David P.	Constitutional outlines of public health's "New world order "	2004, 77 Temp. L. Rev. 247.
9	Gostin, Lawrence O.	Health of the People: The Highest Law?,	2004, 32 J.L. Med. & Ethics 509.
10	Gostin, Lawrence O.	Pandemic Influenza: Public Health Preparedness for the Next Global Health Emergency,	2004, 32 J.L. Med. & Ethics 565.
11	Gostin, Lawrence O.; Gravelly, Steven D.; Shakman, Steve, Howard Markel, and Cetron, Marty (Moderator).	Concurrent session: Building emergency legal preparedness : Quarantine: Voluntary or Not?,	2004, 32 J.L. Med. & Ethics 83.

<b>NO.</b>	<b>Author</b>	<b>Paper Title</b>	<b>Source</b>
12	Gruskin Sofia.	IS THERE A GOVERNMENT IN THE COCKPIT: A PASSENGER'S PERSPECTIVE OR GLOBAL PUBLIC HEALTH: THE ROLE OF HUMAN RIGHTS	2004, 77 Temp. L. Rev. 313.
13	Jost, Timothy Stoltzfus	THE LAW-MEDICINE CENTER 50TH ANNIVERSARY SYMPOSIUM: THE FIELD OF HEALTH LAW: ITS PAST AND FUTURE: Comparative and International Health Law	2004, 14 Health Matrix 141.
14	Milne, Christopher-Paul.	Racing the Globalization of Infectious Diseases: Lessons from the Tortoise and the Hare,	2004, 11 New Eng. J. Int'l & Comp. L. 1.
15	Rothstein, Mark A.	SYMPOSIUM: SARS, PUBLIC HEALTH, AND GLOBAL GOVERNANCE: ARTICLE: ARE TRADITIONAL PUBLIC HEALTH STRATEGIES CONSISTENT WITH CONTEMPORARY AMERICAN VALUES?	2004, 77 Temp. L. Rev. 175.
16	Seamone, Evan R.	The Precautionary Principle as the Law of Planetary Defense: Achieving the Mandate to Defend the Earth Against Asteroid and Comet Impacts While There is Still Time,	2004, 17 Geo. Int'l Env'tl. L. Rev. 1.
17	Sell, Susan K.	THE QUEST FOR GLOBAL GOVERNANCE IN INTELLECTUAL PROPERTY AND PUBLIC HEALTH: STRUCTURAL, DISCURSIVE, AND INSTITUTIONAL DIMENSIONS,	2004, 77 Temp. L. Rev. 363.
18	Sohn, Myongsei; Jason Sapsin, Elaine Gibson, and Gene Matthews (Moderator)	CONCURRENT SESSION: BUILDING EMERGENCY LEGAL PREPAREDNESS: Globalization, Public Health, and International Law,	2004, 32 J.L. Med. & Ethics 87.
19	Taylor, Allyn L.	Governing the Globalization of Public Health,	2004, 32 J.L. Med. & Ethics 500.
20	Wang, Ruotao,	SYMPOSIUM: SARS, PUBLIC HEALTH, AND GLOBAL GOVERNANCE: ARTICLE: CHINA'S RESPONSE TO SARS,	2004, 77 Temp. L. Rev. 149.
21	Alfred DeMaria, Jr.	Globalization of Infectious Diseases: Questions Posed by the Behavioral, Social, Economic and Environmental Context of Emerging Infections	2004, 11 New Eng. J. Int'l & Comp. L. 37
22	Obijiofor Aginam	Globalization of Infectious Diseases, International Law and the World Health Organization: Opportunities for Synergy in Global Governance of Epidemics	2004, 11 New Eng. J. Int'l & Comp. L. 59

<b>NO.</b>	<b>Author</b>	<b>Paper Title</b>	<b>Source</b>
23	Allyn L. Taylor	Governing the Globalization of Public Health	2004,32 J.L. Med. & Ethics 500
24	Bruce Ackerman	The Emergency Constitution	2004,113 Yale L.J. 1029
25	Richard A. Epstein	In Defense of the "Old" Public Health: The Legal Framework for the Regulation of Public Health	2004,69 Brooklyn L. Rev. 1421
26	Bishop David.	Note: Lessons from Sars: Why the Who Must Provide Greater Economic Incentives for Countries to Comply with International Health Regulations,	2005, 36 Geo. J. Int'l L. 1173.
27	Byrne, David.	Is There a Lawyer in the House: The Law of Global Public Health,	2005, 33 J.L. Med. & Ethics 19.
28	Gostin, Lawrence O.	World Health Law: Toward a New Conception of Global Health Governance for the 21st Century,	2005, 5 Yale J. Health Pol'y L. & Ethics 413.
29	Johnson, Vincent R. and Bagley Brian T.	BOOK REVIEW: Fighting Epidemics with Information and Laws: The Case of SARS in China,	2005, 24 Penn St. Int'l L. Rev. 157.
30	Meier, Benjamin Mason and Mori, Larisa M.	THE HIGHEST ATTAINABLE STANDARD: ADVANCING A COLLECTIVE HUMAN RIGHT TO PUBLIC HEALTH,	2005, 37 Colum. Human Rights L. Rev. 101.
31	Sapsin, Jason; Kimball, Ann Marie, and Fidler, David (Moderator)	CONCURRENT SESSION: E. CROSS-CUTTING PUBLIC HEALTH AND LEGAL ISSUE: International Trade Agreements: Vehicle for Better Public Health?,	2005, 33 J.L. Med. & Ethics 111.
32	Smith II, George P.	Human Rights and Bioethics: Formulating a Universal Right to Health, Health Care, or Health Protection?	2005, 38 Vand. J. Transnat'l L 1295.
33	George P. Smith, II	Human Rights and Bioethics: Formulating a Universal Right to Health, Health Care, or Health Protection?	2005,38 Vand. J. Transnat'l L. 1295
34	Barbara von Tigerstrom	The Revised International Health Regulations and Restraint of National Health Measures	2005,13 Health L.J. 35
35	Lawrence O. Gostin, J.D., LL.D.	World Health Law: Toward a New Conception of Global Health Governance for the 21st Century	2005,5 Yale J. Health Pol'y L. & Ethics 413

<b>NO.</b>	<b>Author</b>	<b>Paper Title</b>	<b>Source</b>
36	By Jamie Crook	Balancing Intellectual Property Protection with the Human Right to Health	2005,23 Berkeley J. Int'l L. 524
37	GAIL H. JAVITT, J.D., M.P.H.	Symposium: "ELIMINATING LEGAL, REGULATORY, AND ECONOMIC BARRIERS TO BIODEFENSE VACCINE DEVELOPMENT": ARTICLE: Old Legacies and New Paradigms: Confusing "Research" and "Treatment" and Its Consequences in Responding to Emergent Health Threats	2005,8 J. Health Care L. & Pol'y 38
38	David Zocchetti, Martin Fenstersheib, Thomas J. Balint, Jr., and Ernest B. Abbott	Building public health emergency legal preparedness : Public Health Emergency Law	2005,33 J.L. Med. & Ethics 66
39	Edward P. Richards, Scott Burris, Richard P. McNelis, and Eric Hargan (Moderator)	CONCURRENT SESSION: C. BUILDING PUBLIC HEALTH EMERGENCY LEGAL PREPAREDNESS: Quarantine Laws and Public Health Realities	2005,33 J.L. Med. & Ethics 69
40	Diane S. Mackey, Kay S. Palmer, Rick D. Hogan, Amy R. Schofield, and Linda L. Chezem	CONCURRENT SESSION: C. BUILDING PUBLIC HEALTH EMERGENCY LEGAL PREPAREDNESS: Judicial Preparedness for Public Health Emergencies	2005,33 J.L. Med. & Ethics 79
41	Jean-Francois Luc, Jane Speakman, Elaine Gibson, and John T. Nilson	CONCURRENT SESSION: E. CROSS-CUTTING PUBLIC HEALTH AND LEGAL ISSUE: Post-SARS Public Health Law Developments in Canada	2005,33 J.L. Med. & Ethics 106
42	Barbara von Tigerstrom	The Revised International Health Regulations and Restraint of National Health Measures	2005,13 Health L.J. 35
43	ROSARIO M. ISASI AND THU MINH NGUYEN	Infectious disease: The Global Governance of Infectious Diseases: The World Health Organization and The International Health Regulations	2005,43 Alberta L. Rev. 497
44	John D. Blum, J.D., M.H.S.	Efficiencies in Health Care Regulation: Observations Near and Far	2006,15 Ann. Health L. 309

NO.	Author	Paper Title	Source
<b>From 2002 to 2003</b>			
45	Abeyratne, Ruwantissa I.R.	International Responsibility in Preventing the Spread of Communicable Diseases Through Air Carriage - The SARS Crisis.	2002, 30 Transp. L. J. 53.
46	Eckhardt, Joseph N.	NOTE: BALANCING INTERESTS IN FREE TRADE AND HEALTH: HOW THE WHO'S FRAMEWORK CONVENTION ON TOBACCO CONTROL CAN WITHSTAND WTO SCRUTINY,	2002, 12 Duke J. Comp. & Int'l L. 197.
47	Hochberg, Francine A.	NOTE: HIV/AIDS AND BLOOD DONATION POLICIES: A COMPARATIVE STUDY OF PUBLIC HEALTH POLICIES AND INDIVIDUAL RIGHTS NORMS	2002, 12 Duke J. Comp. & Int'l L. 231.
48	Meier, Benjamin Mason.	International Protection of Persons Undergoing Medical Experimentation: Protecting the Right of Informed Consent,	2002, 20 Berkeley J. Int'l L. 513.
49	Volansky, Mark J..	ACHIEVING GLOBAL HEALTH: A REVIEW OF THE WORLD HEALTH ORGANIZATION'S RESPONSE,	2002, 10 Tulsa J. Comp. & Int'l L 233.
50	Woo, Alyssa.	NOTE: Health Versus Trade: The Future of the WHO's Framework Convention on Tobacco Control,	2002, 35 Vand. J. Transnat'l L 1731.
51	Annas, George J.	Blinded by bioterrorism : Public health and liberty in the 21 <sup>st</sup> century.	2003, 13 Health Matrix 33.
52	Bump, Christine P.	Comment: Close but no cigar: The WHO framework convention on tobacco control's futile ban on tobacco advertising.	2003, 17 Emory Int'l L. Rev. 1251.
53	Cowan, Ian B.	The Day SARS Came to Town: The Court's Role in Preventing Epidemics,	2003, 39 Court Review 4.
54	Oguamanam, Chidi.	BETWEEN REALITY AND RHETORIC: THE EPISTEMIC SCHISM IN THE RECOGNITION OF TRADITIONAL MEDICINE IN INTERNATIONAL LAW	2003, 16 St. Thomas L. Rev. 59.
55	Seamone, Evan R.	The Duty to "Expect the Unexpected": Mitigating Extreme Natural Threats to the Global Commons Such as Asteroid and Comet Impacts with the Earth,	2003, 41 Colum. J. Transnat'l L. 735.
<b>From 2000 to 2001</b>			
56	Abeyratne, Ruwantissa I.R.	The Spread of Tuberculosis in the Aircraft Cabin - Issues of Air Carrier Liability.	2000, 27 Transp. L. J. 41.

NO.	Author	Paper Title	Source
57	Forrest, Michelle	Using the Power of the World Health Organization: The International Health Regulations and The Future of International Health Law,	2000, 33 Colum. J.L. & Soc. Probs. 153.
58	McCarthy, Brian J.	The World Health Organization and Infectious Disease Control: Challenges in the Next Century,	2000, 4 DePaul Int'l L.J. 115.
59	Silverglade, Bruce A.	The WTO Agreement on Sanitary and Phytosanitary Measures: Weakening Food Safety Regulations to Facilitate Trade?	2000, 55 Food Drug L.J. 517.
60	Asher, Lauren Z.	Note: Confronting disease in a global arena.	2001, 9 Cardozo J. Int'l & Comp. L. 135
61	Kinney, Eleanor D.	The International Human Right to Health: What does This Mean for Our Nation and World?,	2001, 34 Ind. L. Rev. 1457.
62	Stein, Eric.	Integration and Democracy: No Love at First Sight,	2001, International , 95 A.J.I.L. 489.
<b>Before 2000</b>			
63	Barist, Jeffrey; Owen C. Pell; Eugenia Oshman; Matthew E. Hamel.	Who may leave: A review of soviet practice restricting emigration on grounds of knowledge of "State secrets " in comparison with standards of international law and the policies of other states.	1987, 15 Hofstra L. Rev. 381.
64	Sand, Peter H.	LESSONS LEARNED IN GLOBAL ENVIRONMENTAL GOVERNANCE,	1991, 18 B.C. Envtl. Aff. L. Rev. 213.
65	Taylor, Allyn Lise.	Making the World Health Organization Work: A Legal Framework for Universal Access to the Conditions for Health,	1992, 18 Am. J. L. and Med. 301.
66	Qureshi, Sarah N.	NOTE AND COMMENT: GLOBAL OSTRACISM OF HIV-POSITIVE ALIENS: INTERNATIONAL RESTRICTIONS BARRING HIV-POSITIVE ALIENS,	1995, 19 Md. J. Int'l L. & Trade 81.
67	Evered, Timothy C.	FOREIGN INVESTMENT ISSUES FOR INTERNATIONAL NON-GOVERNMENTAL ORGANIZATIONS: INTERNATIONAL HEALTH PROJECTS IN CHINA AND THE FORMER SOVIET UNION	1996, 3 Buff. Jour. Int'l L. 153.
68	Fidler David P.	OPEN FORUM: MISSION IMPOSSIBLE? INTERNATIONAL LAW AND INFECTIOUS DISEASES,	1996, 10 Temp. Int'l & Comp. L.J. 493 .

<b>NO.</b>	<b>Author</b>	<b>Paper Title</b>	<b>Source</b>
69	Plotkin, Bruce Jay	OPEN FORUM: MISSION POSSIBLE: THE FUTURE OF THE INTERNATIONAL HEALTH REGULATIONS,	1996, 10 Temp. Int'l & Comp. L.J. 503.
70	Bris, Sonia Le, * Bartha Maria Knoppers, Lori Luther.	Symposium: International health law: International Bioethics, Human Genetics, and Normativity,	1997, 33 Hous. L. Rev. 1363,
71	Fidler David P.	Return of the Fourth Horseman: Emerging Infectious Diseases and International Law,	1997, 81 Minn. L. Rev. 771.
72	Fidler David P.	The Globalization of Public Health: Emerging Infectious Diseases and International Relations,	1997, 5 Ind. J. Global Leg. Stud. 11.
73	Schwartz, Robert.	FOREWORD: Bioethics Policy: Looking Beyond the Power of Sovereign Governments,	1997, 33 Hous. L. Rev. 1283.
74	STEARNS, JANET ELLEN	SYMPOSIUM: VOLUNTARY BONDS: THE IMPACT OF HABITAT II ON U.S. HOUSING POLICY,	1997, 16 St. Louis U. Pub. L. Rev. 419.
75	Taylor, Allyn L.	Controlling the Global Spread of Infectious Diseases: Toward a Reinforced Role for the International Health Regulations,	1997, 33 Hous. L. Rev. 1327.
76	Barta, Peter A.	Note: Lambskin Borders: An Argument for the Abolition of the United States' Exclusion of HIV-positive Immigrants,	1998, 12 Geo. Immigr. L.J. 323.
77	Rogers, Holly.	NOTE: Protecting Americans from Disease in a Global Society,	1998,22 Suffolk Transnat'l L. Rev. 205 .
78	Fidler David P.	International Law and Global Public Health,	1999, 48 Kan. L. Rev. 1.
79	Jones, Julia A.	COMMENT: International Control of Cholera: An Environmental Perspective to Infectious Disease Control	1999, 74 Ind. L.J. 1035.
80	Taylor, Allyn L.	Globalization and Biotechnology: UNESCO and an International Strategy to Advance Human Rights and Public Health,	1999, 25 Am. J. L. and Med. 479.