

出國報告（出國類別：參與國際會議）

國際健康促進機構網絡國際研討會暨網絡第 12 屆會員大會

**The International Seminar of International Network of Health Promotion
Foundations and 12th annual meeting of International Network of Health
Promotion Foundations**

出席會議報告

參訪人員：

國民健康局 孔憲蘭副局長

派赴國家：韓國

出國期間：101 年 6 月 24 日至 27 日

報告日期：101 年 9 月 20 日

內容摘要

國際健康促進機構網絡(The International Seminar of International Network of Health Promotion Foundations, INHPF)於1988年成立，由致力於健康促進活動之機構組成，旨在透過各機構之交流、學習及聯合行動，強化現有健康促進機構之成效，並指導、支持成立新的健康促進機構，世界衛生組織(WHO)及國際健康促進及教育聯盟(The International Union for Health Promotion and Education, IUHPE)皆為該網絡之夥伴。該網絡主要目標為促使更多健康促進機構成立，從而提升該國家或地方之人民健康水準，此外，更積極聯合現有健康促進機構，支持其健康促進活動，同時協助發展健康促進專業。

INHPF的組織中，共有8個主要會員國(奧地利、瑞士、泰國、南韓、馬來西亞、澳大利亞、西澳及東加)及6個準會員國(加拿大、波蘭、印度、越南、蒙古及阿曼)，隨著全球非傳染性疾病防治的推動，參加網絡是一個好的國際交流平台，加上會員國基金會的CEO多為該國現任或退休之重要公共衛生官員或大學教授，經由每年的固定年會，可透過非官方組織進行官方的交流，並能建立良好的互動關係。

本次會議在第12屆INHPF年會(每年召開1次)前，用半天召開國際會議介紹網絡，整體會議時間自2012年6月25日至27日，為期3天(第3天為網絡會員國閉門會議)。會議集合了網絡所有會員國之代表，分別報告各國健康促進機構之創立緣起、相關立法過程、組織架構及業務執掌、資金來源及分配、主要辦理健康促進議題及活動成果、機構擁有的優勢及未來挑戰等實務經驗分享。今年出席會議的會員國或夥伴組織包含南韓、馬來西亞、泰國、東加、澳大利亞、西澳、蒙古、越南、臺灣、WHO、IUHPE、東南亞菸害防制聯盟(Southeast Asia Tobacco Control Alliance, SEATCA)等。

本局受INHPF秘書長Dr. Prakrit Vathesatogkit之邀請，以Network affiliate身分出席本次會議，參加這次會議，除為本局申請加入為網絡會員做準備外，亦透過分享我國在推動菸害防制及健康促進實務上的經驗，與各國交流，並瞭解各國辦理健康促進活動之經驗及成果，提升臺灣的國際能見度，拓展國際參與空間。

目 次

壹、會議目的	3
貳、會議行程	5
參、會議內容	8
肆、心得及建議	26
伍、附件	27

壹、會議目的

一、藉由非官方組織進行官方交流

INHPF 的組織中，共有 8 個主要會員國（奧地利、瑞士、泰國、南韓、馬來西亞、澳大利亞、西澳及東加）及 6 個準會員國（加拿大、波蘭、印度、越南、蒙古及阿曼），隨著全球非傳染性疾病防治的推動，參加網絡是一個好的國際交流平台，加上會員國基金會的 CEO 多為該國現任或退休之重要公共衛生官員或大學教授，經由每年的固定年會，可透過非官方組織進行官方的交流，並能建立良好的互動關係。

本次會議主要為網絡成員延續去（2011）年 6 月年會，使會員國可相互分享新一年的資訊，如當前重要議題、成功事蹟或所遇困難等，同時安排夥伴組織 WHO/WPRO、IUHPE 及 SEATCA 的報告，談論如何進行網絡的國際合作議題，整體與會人數約 30 人。此外，還有新成員的經驗分享場次，包含越南及臺灣。本局於該場次報告我國徵收「菸品健康福利捐」，並成立「菸害防制及衛生保健基金」，並用於推動菸害防制、衛生保健及癌症防治等健康促進工作之經驗，期能提升臺灣的國際能見度，並拓展國際參與空間。

二、出席 INHPF 國際研討會和 INHPF 第 12 屆年會

本研討會主要參與對象為 150 名南韓與會人士，包含政府部門、公共衛生及健康促進學者專家、健康服務提供者、公立醫院人員等。研討會共分為 2 場次，第 1 場次為 7 個會員國的簡單報告，包含南韓、馬來西亞、泰國、東加、澳大利亞、西澳及蒙古，透過本場次可對於世界各國健康促進機構有初步認識，特別是立法、組織架構、主要執行計畫及活動等；第 2 場次則為討論，議題為 HPF 之角色與功能（馬來西亞、泰國、澳大利亞）及菸害防制政策（西澳、南韓、泰國），分別由不同國家分享經驗及共同討論。

三、為本局申請加入 INHPF 成員做準備

我國於 2002 年開始實施徵收「菸品健康福利捐」，並成立「菸害防制及衛生保健基金」，為少數在國際上有成立健康促進基金之國家，並由本局擔任基金之管理機構，用於推動菸害防制、衛生保健及癌症防治等健康促進工作。由於本局符合加入 INHPF 之各項條件：(一) 機構須致力於健康促進之相關活動、(二) 機構依法成立、有穩定的財源推動健康促進工作，並有獨立的財務管理機制、(三) 與各級機關及社會層級共同合作進行健康促進活動等，因此向網絡提出加入為網絡成員，並受邀出席本次年會活動。

貳、會議行程



12th Annual Meeting International Network of Health Promotion Foundations AGENDA

[Draft 24.05.2012]

DAY 1: INTERNATIONAL SEMINAR & SITE VISIT Monday 25 th June, 2012		
Time	Program	Resource Person/Facilitator
9.30 – 11.30	Site Visit Korea Health Promotion Foundation (5mins Walk from Meeting Venue, Lexington Hotel)	KHPF
11.30 – 12.45	Lunch	
12.45 – 13.00	Registration	
13.00 – 13.15	Welcome Remarks	Ministry of Health&Welfare KHPF(Dr. Chang Jin Moon) INHPF Secretary General/Chair
13.15 – 13.30	Overview of INHPF	INHPF Secretary General/Chair
13.30 – 13.45	Keynote Speech: WHO on Health Promotion Dr. Han Tieru, WHO	Dr. Han Tieru, WHO
13.45 – 14.15	Country Presentations (7 Countriesx15mins each) (country profiles written in advance will be in the meeting papers) Organization Structure Budget Source & Management, Policy, Activities, Current Priority Programs	INHPF Members
14.15 – 15.45	Q&A	
15.45 – 16.00	Break	
16.00 – 16.45	Panel Discussion 1: Topic: Role of HPF Thailand, Malaysia, Australia(VicHealth) (3 Countries x 7mins presentation each, Panel discussion & Open floor discussion-9 mins)	Thailand, Malaysia, Australia(VicHealth)
16.45 – 17.30	Panel Discussion 2: Topic: Tobacco Policy Western Australian(HealthWay), Korea, TBC (3 Countries x 7mins presentation each, Panel discussion & Open floor discussion-9mins)	Western Australia (HealthWay) , Korea, TBC
17.30 – 18.00	Conclusions and Closing	Moderator: Prakt
18.00 – 18.30	Free Time	
18.30 – 19.00	Depart from Hotel to Dinner Reception	
19.00 – 20.30	Dinner Reception Hosted by KHPF	KHPF



DAY 2: NETWORK MEETING Tuesday 26 th June, 2012		
Time	Program	Resource Person/Facilitator
9.30 – 10.30am	Opening Welcome from KHPF Board Welcome from INHPF Chair Welcome Partners Overview of Network Meeting ⇒ Confirmation of Agenda for 12 th Annual Meeting ⇒ Approval of 11 th Annual Meeting Minutes	KHPF Krissada Prakit Prakit
10.30 – 11.00	Group Photo & Break	
11.30 – 11.00	Network Activities Report July 2010-May 2011	Prakit/Passawee
11.00 – 12.30	Presentations of Partner Organizations on Potential Areas of Collaboration & Associate Members on the progress in establishing HPF Q&A	IUHPE SEATCA WHO/WPRO VIETNAM TAIWAN
12.30 – 13.30	Lunch	
13.30 – 15.00	Country Presentations ⇒ Annual Update July 2011-May 2012 ⇒ Key Issues of Interest ⇒ Obstacles & Challenges for Discussion 7 Countries x 10 minutes + discussion	Krissada
15.00 – 15.30	Break	
15.30 – 16.15	Discussion on Collaborations with Network Partners	Prakit
16.15 – 17.00	INHPF contribution to upcoming conferences ⇒ 21 st IUHPE World Conference on Health Promotion Thailand 2013 ⇒ GAPC 2013 ⇒ Others?	Rungsun
17.00 – 17.30	Day 1 Meeting Review Selection of topics nominated for small group workshops day 3	Krissada
19.00 – 20.00	Dinner hosted by INHPF	Prakit

***Proposed Topics for Group Discussion on Day 3**

1. Evaluation of HPFs
2. Funding and Sustainability for HP Foundations (Tonga)
3. How to assist new countries in setting up HPF (Sec-Gen)
4. Obesity
5. Physical Activities

**Request suggestions for 'Key Issues of Interest' and 'Small Group Discussions'



DAY 3: NETWORK and Internal MEETING Wednesday 27th June, 2012		
Time	Program	Resource Person/Facilitator
9.30 – 10.30	Discussion on Selected Topics 1-2	TBC: Nominated Member
10.30 – 11.00	Break	
11.00 – 12.00	Discussion on Selected Topics 3-4	TBC: Nominated Member
12.00 – 12.30	Workplan Discussion: The Way Forward ⇨ Overview of the current workplan ⇨ Member comments and prospective milestones and activities ⇨ External partnerships and collaboration to advance Network priorities	Prakit Krissada
12.30 – 13.30	Lunch	
13.30 – 16.00	INTERNAL NETWORK BUSINESS [Full Members Only] ⇨ Chairmanship Nomination/Rotation ⇨ Review membership fee (adopted September 2010) ⇨ Financial report & Treasury position ⇨ Internal and external communication: maximizing the use of workspace and website and teleconference ⇨ Revised Network agreement ⇨ Review of Membership fee & Qualifications ⇨ 13 th Annual Meeting INHPF 2012	Prakit
16.00 – 16.30	The Way Forward: INHPF Closure of meeting	Dr Krissada New Chair

參、會議內容

一、國際健康促進機構網絡（INHPF）概覽

（一）健康促進相關內容

健康促進，係指使民眾增進控制與改善其健康之能力，並將這項能力融入日常生活中。而健康促進之實施，並非如傳統健康照護體系僅針對病人，而是全民（包含健康的人、從事健康危害行為的人、生病的人等）皆為推動對象。健康促進的推動常使用的架構，即為 1986 年提出的渥太華憲章五大行動綱領：建立健康的公共政策、創造支持性的環境、提升個人技能、強化社區行動及調整健康服務方向，透過五種面向之完整行動，期能達成健康平等之目標。

（二）HPF 創會緣起、實際措施及特色

各國健康促進機構（HPF）的設立，係為了因應 21 世紀的健康挑戰、創造新的健康體系、整合不同健康部門、建立健康資金的永續資源、避免健康照護與治療的資源競爭。

HPF 之實際措施包含健康促進能力之建立；提供資源、訓練及技術支援，以動員民間團體及社區之行動；籌措健康促進相關資金；建立健康促進之實證基礎；跨部會合作；提倡健康促進相關政策；提出健康公平議題等。

HPF 之運作，包含以下特色：

1. 預算穩定：所有資金運用均依相關立法規定，並有長期性計畫。
2. 獨立運作：角色並非雷同政府部門，而是與其保持合作關係。
3. 無官僚作風限制：對於即時性需求能迅速做出回應。
4. 跨部會合作：包含政府部門、非政府及在地社區組織。

(三) INHPF 視野及任務

國際健康促進機構網絡 (INHPF)，致力於在世界各國永續推動健康促進，同時透過國家層級的 HPF 行動，以強化國家健康促進能力為主要任務。

(四) 各類會員組織介紹

目前 INHPF 之 8 個主要會員組織、HPF 名稱及相關立法如下表：

國家	HPF 名稱	相關立法	年度
奧地利 Austria	Fonds Gesundes Osterreich	Health Promotion Act	1998
瑞士 Switzerland	SwissHealth	Health Insurance Act	1994
泰國 Thailand	ThaiHealth	Health Promotion Act	2001
澳大利亞維多利亞省 Victoria, Australia	VicHealth	Tobacco Act	1987
西澳 Western Australia	HealthWay	Tobacco Control Act	1990
馬來西亞 Malaysia	MySihat	Malaysian Health Promotion Board Act	2006
東加 Tonga	TongaHealth	Health Promotion Foundation Act	2007
南韓 South Korea	KoreaHealth	Civil Act Article 32 (Incorporation of Non-Profit-Making Juristic Person and Permission thereof)	2010

另外一種類型為準會員組織，於該國部份地區開始從事健康促進相關活動，包含 Mongolian Health Promotion Foundation (蒙古)、Health 21 Foundation Hungarian (匈牙利)、Oman Health Promotion Initiative (阿曼)、Polish Health Promotion Foundation (波蘭)、BC Coalition for Health

Promotion (加拿大英屬哥倫比亞省)、Ministry of Health & Family Welfare, India (印度)、Health Promotion Initiative, Iran (伊朗) 等。其他具有潛力之新成員，包含臺灣的國民健康局 (Bureau of Health Promotion) 正致力於推動國家健康促進相關政策，而寮國 (Laos) 及越南 (Vietnam) 分別於 2011 年及 2012 年通過了 Tobacco Act。此外，南非 (South Africa)、菲律賓 (The Philippines) 及東地中海地區國家 (EMRO) 正朝著設立 HPF 的方向邁進。

(五) 資金來源

各國 HPF 的資金來源來自不同管道，其一，透過專款稅金 (Earmarked taxes)，如泰國為運用菸稅及酒稅作為資金來源；其二，透過國家財政經費調整 (Fiscal adjustment)，如奧地利現為運用增值稅收做為資金來源；其三，透過國庫直接撥款 (Appropriation from Treasury budget)，如澳大利亞維多利亞省、馬來西亞；其四，透過徵收健康或疾病保險費用 (Levy on health/sickness insurance)，如瑞士。下表為會員國年度預算比較：

會員國 HPF	年度預算 (10 ⁵ USD)	人口數 (10 ⁵)	USD per capita
東加 TongaHealth	1.14	0.1	\$ 11.40
西澳 HealthWay	23.1	2.3	\$ 10.04
澳大利亞維多利亞省 VicHealth	36.4	5.5	\$ 6.62
瑞士 SwissHealth		7.8	\$ 2.20
泰國 ThaiHealth	117.5	63.8	\$ 1.84
奧地利 Fonds Gesundes Osterreich	10.3	8.3	\$ 1.24
馬來西亞 MySihat	5	28.6	\$ 0.17
南韓 KoreaHealth	6	49	\$ 0.12

二、各國 HPF 會員組織分享內容之介紹

(一) 南韓 (South Korea)

1. 創立沿革

年度	相關內容
1995	依據國家健康促進法 (National Health Promotion Act)，徵收菸捐作為國家健康促進基金之來源。 每包菸：2 KRW(1997)→150 KRW(2002)→354 KRW(2004)
2011.1	設立 Korea Health Promotion Foundation。
2011.12	KHPF 被任命可接受合理之經費捐贈。
2012.1	KHPF 被任命成為公家機構。

2. 基本策略

(1) 願景：成為推動全民健康促進之領導性公家機構。

(2) 目標：喚醒健康促進大眾意識；

維持健康生活型態、強化生活品質、延長平均餘命；

發展有效率的健康促進計畫及服務管理體系。

(3) 策略：研擬健康促進計畫評估之研究與相關政策；

提供衛教宣導計畫；

發展健康促進計畫新模式；

加強健康促進專業能力。

3. 組織架構

高階主管部份設有 1 位機關首長及 1 位秘書長，下設 3 個部門：

(1) 策略研發及管控部門：

A. 政策計畫發展組 (3 人)；

B. 研究發展組 (4 人)；

C. 一般事務組 (6 人)；

D. 策略發展工作小組 (2 人)。

(2) 健康促進計畫推動部門：

- A. 行為健康服務組（4人）；
- B. 菸害防制計畫組（7人）；
- C. 營養與健康服務組（7人）；
- D. 家訪健康照護服務組（7人）；
- E. 口腔衛生計畫組（5人）。

(3) 社區衛生推動部門：

- A. 社區健康計畫發展組（4人）；
- B. 社區健康服務組（6人）。

4. 預算來源

機構總預算金額為 12 億美金，其中 5.1 億美金（42%）來自承接政府計畫（如菸害防制計畫、營養與健康計畫、口腔衛生計畫等）；4.5 億美金（37%）來自政府額外補貼；最後的 2.4 億美金（20%）來自國家自有品牌三星（SamSung）公司的捐贈，並用於自殺防治、子宮頸癌預防計畫等業務。

（二）泰國（Thailand）

1. 創立沿革

泰國健康促進機構（ThaiHealth）為一獨立的國家組織，依據 2001 年健康促進機構法（Health Promotion Foundation Act 2001）之規範下設立，期許透過機構的運作，發展出屬於泰國國家體系的健康促進機制。機構的管理委員會（Governing board）由泰國總理（Prime minister）主持，委員由相關部會官員及學者專家組成；另設置獨立評核委員會（Independent evaluation board），督導政策的有效性及可行性。

ThaiHealth 的優勢在於，有高度社會信譽及社會資本，預算穩定而能有長期計畫，還有強而有力的跨部會夥伴投入。然而關於政治上的不確

定性、新世代健康促進工作者的增能、社會回饋之測量等挑戰，是未來還需要多努力的方向。

2. 執行計畫

(1) 主要議題：

- A. 菸害防制（2012 至 2016 年須降低 10% 消費量）；
- B. 酒害防制（消費量須小於 27%）；
- C. 事故傷害防制（死亡率須小於 1/10,000）；
- D. 肥胖防治（降低肥胖盛行率）；
- E. 倡導多蔬果（2021 年須有 50% 民眾每日達 400 克份量）；
- F. 倡導多運動（11 歲以上民眾須超過 80% 從事運動）；
- G. 愛滋病防治（2016 年須降低三分之一愛滋病盛行率）；
- H. 家庭與社區（增加快樂家庭、快樂社區比例）；
- I. 心理衛生（增加幸福感）；
- J. 其他健康危害因子。

(2) 目標場域：兒童及青少年等特殊族群、社區衛生、組織衛生、健康照護服務系統等。

(3) 支持系統：辦理社會媒體行銷及溝通、設置健康學習中心、開放補助經費等。

3. 菸害防制計畫簡介

泰國自 1986 年開始有菸害與健康議題覺醒，1991 年設立衛生部國家菸害防制辦公室，開啟一連串菸害防制政策的突破與演進，然而相關經費預算卻仍然較低。直至 2001 年通過健康促進機構法後，始有更專責且專款之國家組織進行菸害防制倡議活動。

1992 年通過並陸續於 2003、2007 及 2008 年修法菸品管控法及無吸菸者健康保護法規定，學校、宗教場域、具空調餐廳、公私部門建築、

動物園、飯店大廳、網咖、全體公眾交通設施、公園、機場、體育館、夜店或酒吧及開放空間市場等場域皆須禁菸，2010 年更公告全數公共及工作場所一律禁菸。最新版本（2010 年 3 月）的菸品警示圖文共佔菸品總面積 55%。

目前吸菸率男性由 1991 年的 59.3% 下降至 2011 年的 41.7，女性則由 1991 年的 4.9% 下降至 2011 年的 2.1。未來還需要繼續努力的部份有菸稅的調高、立法更嚴格、加強售菸通路控制等方向著手。

4. 組織架構

(1) 管理委員會 (Governing board)

由泰國總理擔任主席 (Chairman)，衛生部長擔任第一副主席 (First vice chairman)，共 2 位官方代表，另由 1 位學者專家擔任第二副主席 (Second vice chairman)。委員分別由 9 位政府各部會官員及 9 位獨立學者專家組成，分述如下：

A. 政府各部會官員 (9 人)：包含國家經濟及社會發展委員會代表、總理辦公室常任秘書、財政部代表、交通及通訊部代表、內政部代表、勞工及社會福利部代表、教育部代表、衛生部代表、大學事務部代表等。

B. 獨立學者專家 (9 人)：包含健康促進、社區發展、媒體溝通、教育、運動、藝術與文化、法律以及行政等領域代表。

(2) 整體組織架構

除了設有管理委員會及獨立評核委員會，業務執行部分，設有最高行政部門 (CEO)，下設 11 個組，分別為健康風險控制組；社區健康促進組；兒童、青少年及家庭健康促進組；社會溝通及宣導活動組；健康體系發展組；補助經費管控組；健康體系發展組；組織健康促進組；大眾健康促進組；政策研擬組；國際合作交流組等。

5. 資金來源

國家針對菸品及酒品之消費額外徵收 2% 的消費稅，作為機構的資金來源，2011 年約有 1 億美金的收入。

(三) 澳大利亞 (Australia)

1. 創立沿革

澳大利亞健康促進機構 (VicHealth)，依據 1987 年菸害防制法 (Tobacco Act) 之規範下設立，並說明維多利亞州衛生部長及州議會有其專責，以組成健康促進機構。VicHealth 係由三個黨派橫向組成，延展出運動、健康、法律、商業及媒體等不同層面議題。

VicHealth 的優勢在於，健康促進工作多符合成本效益，透過生活型態的介入改善健康，可視為一種高價值的藍籌股 (Blue chip) 投資。然而關於衛教宣導活動僅為片面、需要更結構性的整體改革及支持性環境等挑戰，是未來還需要多努力的方向。

- (1) 願景：VicHealth 期望設立理想社區場域，內容包含健康是基本人權、人人共擔健康促進責任及人人共享健康促進效益。
- (2) 使命：透過改善社會、經濟、文化及物質環境品質，強化個人維持健康之知能等措施，以期能提升個人、社區及組織之能力。
- (3) 議題：包含減少菸害及酒害、改善營養、增加運動、增加社會及經濟參與、減少 UV 暴露傷害等。

2. 執行計畫

(1) 減少健康不平等

- A. 改善社經或地理環境弱勢族群之生理及心理健康。
- B. 縮減澳大利亞原住民及非原住民之間的健康差距。

(2) 提升公眾參與率

- A. 提升民眾運動參與率。

- B. 增加社會連結機會。
- C. 減少種族歧視及促進多樣性。
- D. 防止婦女家庭暴力。
- E. 提升民眾經濟資源之可近性。

(3) 營養、酒害、菸害及 UV

- A. 創造支持性的健康環境。
- B. 推廣適當的營養策略。
- C. 減少菸品使用。
- D. 減少酒害。
- E. 減少 UV 暴露傷害。

(4) 提升民眾知能

- A. 將健康促進知識轉譯使用。
- B. 評估健康促進之實務成果。

(5) 媒體溝通

- A. 改善健康行銷之實證發展、執行。
- B. 提供正確具時效性的健康促進資訊給 Stakeholders。

3. 組織架構

上設最高行政部門 (CEO)，下設 4 個執行部門，包含健康參與及健康不平等部門、健康知識及健康環境部門、溝通部門、合作及支持部門，分別執行策略發展、計畫設計、媒體行銷、財政管理等業務。

4. 資金來源

VicHealth 資金來源為國家預算撥款運用，2012 年總預算約 3,400 萬澳幣，共有 60 名正職員工。

(四) 西澳 (Western Australia)

1. 創立沿革

西澳健康促進機構(Healthway), 依據 1990 年菸品管制法(Tobacco Products Control Act 1990) 之規範下設立。

2. 基本策略

透過 population-based 取向, 建立實證基礎, 特別著重於非傳染性疾病成因的預防, 其中包含健康不平等。實際採取策略為多方合作模式、精簡營運開銷、倡議及計畫評估。

主要議題的選定, 有幾項指標加以篩選, 包含疾病負擔程度; 參考各州、本國及國際的優先議題; 健康促進的實證文獻基礎; 全球趨勢; 其餘組織的角色及責任等。因此選定了以下議題作為 Healthway 的業務主軸:

- (1) 菸害防制;
- (2) 肥胖防治;
- (3) 酒害防制;
- (4) 促進心理健康;
- (5) 預防皮膚癌。

3. 資金來源

Healthway 的資金來源為菸品擔保稅 (Hypothecated tobacco tax), 目前總預算為 2,200 萬澳幣。

(五) 馬來西亞 (Malaysia)

1. 創立沿革

馬來西亞健康促進機構(MySihat), 係由議會(Parliament)立法(Act 651)設立的法定機構, 該法於 2006 年 6 月 29 日公佈, 並由衛生部於 2007

年 4 月 1 日正式辦立設立機構事宜。

MySihat 的優勢在於，具獨立操作能力去支持政府的健康促進政策、嘗試具風險或敏感性計畫，資金由政府強力支持而可執行長期性計畫，因其獨立角色而對政治性更迭不受影響，同時可跨部會（衛生、運動、藝術、交通之政府部門及民間團體）進行合作，無官僚的繁複作風。然而由於是一新成立組織，且有合作關係的民間團體缺乏全職專業人員並多集中在都市，以及無法完全符合馬來西亞人口的文化複雜性等挑戰，是未來還需要多努力的方向。

2. 執行計畫

(1) MySihat 的業務目標包含：

- A. 建立民間團體的健康促進能力；
- B. 健康促進計畫籌備及活動執行，特別是針對青少年；
- C. 發展多元策略性計畫，於各種場域推廣健康生活型態及健康環境；
- D. 辦理菸害防制計畫（預防、減少、防制菸品使用）；
- E. 補助健康促進相關研究；
- F. 補助及支持運動、休閒或文化組織，使其能推廣健康生活型態及健康環境。

(2) MySihat 的主要業務包含：

- A. 菸害及酒害防制；
- B. 健康生活型態之倡導（含健康飲食、多運動）；
- C. 環境衛生；
- D. 心理衛生；
- E. 癌症、糖尿病、心血管疾病等非傳染性疾病防治；
- F. 肥胖防治；

- G. 性健康（含愛滋病防治）；
- H. 健康促進相關研究；
- I. 提倡體育、文化、藝術類活動。

3. 非傳染性疾病防治計畫簡介

MySihat 與衛生部合作推行非傳染性疾病防治相關計畫，增強超過 100 個社區執行健康促進活動能力，於社區場域推行簡易的健康篩檢，並設置了一套網路線上資料庫系統 MOVes，用以監測及評估非傳染疾病之預防。

4. 菸害防制計畫簡介

麻六甲地區為馬來西亞首座無菸城市，並作為其他地區的良好楷模，Perlis、Labuan island、Johor、Penang、Kelantan、Sarawak、Sabah、Negeri sembilan 等地也陸續成為無菸地區。

5. 資金來源

MySihat 的資金來源，主要由政府每年撥款補助，而使用其經費而獲得之相關利潤亦歸屬該機構所有。2011 年約有 500 萬美金之預算經費。

（六）東加（Tonga）

1. 創立沿革

東加健康促進機構（TongaHealth），依據 2007 年健康促進機構法（Health Promotion Foundation Act）之規範下設立，並至 2009 年完備其組織。TongaHealth 未來如何維持資金來源、進行更多元的合作計畫、辦理健康促進夥伴能力提升訓練、監測及評估等挑戰，是還需要多努力的方向。

2. 基本策略

- (1) 願景：建立更健康的國家，人人共擔健康促進責任及人人共享健康促進效益。
- (2) 使命：預防及減少非傳染性疾病（NCD）帶來的生命損失。

TongaHealth 透過健康公共政策之倡議、強化組織能力、促進個人及社區之健康及維持健康促進合作夥伴關係等策略，來完成這項使命。

3. 執行計畫

TongaHealth 執行計畫最重要目的即為非傳染性疾病之防治，因此致力於相關危害因子推動政策，如健康飲食（過重及肥胖超過 90%、蔬果消費量過低）、運動（運動量過低）、菸害防制（吸菸盛行率達 18%）及酒害防制（酗酒狂歡問題）等。推行計畫包含下列幾項：

- (1) 2011 至 2015 年長期計畫。
- (2) 社會行銷活動計畫。
- (3) 健康促進補助計畫（如推動學校健康飲食及運動計畫）。
- (4) 贊助活動計畫。
- (5) TongaHealth 能力提升計畫。
- (6) 政策倡議計畫。
- (7) TongaHealth 獨立審查計畫。

4. 組織架構

TongaHealth 由上而下的組織架構分別為議會（Legislative assembly）、內閣（Cabinet）、衛生部、TongaHealth 委員會（5 人）、最高行政部門（CEO）、業務員工（7 人）等，詳細分工方式如下：

- (1) 治理單位：議會、衛生部、財政部。
- (2) 捐贈單位：AusAID、東加政府。

- (3) 合作夥伴：國際健康促進機構網絡 (INHPF)。
- (4) 技術支持夥伴：WHO、Prolead 公司 (品質認證)、南太平洋共和國 (South pacific community)。
- (5) 執行夥伴：衛生部、其他部會、民間團體、教會等。

5. 資金來源

TongaHealth 的資金來源包含 3 個部份：國家政府 (2008 年起提供資金)、南太平洋共和國 (South pacific community)、Tapa Bequest 博士 (捐贈退休金)。

(七) 蒙古 (Mongolia)

1. 創立沿革

蒙古健康促進機構 (Mongolian Health Promotion Foundation) 成立於 2007 年。

蒙古健康促進機構的優勢在於，擁有建設性的工作團隊，監測及評估工作已組織化，同時可透過 HPF 執行社區健康促進活動，並有國家資助。然而關於如何增加資金來源、促進立法、建立健康促進能力 (包含基礎設施及機構、人力、財政等資源)、累積更多實務經驗、提升在地及國際合作的連結等挑戰，是未來還需要多努力的方向。

2. 執行計畫

蒙古健康促進機構針對社區動員、菸害防制、酒害防制、媒體宣導等有許多相關措施。

- (1) 社區動員活動：補助非傳染性疾病防治計畫，內容包含調查、人員訓練、衛教宣導等。
- (2) 菸害及酒害倡議：製作相關宣導品，如創造無菸環境 (單張、海報)、非傳染性疾病防治 (單張)、如何辦理無菸活動 (指引)、無

菸醫院（指引）、酒害防制（漫畫及傳單）等。另外，辦理無菸工作場所活動，共有 2 家無菸醫院、4 家無菸餐廳等。

(3) 媒體宣導活動：聯合 31 家媒體組織結盟，宣導菸害及酒害。

3. 組織架構

蒙古健康促進機構新組成的工作團隊共有 7 名成員，負責監測及評估業務。

4. 資金來源

由於努力向高層級政策決定者進行倡議，使得資金來源得以增加，2011 年總預算有 112 萬美金，2012 年增加到 162 萬美金。

(八) 臺灣 (Taiwan BHP)

1. 國民健康局資金來源

臺灣於 1997 年通過菸害防制法，並於 2009 年修法執行，徵收之菸品健康福利捐由 2002 年每包 0.17 美金，逐年調高至 2009 年每包 0.67 美金。這些菸捐收入中，有 76% 用以投入全民健康保險，13.5 用以投入健康促進相關工作（癌症防治、菸害防制、預防保健服務、罕見疾病等）。

2. 國民健康局業務目標及政策

(1) 健康的出生與成長：業務目標為營造健康的生育環境、加強性健康的衛教宣導、增設兒童及婦女的預防保健服務。執行計畫包含推動母嬰親善醫院認證（2011 年已有 71.4% 醫院通過認證）、提升母乳哺育率（2011 年滿 1 個月的母乳哺育率達 87.5%，滿 6 個月達 50.9%）、維持性比例（2011 年為 1.079）。

(2) 健康老化：業務目標為營造高齡友善城市、增設癌症慢性病的預

防保健服務。執行計畫包含推動四項癌症篩檢，30 歲婦女每年 1 次子宮頸抹片、45 至 69 歲婦女及 40 至 44 歲有二親等乳癌家族史婦女每 2 年 1 次乳房 X 光攝影、50 至 69 歲民眾每 2 年 1 次糞便潛血檢查、30 歲以上有吸菸及嚼檳榔民眾每 2 年 1 次目視口腔黏膜檢查。

- (3) 健康的生活與社區發展：推動戒菸及拒檳計畫、促進健康飲食、規律運動及肥胖防治、促進健康場域（學校、醫院、軍隊、職場）。菸害防制部分，成人男性吸菸率由 1990 年的 59.4% 下降至 2010 年的 35.4%；家庭二手菸暴露率由 2005 年的 35.2% 下降至 2011 年的 19.9%。檳榔健康危害防制部份，成人男性嚼檳率由 2007 年的 17.2% 下降至 2010 年的 12.5%。健康場域部份，共有 19 座城市加入健康城市聯盟；19 個社區及 46 個學校獲得 WHO 國際社區安全促進中心之認可；46 家醫院成為 WHO 健康促進醫院網絡會員。肥胖防治部份，2011 年全國 72 萬參與減重的民眾中，共減重 1,104 噸。
- (4) 弱勢族群的健康照護：於 2000 年通過罕見疾病防治及藥物法，是全球第 5 個有相關立法的國家。
- (5) 健康監測系統。

三、夥伴組織分享內容之介紹

INHPF 的夥伴組織，主要是協助輔導會員國推動健康促進活動，並給予技術性的支援，以增進其健康促進的能力。

(一) 世界衛生組織 (WHO)

WHO 西太平洋區組織 (WPRO) 與 INHPF 的合作在於推行各國領導人健康促進專業訓練計畫 (Health Promotion Leadership Training, ProLead)，針對未成立 HPF 的國家辦理領導人教育訓練，教授有關非

傳染病防治的全方位健康促進策略，引導各國成立專屬的 HPF，越南及馬來西亞皆是以此種模式相繼成立的。另一方面，以 HPF 最為成熟的泰國 ThaiHealth 為模範，舉辦參訪活動，讓各國領導人直接透過走訪泰國 HPF 的經驗，更進一步學習 HPF 的實務作為。而對於已成立 HPF 並成為 INHPF 會員國之領導人，ProLead 計畫還有設計一系列的年度進階課程，在新興 HPF 成立後持續給予輔導與協助。

(二) 國際健康促進及教育聯盟 (IUHPE)

IUHPE 與 INHPF 之間的夥伴關係，主要是經常結合 INHPF、NCD 聯盟召開電話會議，討論如何輔導各國 HPF 以全球觀點，使用徵收菸稅政策，而能永續維持創新的健康資金來源 (Sustainable innovative health financing)。未來 2013 年 8 月 IUHPE 將於泰國舉辦世界健康促進會議，而其中一場 Sub-plenary 將由 INHPF 負責舉辦。

(三) 東南亞菸害防制聯盟 (SEATCA)

1. 創立沿革

東南亞菸害防制聯盟 (SEATCA) 創立於 2001 年，常與政府部門、WHO、相關領域學者專家及民間團體持續合作關係是其最大優勢。SEATCA 的主要使命為在亞洲地區策略性的結盟，有效實行 WHO 所發表的菸草管制框架公約 (FCTC)，倡導菸害防制立法、顯著的健康警示標語、全面禁止菸品廣告及贊助活動、設立無菸環境、徵收菸稅並做為菸害防制工作之資金等項目。

2. 核心策略

- (1) 建立本土的實證基礎；
- (2) 增進菸害防制能力；
- (3) 政策倡議。

3. 提高菸稅之倡議

SEATCA 致力於東南亞各國持續提高菸稅之倡議，除了與東南亞國家聯盟（ASEAN）合作建立實證基礎，並主持各地區菸稅資源中心，辦理工作坊、進行菸品貿易相關研究、發展菸害防制工作手冊等，以貫徹 FCTC 相關內容。

2011 年每包菸徵收的菸稅佔每包菸售價之百分比，70% 以上的國家有汶萊（Brunei）、泰國（Thailand）；50% 以上的國家有新加坡（Singapore）、印尼（Indonesia）及緬甸（Myanmar）；25% 以上的國家有馬來西亞（Malaysia）、越南（Vietnam）、菲律賓（Philippines）及柬埔寨（Cambodia）。倡導提高菸稅仍有許多努力的空間。

4. HPF 之設立輔導

SEATCA 給予寮國（Lao）、越南（Vietnam）及菲律賓（Philippines）必要的技術支援，協助其成立國內的 HPF 並進行管理。

四、肥胖防治討論議題各國之建議

1. 加強民眾宣導教育：

含糖飲料、速食店的增加、過多量的攝取及運動量的減少，是造成肥胖快速增加的主要原因，所以必須加強對民眾的宣導教育，讓民眾知道肥胖對健康之危害，以及造成疾病之醫療和濟負擔。

2. 由學校著手，從小建立健康的飲食習慣，以及防制垃圾食物進入校園；提倡喝水以減少含糖飲料。
3. 建立利於民眾運動的環境，包括慢跑和自行車道等。
4. 立法要求和落實熱量等標示，如有可能可考慮垃圾食物捐，但果難度很高。
5. 改善致胖環境。

6. 以渥太華五大行動綱領，建立有系統的邀約民眾，以及推動醫療院所、社區和職場之減重計畫，讓民眾由做中學會聰明吃、快樂動和天天量體重。
7. 加強政策性研究，協助肥胖防治計畫之推動。

肆、心得及建議

- 一、目前全球面臨非傳染性疾病之威脅，推動健康促進變成很重要，但是有許多國家政府缺乏推動的經費與人力，由於菸害為非傳染性疾病之重要危險因子，藉由徵收菸捐可以同時達到以價制量，除可降低吸菸率外，並可進一步作為推動健康促進之經費，達到有效防治非傳染性疾病的目的。因此，提撥菸捐建立健康基金逐漸變成一種潮流。
- 二、各國健康基金的運作方式不一，其機構有的在衛生部下如馬來西亞，也有像泰國獨立運作，臺灣則是由政府機構運用，各有各的優點：
 1. 在衛生部下，可以和衛生部的政策良好的溝通和配合，但通常規模和人力有限，經費使用彈性較差，也不能接受外界的捐款，且其他部會的合作也較差。
 2. 泰國的基金會主席為總理，副主席為衛生部長，委員含有其他相關部會，所以與其他部會及民間團體之合作順利，但當初成立時和衛生部間也經過一段長時間的磨合，泰國一透明是成功的第一要素。
 3. 臺灣是由國民健康局運用經費，經費使用完全符合國家政策，且可以經由政府的公共衛生系統推動，推動效率較強，但經費的使用受限政府相關規定，所以彈性較差。
- 三、INHPF 的組織中，共有 8 個主要會員國（奧地利、瑞士、泰國、南韓、馬來西亞、澳大利亞、西澳及東加）及 6 個準會員國（加拿大、波蘭、印度、越南、蒙古及阿曼），隨著全球非傳染性疾病防治的推動，參加網絡是一個好的國際交流平台，加上會員國基金會的 CEO 多為該國現

任或退休之重要公共衛生官員或大學教授，經由每年的固定年會，可透過非官方組織進行官方的交流，並能建立良好的互動關係。

四、我國運用菸捐推動健康促進相當有成，並受國際肯定，故 INHPF 邀請國民健康局加入網絡成為會員，分享臺灣的經驗，並協助其他國推動健康促進工作；有鑑於非傳染性疾病防治為 WHO 近年來推動之工作重心，健康促進的重要性將為全球各國重視之議題，臺灣不能在此角色上缺席，建議政府積極參加該網絡活動和年會，除了可以與會員國交流外，也可藉以和其他結盟國際組織交流，以衛生推動國際合作。

伍、附件

本局簡報：

Tobacco Excise Taxes (The Health and Welfare Surcharge) and Health Promotion—
Taiwan's Experiences