

出國報告（出國類別：短期研習）

行政院選送簡任第 12 職等以上
高階公務人員出國短期研習計畫
赴英國考察健康不平等，
赴美國、加拿大考察公共衛生效能評鑑
出國報告

服務機關：衛生福利部國民健康署

姓名職稱：邱署長淑媵

派赴國家：英國、美國、加拿大

出國期間：民國 102 年 6 月 10 日至 6 月 14 日

民國 102 年 9 月 2 日至 9 月 20 日

報告日期：102 年 12 月 12 日

摘 要

本人獲鈞部推薦獲選「102年選送行政院簡任第12職等以上高階公務人員短期研習」計畫，共有兩個研習重點，一是前往英國，研習健康不平等(Health inequity)，了解英國及歐洲之健康不平等分析與作為，並就我國健康不平等分析狀況、因應政策及執行狀況，與研究團隊請益並研議解決之道；二是前往美國及加拿大，就公共衛生部門評鑑標準與測量項目之設計與內涵、評鑑流程、資訊系統、實務經驗等，與評鑑組織進行討論；並拜訪通過評鑑之單位；另亦前往拜會加拿大政府衛生部門。

健康不平等之研習，係至英國倫敦University College London (UCL)之Institute of Health Equity，與全球推動消弭健康不平等之宗師暨世界衛生組織健康之社會決定因子委員會(WHO Commission on Social Determinants of Health)主席Sir Michael Marmot會談及請益，並就撰寫我國健康不平等報告之架構、合作方式及計畫時程，與其團隊詳細深入討論。最主要之收穫包括：1.方法學之確認：針對健康不平等指標，逐一詳加討論，確認其定義、資料來源與統計方法，以利後續正確進行我國健康不平等分析及完成我國健康不平等現況報告。2.介紹我國經驗：向Sir Marmot介紹我國過去進展之資料分析，Marmot教授肯定我國在兩性平權、經濟、教育、健保與公共衛生體系之發展，已獲致某些領域健康不平等之改善，建議我方擇數個成功案例納入未來的健康不平等報告中；未來，我國報告將以英文呈現，以利與國際交流及經驗分享。3.爭取國際大師與我國之長期合作：獲Sir Marmot同意，爾後將指導我國完成健康不平等報告、協助我國研提改善健康不平等之計畫、建立健康不平等之長期監測機制等，甚至不排除，若我國行政院能比照英國模式推動，考慮於推動過程，持續提供協助。

公共衛生效能評鑑之研習重點，係前往美國公共衛生評鑑委員會(Public Health Accreditation Board, 以下簡稱PHAB)及加拿大健康照護國際評鑑(Accreditation Canada International, 以下簡稱ACI)，學習其評鑑標準與測量項目之設計與內涵、評鑑流程、評鑑資訊系統、實務經驗等。

在美國公共衛生效能評鑑之研習，係至美國公共衛生評鑑委員會(PHAB)瞭解其評鑑系統，並實地參訪通過評鑑獲最高分之公共衛生機關-奧克拉荷馬州衛生署(Oklahoma State Department of Health, OSDH)，以及奧克拉荷馬市郡衛生局

(Oklahoma City-County Health Department)，瞭解其準備過程與心得。拜會對象包括公共衛生評鑑委員會執行長Kaye Bender、奧克拉荷馬州衛生署副署長Toni Frioux、Hank Hartsell（註：其署長為美國各州署長協會之當選理事長，正參加其年會）、奧克拉荷馬市郡衛生局監理主席Dr. Cagle與等。美國公共衛生評鑑之發展，係源於2003年國家醫學研究院(Institute of Medicine)報告之建議，經美國疾病管制局(Centers for Disease Control and Prevention)之委託、Robert Wood Johnson Foundation之先驅行動，終而成立PHAB，正式進行國家級公共衛生行政機關評鑑，並由美國各州衛生署長協會與數個地方衛生局協會進行其會員(州與縣市衛生機關官員)之經驗交流與推廣。其評鑑標準與測量項目包含12大領域--社區健康評估、公共衛生調查、告知與教育、社區結合、衛生政策與計畫、公共衛生執法、醫療保健照護可近性、公共衛生人力、品質改善、應用實證基礎、行政與管理、治理；32項標準、約100個測量項目(項目數視機關類型略異)，各項目皆明確標示適用機關類型、目的、重要性、所需文件及文件重點。雖然內容浩繁，卻正可作為衛生行政機關強化組織(structure)、流程(process)與能力(capacity)之完整指引。參與評鑑有三大先決條件：必須完成社區健康評估；必須依評估規劃進行社區健康提昇計畫；必須擬出機關運作之策略計畫(strategic plan)。正式評鑑則有7步驟--申請前、申請、文件選擇和提交、實地訪查、評鑑結果決定、報告、再次評鑑。建有評鑑資訊系統(e-PHAB)進行文件上傳與管理。評鑑過程重視組織之團隊合作與品質精進，參與評鑑之公衛部門可相互標竿學習、對各公衛問題建立最佳案例，並作經驗分享，同時透過定期的再評鑑機制，達到持續追求卓越的目標。

另亦到加拿大瞭解其公共衛生效能評鑑，拜會加拿大健康照護評鑑協會(AC)及參訪通過評鑑最優地方公共衛生單位-東安大略省衛生單位(Eastern Ontario Health Unit, EOHU)，以深入學習公共衛生評鑑標準Momentum standard及其五大核心能力(健康評估、健康監測、健康促進、健康保護、疾病與傷害預防)，17個標準(standards)、115個測量項目(criteria)，評鑑流程、輔助工具、評鑑結果之decision criteria、評鑑系統之修正及改進。同時拜會加拿大公共衛生署(Public Health Agency of Canada)、公衛人力發展中心(Center for Public Health Capacity Development)，瞭解其衛生體系架構、非傳染病防治及健康促進業務、公共衛生發展人力能力之建構模式。重要會面對象有：加拿大公共衛生署國際健康事務辦公室之全球衛生夥伴關係和宣傳部門處長Martin Methot、公衛人力發展中心處長Russell Mawby、健康照護評鑑協會國際事務部執行長Sebastien Audette、東安大

略省衛生單位執行長Paul Roumeliotis等。

比較美國與加拿大之評鑑系統，美國之設計，從一開始就是以衛生行政機關為對象所發展，內容雖然繁複，但十分完整，如同公共衛生行政機關運作之工作指引一般，如能按部就班、一項一項瞭解及執行，可使機關管理更上軌道、效能更加提昇。加拿大 AC 之評鑑，則是以有直接提供健康服務(public health services)之基層衛生單位(public health unit, 例如衛生所)為主要的使用對象，雖然亦有就公共衛生面向進行設計，且內容與操作上較為簡便、友善，並有提供國際評鑑服務，但對於本署或衛生局，可能過於簡略，幫助較有限。爾後將召開會議，邀請中央與地方衛生部門代表、學者專家，進一步比較及討論，以決定我國是否導入、以及導入何者。

在英、美、加參訪的過程，皆把握機會，以簡報與演講介紹台灣健康促進系統、重要計畫與成果，增進國外人士對台灣衛生體系發展水準之了解，包括 UCL、加國衛生部與評鑑協會、美國公共衛生評鑑委員會及奧克拉荷馬州衛生署等，均表示非常希望有機會到台灣做進一步的相互學習，達到交流目的。

關鍵字：健康不平等、公共衛生效能評鑑

第一部分：參訪英國英格蘭公共衛生署及英國倫敦大學健康公平學院

目次

壹、目的	2
貳、過程	3
一、 行程表	3
二、 研習內容	4
〈一〉健康不平等之指標、評量與分析方法	4
〈二〉探究消弭健康不平等之理論架構、策略與國際經驗	6
〈三〉實地了解英國、歐洲在健康不平等上的作為及成果	11
〈四〉就我國當前健康不平等狀況、因應政策、策略及執行狀況，與研究 團隊研議改進之道	21
參、心得與建議	69
肆、附錄	錯誤！尚未定義書籤。
一、附錄 1、各國健康不平等報告架構與指標項目	錯誤！尚未定義書籤。
二、附錄 2、照片	錯誤！尚未定義書籤。

第二部分：參訪美國公共衛生評鑑委員會及加拿大公共衛生署

目次

壹、目的	錯誤！尚未定義書籤。
貳、過程	錯誤！尚未定義書籤。
一、 行程表	錯誤！尚未定義書籤。
二、 研習內容：美國公共衛生效能評鑑	錯誤！尚未定義書籤。
〈一〉 美國 PHAB 公共衛生效能之評鑑標準與指標之定義與內涵	錯誤！尚未定義書籤。
1、 美國公衛評鑑計畫的發展	錯誤！尚未定義書籤。
2、 PHAB 公共衛生效能之評鑑標準與測量項目	錯誤！尚未定義書籤。
3、 標準與測量項目之 12 領域及其標準	錯誤！尚未定義書籤。
〈二〉 美國公共衛生效能之評鑑流程、各步驟之工作表單與執行細節	錯誤！尚未定義書籤。
1、 PHAB 公共衛生效能評鑑的 7 個步驟	錯誤！尚未定義書籤。
2、 標準與測量項目及其應提交證明文件舉例：申請時應提出之三大必要文件	錯誤！尚未定義書籤。
3、 評鑑流程之精進：持續進行評估及研究 ...	錯誤！尚未定義書籤。
4、 PHAB 收費	錯誤！尚未定義書籤。
〈三〉 評鑑資訊系統（e-PHAB）之建立與運作	錯誤！尚未定義書籤。
1、 概述：	錯誤！尚未定義書籤。
2、 e-PHAB 使用流程：	錯誤！尚未定義書籤。
3、 特性	錯誤！尚未定義書籤。
4、 e-PHAB 上的其他組件	錯誤！尚未定義書籤。
〈四〉 組織增能與教育訓練	錯誤！尚未定義書籤。

- 1、 PHAB 提供之訓練與技術協助 錯誤! 尚未定義書籤。
 - 2、 其他技術協助 錯誤! 尚未定義書籤。
- 〈五〉 參訪通過 PHAB 評鑑之州衛生署、市衛生局錯誤! 尚未定義書籤。
1. 參訪奧克拉荷馬州衛生署(Oklahoma State Department of Health, OSDH)..... 錯誤! 尚未定義書籤。
 2. 參訪奧克拉荷馬市-郡衛生局(Oklahoma City-County Health Department, OCCHD)..... 錯誤! 尚未定義書籤。
- 三、 研習內容：加拿大公共衛生效能評鑑 錯誤! 尚未定義書籤。
- 〈一〉 加拿大衛生部(Health Canada) 及公共衛生署(Public Health Agency of Canada) 簡介 錯誤! 尚未定義書籤。
- 1、 加拿大衛生部(Health Canada)..... 錯誤! 尚未定義書籤。
 - 2、 公共衛生署(Public Health Agency of Canada, PHAC)錯誤! 尚未定義書籤。
- 〈二〉 加拿大公共衛生人力發展 錯誤! 尚未定義書籤。
- 1、 背景 錯誤! 尚未定義書籤。
 - 2、 人力訓練發展計畫 錯誤! 尚未定義書籤。
 - 3、 現場流行病學培訓 (Field epidemiology training, CFEP)錯誤! 尚未定義書籤。
 - 4、 加拿大公共衛生服務 (Canadian Public Health Service, CPHS) .. 錯誤! 尚未定義書籤。
- 〈三〉 加拿大 AC 公共衛生效能之評鑑標準與指標之定義與內涵錯誤! 尚未定義書籤。
- 1、 加拿大評鑑協會(Accreditation Canada, AC)簡介錯誤! 尚未定義書籤。
 - 2、 Qmentum 評鑑 錯誤! 尚未定義書籤。

〈四〉 Qmentum 公共衛生效能之評鑑流程、各步驟之工作表單與執行細節	錯誤! 尚未定義書籤。
1、 評鑑過程及方式	錯誤! 尚未定義書籤。
2、 評鑑的決定與結果	錯誤! 尚未定義書籤。
〈五〉 入門評鑑 Primer Accreditation 之評鑑流程、各步驟之工作表單與執行細節	錯誤! 尚未定義書籤。
1、 Primer Accreditation 評鑑流程.....	錯誤! 尚未定義書籤。
2、 步驟及內容	錯誤! 尚未定義書籤。
〈六〉 參訪通過 Accreditation Canada 評鑑之東安大略省衛生單位 (Eastern Ontario Public Health Unit, EOHU)	錯誤! 尚未定義書籤。
參、心得與建議.....	錯誤! 尚未定義書籤。
肆、附錄.....	錯誤! 尚未定義書籤。
一、附錄 1—參訪照片	錯誤! 尚未定義書籤。
二、附錄 2—參訪單位及人員名單.....	錯誤! 尚未定義書籤。

**第一部分：參訪英格蘭公共衛生署及英國倫敦
大學健康公平學院**

Public Health England(PHE)

**UniversityCollegeLondon, Institute of Health
Equity (UCL IHE)**

壹、目的

縮小健康不平等，是公共衛生、人權與國家競爭力的重大挑戰，也是世界衛生組織與各國近年最重視的衛福政策議題之一。世界衛生組織 2003 年出版之「健康與社會決定因子」報告（Wilkinson & Marmot 編輯）指出，即使是在經濟最發達的國家，較貧窮的人相較於富有者仍有較明顯的短壽與較多的疾病。這些差異不僅涉及社會正義，且進一步探究發現：社會環境因素是導致健康差異的關鍵因子，且其影響久遠、乃至終身，稱為健康的「社會決定因子」(social determinants of health; SDH)，包括：貧窮、社會地位、壓力、工作環境、社會隔離、失業、社會支持、交通等等。這個突破性的發現，帶動健康政策的重大變革，由於社會決定因子並非狹隘的醫療衛生服務所能直接改變，因此，想要更全面的提升民眾健康，尤其是縮小不同群體、地區之間的健康落差，除了過去所致力發展的醫療資源、科技創新、全民健保、個人保健以及公共衛生服務，還必須將著力點延伸到醫療衛生領域之外，在各層級政府的各部門、公私機構以及學校、職場、社區等各場域，創造更健康的社會環境，才可能達到效果。

世界衛生組織於 2005 年成立「社會決定因子與健康」委員會（Commission on Social Determinants of Health），由 Sir Michael Marmot 教授擔任主席。Marmot 教授指出，健康的階級落差（social gradient in health），是來自於權力、收入、物資與服務的分配不均；獲取健康照護與教育資源的障礙；住家、工作、休閒與社區的環境；以及人們過富裕生活的機會。這些與各國或各地政府的社經政策息息相關。健康與健康不平等通常不是社經政策的原始目的，卻深受其影響。他認為，必須幫助各國在社會經濟的發展過程中，注意到權力、財富與資源分配的公平性、適當性，以使其亦伴隨增進健康與縮小健康不平等的結果；而這又有賴於透過專業分析，提出健康不平等存在的具體事實，才能藉以展開溝通或社會倡議，產出有益的政策，同時，亦必須持續監測社會不平等的變化，以逐步邁向更健全公義的社會。

臺灣亦存在健康不平等問題，包括偏遠地區、原住民以及低社經階層民眾等，皆與其他群體間存有嚴重健康落差。值此衛生福利部成立之際，正是結合衛生與福利之力量，有效弭平健康與人權落差之契機，故前往英國倫敦 University College

London 之 Institute of Health Equity，與全球推動消弭健康不平等之宗師，暨 WHO Commission on Social Determinants of Health 主席 Sir Michael Marmot 教授會談及請益，並就撰寫我國健康不平等報告之架構、合作方式及計畫時程進行討論。

貳、過程

一、行程表

本項「赴英國研習健康不平等」分兩階段於 102 年 6 月和 9 月辦理，行程表如下：

表一 「赴英國研習健康不平等」行程表

日期	起迄地點	參訪機構與研習內容
6月10日(一)	芬蘭－英國	於芬蘭赫爾新基參加Global Conference on Health Promotion preconference會後，啟程前往英國倫敦
6月11日(二)	英國倫敦	國際文獻探討與撰擬我國健康不平等資料分析架構，包括： 一、就國際健康不平等之重要參考文獻進行回顧與探討，就包含美國、英國、加拿大及歐洲等地區之健康不平等報告進行文獻查閱，摘錄其內容架構與指標項目。 二、就國際文獻查閱結果，研提我國健康不平等資料分析架構，包含現況、過去回顧以及未來規劃。 三、就網際網路無法取得之國際健康不平等文獻，實地前往大英圖書館、英國倫敦大學圖書館進行實體文獻資料蒐集。
6月12日(三)	英國倫敦	
6月13日(四)	英國倫敦	
6月14日(五)	英國倫敦	
6月15日(六)	英國－挪威	轉程前往挪威奧斯陸參加第38屆世界醫院大會
9月2日(一)	台灣－英國	啟程前往英國倫敦
9月3日(二)	英國倫敦	參訪英格蘭公共衛生署(Public Health England; PHE)，瞭解其業務內容與降低健康不平等之努力，並就雙方業務重點及未來臺英雙方可能合作事項進行交流。 註：在國際衛生事務上，是由英格蘭代表全英國
9月4日(三)	英國倫敦	參訪英國倫敦大學健康公平學院(University College London, Institute of Health Equity; UCL IHE)，與Sir Michael Marmot教授會談並請益
9月5日(四)	英國倫敦	於英國倫敦大學健康公平學院與兩位Deputy

		Director (Jessica Allen博士和Peter Goldblatt教授) 就我國撰寫健康不平等報告之架構、合作方式及 計畫時程進行討論
9月6日(五)	英國倫敦	健康不平等研習資料整理、公共衛生效能評鑑研 習準備
9月7日(六)	英國倫敦	假日
9月8日(日)	英國－加拿大	轉程前往加拿大

二、 研習內容

University College London 之 Institute of Health Equity 成立於 2011 年，由 Sir Michael Marmot 教授領導及擔任 Director，幫助世界衛生組織進行健康不平等之研究及倡議，探究全球、國家及地方性政策之影響，參與實務工作並提供建言，並建立實證基礎、能力培育等，執國際之牛耳，極具學習與交流價值。

本次健康不平等之研習內容包括：

- (一) 健康不平等之指標、評量與分析方法。
- (二) 探究消弭健康不平等之理論架構、策略與國際經驗。
- (三) 實地了解英國、歐洲在健康不平等上的作為及成果。
- (四) 就我國當前健康不平等狀況、因應政策、策略及執行狀況，與研究團隊研議改進之道。

〈一〉健康不平等之指標、評量與分析方法

世界衛生組織於 1978 年 Alma Ata 宣言揭示：「國際之間與各國國內的健康不平等，是政治上、社會上，以及經濟上都不可接受的事實」，世界衛生組織於 2003 年成立 Commission on Social Determinants of Health，提出消弭健康不平等的策略建議，並建立全球均健行動網絡，有系統地探討全球健康不平等問題、相關社會決定因素及解決策略。該委員會於 2008 年出版”Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health”報告，將健康平等、社會公義，以及增進個人、社區與國家能力作為其中心思想，並提出具實證基礎且具體可行的消弭健康不平等的策略建議，其三大建議包括：改善日常生活狀況，解決權力、金錢和資源分配之不平等，以及測量並瞭解問

題之所在，並評估行動計畫之影響。因此，要減少健康不平等，除了需要規劃、方法及設定目標外，尚需建置監測系統來監控介入的過程及成效。其健康不平等指標的建置，需考量不同國家狀況，所需獲得的資訊應有所不同，並針對缺乏監測機制的地區，加強健康基礎資料庫的建置。

該報告建議之基本監測項目如下表所示，摘述其重點包括：一個國家對於健康公平的監測，至少應能提供其國內不同社會經濟狀況和地區別族群最基本的疾病率和死亡率資料，這些資料需具備全國代表性以及跨時間可比較性。在最理想的狀況，死亡率資料需建立於完整且高品質的生命統計登錄，疾病率則以健康調查方式收集。在許多無生命統計資料收集機制的中低收入國家，可能尚需仰賴健康調查方式來收集死亡率資料。為能探討健康不平等，應收集建置之健康結果數據及用以測量及分析平之資料項目如下：

1. 有關健康結果之資料項目：

- (1) 死亡率：嬰兒死亡率、五歲以下死亡率、孕產婦死亡率、成年人口死亡率，零歲平均餘命
- (2) 疾病率：應有三項以上與該國家民眾健康狀況相關之疾病率資料，疾病項目會因不同國家之情境(context)而異，但宜包括肥胖、糖尿病、營養不良、HIV 以及自評之心理和身體健康狀況。

2. 有關公平之測量：

- (1) 性別
- (2) 兩項以上的社會指標：如教育、收入和富裕程度、職業等級、種族等
- (3) 一項以上地區別資料：如城鄉別、省份等
- (4) 包含一項以上不同社會族群間之健康不平等直接比較，以及一項以上之率比或族群可歸因危險百分比之相對比較。
- (5) 在適用的狀況下針對原住民族群收集高品質的資料。

表二 有關健康公平之基本監測系統

BOX 16.2: A MINIMUM HEALTH EQUITY SURVEILLANCE SYSTEM	
<p>A minimum health equity surveillance system provides basic data on mortality and morbidity by socioeconomic and regional groups within countries. All countries should, as a minimum, have basic health equity data available that are nationally representative and comparable over time. Ideally, mortality is estimated on the basis of complete, good-quality registries of vital events, while morbidity data could be collected using health interview surveys (Kunst & Mackenbach, 1994). In many low- and middle-income countries, health surveys will remain an important source of information on mortality in the near future.</p> <p>Health outcomes:</p> <p>mortality: infant mortality and/or under-5 mortality, maternal mortality, adult mortality, and LEB;</p> <p>morbidity: at least three nationally relevant morbidity indicators, which will vary between country contexts and might include prevalence of obesity, diabetes, undernutrition, and HIV;</p>	<p>self-rated mental and physical health.</p> <p>Measures of inequity:</p> <p>In addition to population averages, data on health outcomes should be provided in a stratified manner including stratification by:</p> <p>sex;</p> <p>at least two social markers (e.g. education, income/wealth, occupational class, ethnicity/race);</p> <p>at least one regional marker (e.g. rural/urban, province);</p> <p>Include at least one summary measure of absolute health inequities between social groups, and one summary measure of relative health inequities between social groups (see Box 16.3).</p> <p>Good-quality data on the health of Indigenous Peoples should be available, where applicable.</p>

資料來源：Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health, WHO, 2008

在上述基本監測項目當中，我國已例行針對嬰兒死亡率、五歲以下死亡率、孕產婦死亡率、成年人口死亡率，零歲平均餘命進行統計及發布統計結果，目前亦規劃藉由死亡診斷書欄位修正，改善孕產婦死亡率登錄之完整性，透過全民健保申報資料、重要疾病登錄及健康調查等方式，可針對疾病率進行分析。在公平之測量指示項目，性別為我國現行各項公務統計資料收集之必要項目，目前各部會亦致力將原住民相關統計納入資料收集機制，期能就原住民之資料進行統計分析與比較。各項生命統計、通報登記等公務統計及健康監測調查，大多能依縣市別進行分層比較，透過資料收集項目所含之教育、籍貫或族群別欄位，或以身分證字號和內政部戶籍登記資料串連，可就教育、或籍貫和族群別進行分析，在職業階層、收入等社會經濟地位之資料收集，不論定義、測量或資料收集方式，均有可以加以補強之處。

〈二〉探究消弭健康不平等之理論架構、策略與國際經驗

縮小健康不平等為世界衛生組織與各國近年高度重視的工作挑戰，世界衛

生大會在 2009 年通過一項決議，要求世界衛生組織和所有會員國在社會決定因素方面採取行動。2011 年提出的「健康問題社會決定因素里約政治宣言」，期望透過五個主要的行動領域來解決社會決定因素來增進健康、減少不公平和促進發展，包括：

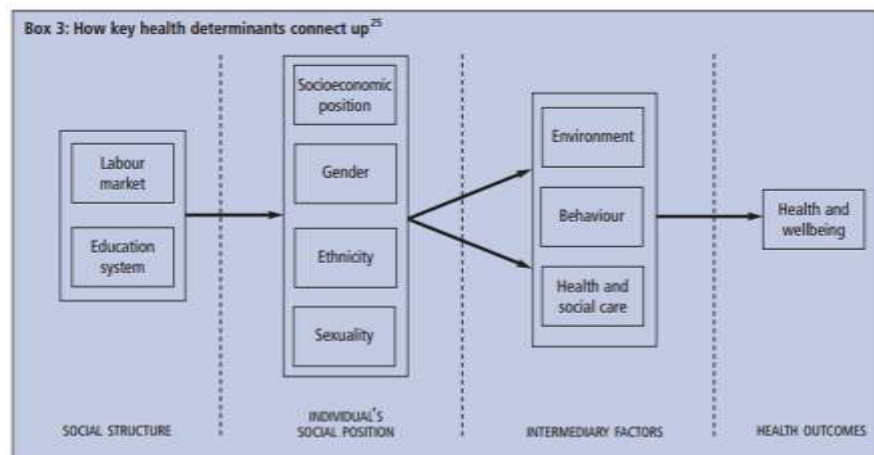
1. 國家需要採取更好的衛生和發展治理方式
2. 必須促進參與政策制定和實施進程以確保有效治理
3. 衛生部門應堅決採取行動減少衛生不公平之現象
4. 全球治理與合作應當得到加強
5. 加強問責制和監測系統

近年世界衛生組織各區署皆對健康不平等議題表現高度關注，各國紛紛將健康之社會決定因素納入政策議程，並發展相關行動計畫，鼓勵政府部門重視健康不平等議題及設法改善，並加強與 WHO、Health GAEN、WHO European Region 等全球或區域性組織合作。依據 2013 年 5 月出版的世界衛生報告，在過去 20 年中，世界上最貧窮的國家在衛生方面出現了巨大的改進，也縮減了最佳和最差國家之間的健康差距。

英國 NHS 之 Health Development Agency 在 2004 年曾針對健康之決定因素如何影響健康提出簡單架構，舉凡因勞動市場或教育體系所致社經濟地位、性別、種族落差，進而造成環境、行為和健康或福利服務利用差距，均可能影響健康及造成健康之不平等。(圖一)

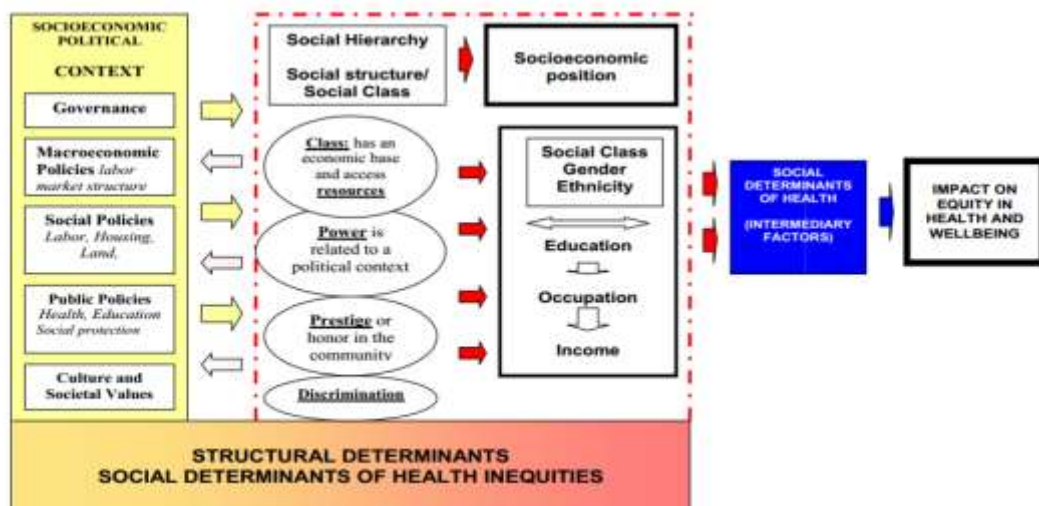
世界衛生組織 Commission on Social Determinants of Health 在 2007 年提出的 A Conceptual Framework for Action on the Social Determinants of Health 文件，由社會階層、社會結構以及個人社會經濟地位等健康之社會決定因素與健康不平等之關連，思考社會經濟及政治等背景因素對健康和福祉之影響。(圖二)

圖一 健康之社會決定因素與健康之連結



資料來源：Health inequalities: concepts, frameworks and policy, 2004, NHS

圖二 社會決定因素與健康不平等



資料來源：A Conceptual Framework for Action on the Social Determinants of Health, 2007, WHO

WHO 在 2011 年提出的架構，由資源投入及其過程、產出、結果與影響的角度，探討如何監控與評估健康不平等。(圖三)

圖三 國家衛生單位應監測、評估及審視之健康不平等項目

Figure 1.2 Components of a national health sector monitoring, evaluation and review framework



Source: Adapted from Monitoring, evaluation and review of national health strategies: a country-led platform for information and accountability. Geneva, World Health Organization, 2011.

資料來源：Handbook on health inequality monitoring, 2013, WHO

Marmot 教授及其 UCL IHE 團隊成員在 2010 年為英國提出 Fair society, healthy lives: strategic review of health inequalities in England post-2010 報告(簡稱為 Marmot review)，這份報告有四大任務：

1. Identify, for the health inequalities challenge facing England, the evidence most relevant to underpinning future policy and action (發掘問題與相關實證)
2. Show how this evidence could be translated into practice (研究轉譯)
3. Advise on possible objectives and measures, building on the experience of the current PSA(Public Service Agreement) target on infant mortality and life expectancy (目標與措施建議)
4. Publish a report of the Review's work that will contribute to the development of a post-2010 health inequalities strategy (未來策略發展)

該報告以實證觀點探究健康之社會決定因素，分析民眾所處生活或工作環境和健康不平等的關係，談及英國民眾並非每一個人都像最優勢的族群一樣，有機會活得很好或免於疾病，重要發現包括：

1. 相較於較富裕之人口群，居住在最貧窮地區的人口，死亡年齡較早，失能年數也較長。
2. 健康不平等係源自一個人居住、收入、教育、社會隔離、失能等因素之交互作用，並受經濟和社會階層之強大影響。
3. 健康不平等有階級落差 (social gradient in health inequalities)，社會經濟狀況越差者，健康狀況通常也越差。
4. 為降低健康之階級落差，必須採取全面行動，並因應弱勢程度而有比例差異

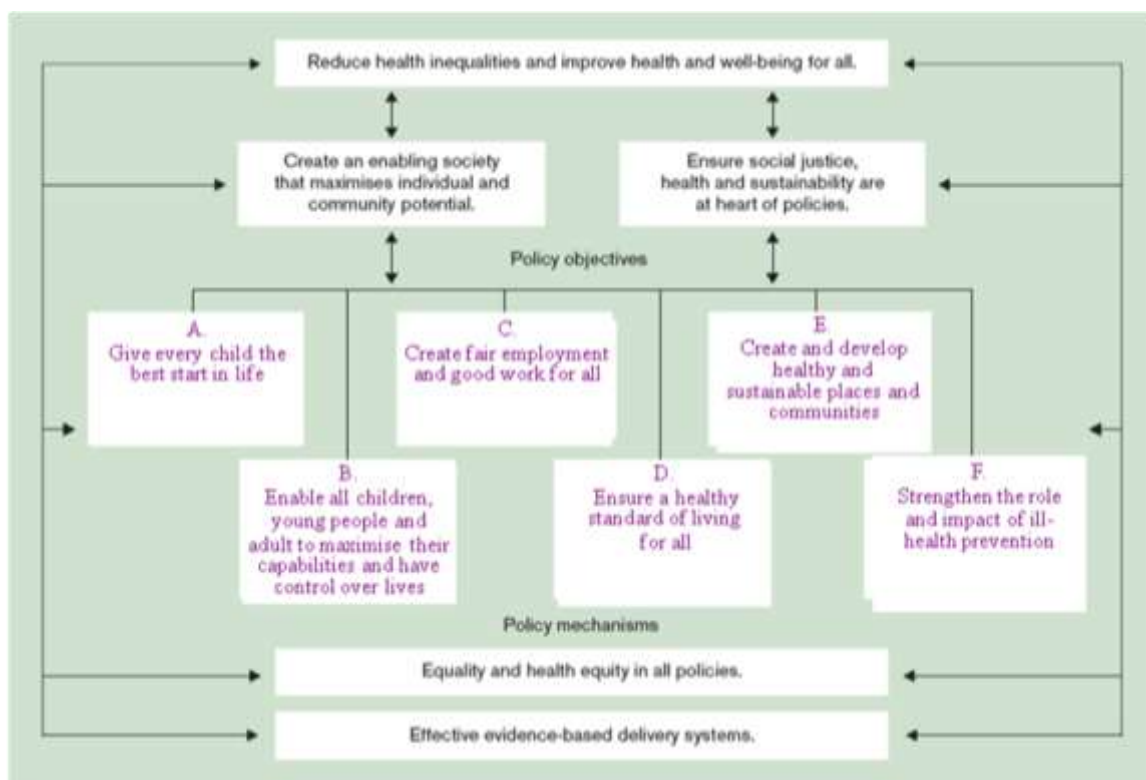
(proportionate universalism)。

5. 大多數的健康不平等現象是可以被避免的。
6. 國家最重要的措施或社會發展目標應不僅止於經濟成長，也應著重健康和福祉的公平分配與永續。

Marmot review將增進健康公平的政策或行動歸納為六大領域（圖四），包括：

1. Give every child the best start in child life給予每一位兒童最佳的童年起點
2. Enable all children, young people and adults to maximize their capabilities for controlling over lives幫助所有兒童、青年與成人，將其控制生活的能力發揮到極致
3. Create fair employment and good work for all為所有人創造公平的就業與良好的工作
4. Ensure a healthy standard of living for all確保所有人擁有健康的生活水準
5. Create and develop healthy and sustainable places and communities營造健康永續的場所與社區
6. Strengthen the role of ill-health prevention 強化預防的角色

圖四 Conceptual framework for action on the social determinants of health inequalities



資料來源：Fair society, healthy lives: strategic review of health inequalities in

這份 Marmot review，運用英國多年來所建置之資料庫加以分析，詳細陳述英國健康不平現況、案例及相關政策意涵，是國際最受採用的範本。

為檢視國家內部或區域內不同國家所存在之健康不平等現象，以瞭解過去改善公共衛生工作之進展，並提供擬定消弭健康不平等相關行動計畫之參考，包括加拿大、美國以及歐盟等，已就健康不平等現象進行測量與撰寫健康不平等國家或區域報告，其報告之內容架構，以及用以檢視健康不平等現況及長期趨勢之指標詳如附錄 1。

〈三〉實地了解英國、歐洲在健康不平等上的作為及成果

1. 衛生部門之角色與任務

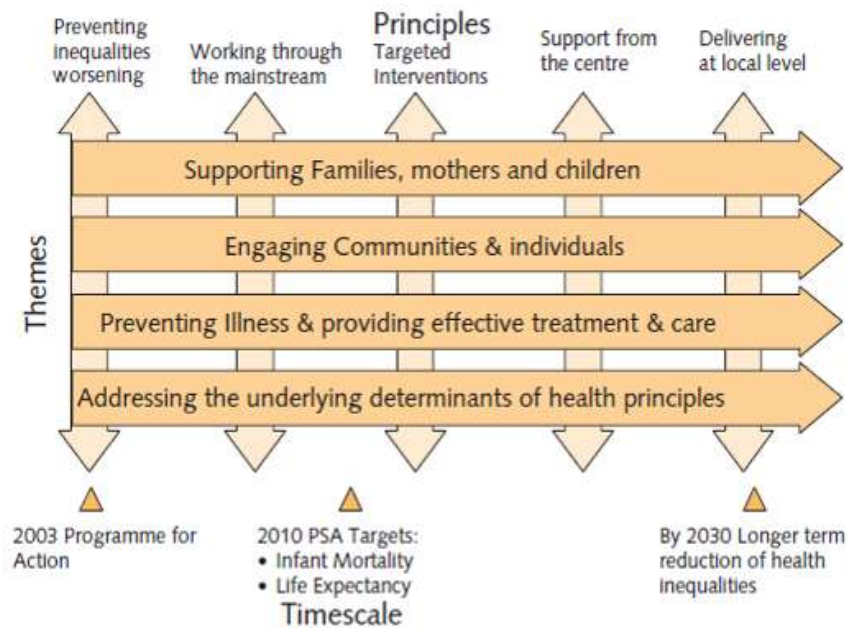
英國衛生部在 2003 發布「Tackling Health Inequalities--A Programme for Action」，因應當時所面臨的健康不平等現象，訂定 National Public Service Agreement (PSA) target，提出在 2010 年降低嬰兒死亡率和零歲平均餘命不平等達 10% 之目標(By 2010 to reduce inequalities in health outcomes by 10% as measured by infant mortality and life expectancy at birth)，其計畫主軸、推動原則，以及時間表如圖五，相關政治承諾包括：

- (1) Supporting families, mothers and children
- (2) Engaging communities & individuals
- (3) Preventing illness & providing effective treatment & care
- (4) Addressing the underlying determinants of health principles

該行動計畫也特別針對偏鄉、未成年父母、弱勢老人、少數族裔等弱勢族群提出介入服務措施。透過公部門、社區、企業、志工夥伴關係，跨部會之合作以及具實證之有效介入，降低健康不平等，其框架詳如下頁圖示。(圖六)

圖五 英國健康不平等行動計畫之主軸與原則

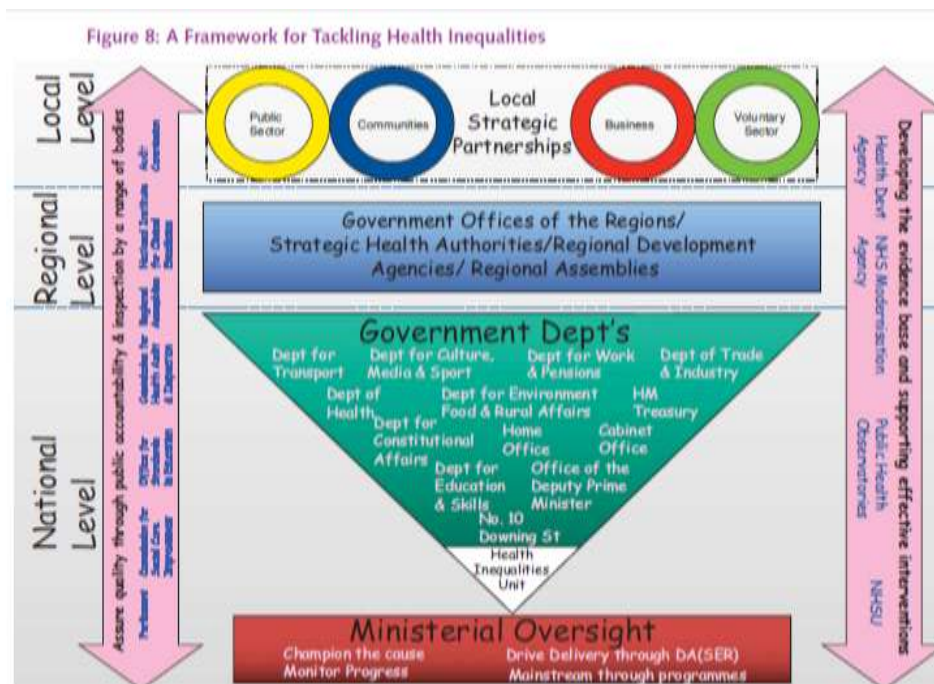
Figure 2: Health Inequalities Programme for Action: Themes and Principles



資料來源：Tackling Health Inequalities--A Programme for Action, 2003,

Department of Health, UK

圖六 英國降低健康不平等之行動框架



資料來源：Tackling Health Inequalities--A Programme for Action, 2003,

Department of Health, UK

歐洲國家在 2009 年提議各國應有降低健康不平等之策略，為瞭解各國進展，亦就當前推動健康公平策略之績效加以評估。此行參訪之英國英格蘭公共衛生署(Public Health England, 簡稱 PHE)，健康處處長 Kevin Fenton 博士 (Director of Health and Wellbeing) 在會議過程談到，該機關將健康公平列為當前業務重點之一，透過相關學理及流行病學數據，檢視所提供介入服務之分布，以及分布之不平等，也和 Marmot 教授之團隊合作，看 Marmot review 所涵蓋行動領域之推動成果，由中央協助地方政府推動計畫，承諾改善健康公平，並將增進健康公平之理念融合到所辦理的各項業務之中。

英國 PHE 在 2013 年 4 月成立以來，亦將健康公平列入其業務範疇，在 PHE 公布的英格蘭公共衛生平等分析(Public Health England equality analysis) 當中，提到 PHE 以降低健康不平等為目標，和各英國其他公部門一樣，需遵循 2010 年通過的 Equality Act 第 11 部第 1 章所規範的 Public Sector Equality Duty。在實務上將健康公平的思維置入各個不同的部門的決策之中，加強跨單位的合作與連結。PHE 的組織架構設計，也受到 Marmot review 所提出政策建議的影響，例如其健康處之業務職掌(Health and Wellbeing directorate)，即包括協助地方權責機關改善健康不平等，運用具實證的策略改善導致各生命週期主要死因和罹病的決定因素。其資訊處 (Chief Knowledge Office directorate)則負責相關資料統計、研究與決策相關資訊之提供，並負責相關訊息之發布與溝通。

2. 健康不平等監測資料收集與分析應用

英國對於健康之社會決定因素資料收集與研究分析，可追溯至 1930 年代，迄今已有數十年的歷史，知名研究包括 1946 年開始進行長期追蹤的 British National Birth Cohort study，以及為探討健康之社會決定因素，自 1967 起以 20-64 歲男性公務員為對象所辦理的 Whitehall study。另有一項千禧年展開之出生世代研究(Millennium Cohort Study)，世代成員已追蹤至 11

歲，可就兒童 best start 之議題進行分析。Marmot 教授所主持之另一項以 55 歲以上中老年樣本為對象之長期追蹤，則可提供不同社會經濟條件族群之死亡率相關研究分析運用。

社會經濟資料不盡源自於健康調查，必須綜合運用非健康部門收據之資料。有些國家會由主計部門定期收集社會經濟狀況數據，以歐洲為例，UCL IHE 在協助歐洲進行健康不平等分析時，即運用很多源自於歐洲 30 餘國所進行的 EU Survey of Life condition 調查資料，以個案是否擁有常見之家庭設備或用品項目加以界定，將缺乏三項以上常見之家庭設備或用品項者，視之為 social deprived，並探討 social deprived 與健康狀況之關係。此外，也運用教育部門所收集的學童資料，包括將學童 5 歲入學至 15 歲資料，和提供低收入戶兒童免費午餐、或地區別、族群別、家戶狀況（如：房屋、就業、收入）等社會經濟變項連結比對，分析社會經濟變項和日後健康狀況或健康結果之關連，利用長期追蹤研究或結合各類不同來源資料進行的生態相關研究(ecological study)，驗證健康和社會決定因素之相關。

我國對於探討健康不平等相關社會決定因素之資料收集歷史，雖不若英國久遠，但近年陸續於各項跨生命週期之監測調查擴增有助探究健康不平等之社會決定因素資料收集，因戶籍資料所含社會經濟狀況資訊有限，故也針對兒童、青少年或中老年建立世代進行長期追蹤，以探討社會經濟狀況對健康或發展之影響，項目包括自 2005 年起，以具全國代表性樣本進行之台灣出生世代研究，自 1989 年起辦理之中老年身心社會健康長期追蹤研究，並預定自 2014 年起規劃辦理青少年世代之長期追蹤研究，收集青少年至成年前期健康行為發展歷程與相關影響因素，並探討各項社會環境因子對健康促進或危害健康行為養成之影響，期能運用於我國之健康不平等現況評估，並提供降低健康不平等行動方案擬定及目標值達成狀況追蹤之用。

衛生福利部成立之後，適可以發揮衛生與社會福利體系與人力物力資源整合之強大力量，連結相關資料進行高風險家庭及其子女之健康狀況分

析，有效運用既有之社會福利相關網絡或平台與提供適切之服務。而國民健康署有意於明年規劃啟動新婚夫妻健康諮詢，可藉諮詢收集 risk classification 相關資料，另將加強生育與生產之弱勢照護與補助，包括強化婦幼預防保健服務之內容、強化弱勢高風險孕產婦與兒童之社區關懷體系，諸如此類資料收集機制或服務提供平台之整合，均有助於降低健康不平等。

3. Marmot review 架構之參照與應用

為參照英國 Marmot review 所運用之架構與健康指標項目，就我國現有資料進行健康不平等分析，爰就 Marmot review 所涵蓋之 37 項健康不平等分析項目，進行逐項比對。原以為我國可用資料有限，在 Marmot review 所列 37 項健康不平等分析項目當中，有 20 餘項並無法比照進行分析，然此次赴英研習健康不平等期間，實地逐項深入請教，並就資料限制、分析疑義及資料不足之替代方案，與 UCL IHE 兩位 Deputy Director—Jessica Allen 博士、Peter Goldblatt 教授討論，針對 Marmot review 各項健康不平等分析，我國可參照分析方法或替代方案，依與 UCL IHE 團隊討論結果，逐項分述如表三。

表三 英國 Marmot review 所運用健康指標項目之對應分析

英國 Marmot review 健康不平等分析項目	我國可參照分析方法或替代方案
平均餘命、健康餘命、失能年數	
FIGURE 1.1 Life expectancy and disability-free life expectancy (DFLE) at birth, persons by neighbourhood income level, England, 1999–2003 SOURCE: Office for National Statistics	查詢確認普查資料是否適用之收入及失能變項，由普查資料抽樣並死亡檔進行串連比對分析，若國民健康調查樣本數足夠，亦可運用調查資料與死因檔比對分析，以估算不同收入等級人口群之 DFLE。
FIGURE 2.8 Number of years from birth spent with disability, persons by neighbourhood income level, England, 2001 SOURCE: Office for National Statistics	
FIGURE 2.9 Disability-free life expectancy at birth, persons, regional averages at each neighbourhood income level, England, 1999–2003 SOURCE: Office for National Statistics	

表三 英國 Marmot review 所運用健康指標項目之對應分析（續1）

英國 Marmot review 健康不平等分析項目	我國可參照分析方法或替代方案
平均餘命、健康餘命、失能年數（續）	
FIGURE 2.1 Life expectancy at birth by social class, (a) males and (b) females, England and Wales, 1972–2005 SOURCE: Office for National Statistics Longitudinal Study	方法同上，惟以社會階層替代上項之收入層級，並就性別做區分。
FIGURE 2.4 Life expectancy at birth in England and in Spearhead areas, (a) males and (b) females, 1995–7 to 2006–8 SOURCE: Department of Health	Spearhead and non-spearhead 為英國特有之地區分類項目，可用地方衛生單位是否採行與零歲平均餘命有關之介入措施替代。
FIGURE 2.5 Difference between (a) male and (b) female life expectancy in 1995/7 and that in (i) 2002/4 and (ii) 2006/8 for Spearhead and Non-spearhead local authorities, by level of life expectancy in 1995/7 SOURCE: Office for National Statistics	
死亡率	
FIGURE 2.2 Relative difference in infant mortality rates between babies with fathers in routine and manual occupations and all with parents married or jointly registered, 1994/6–2005/7 SOURCE: Department of Health	出生通報或戶籍資料皆無父親職業欄位，但可利用母親教育程度做為社會經濟地位之替代指標，並比較嬰兒死亡率，是否因母親教育程度之高低而有落差。
FIGURE 2.3 Trends in the infant mortality PSA target indicator 1997/9 to 2006/8 and projections to 2009/11 SOURCE: Department of Health	PSA target 為英國特有項目，可運用台灣之類似之目標值替換。
FIGURE 2.19 Estimated number of infant deaths that would be avoided if all quintiles had the same level of mortality as the least deprived, 2005–6 SOURCE: Office for National Statistics Health Statistics Quarterly	建議用台灣出生世代進行分析，將可避免之嬰兒死亡數，改以可避免之低出生體重替代。
FIGURE 2.42 Child deaths by socioeconomic class (NS-SEC), 2001–2003 SOURCE: Office for National Statistics	可運用出生通報、戶籍資料及死亡檔連結分析。

表三 英國 Marmot review 所運用健康指標項目之對應分析（續2）

英國 Marmot review 健康不平等分析項目	我國可參照分析方法 或替代方案
死亡率（續）	
FIGURE1.6 Age standardized mortality rates by socioeconomic classification (NS-SEC) in the North East and South West regions, men aged 25-64, 2001-2003 SOURCE:Office for National Statistics	地區別之經濟狀況，可運用不同縣市之社會福利狀況指標(例如：接受弱勢補助之人數占縣市人口比例)，並與各縣市之年齡標準化死亡率進行分析比較。
FIGURE 2.6 Age standardised mortality rates by socioeconomic classification (NS-SEC) and region, men aged 25–64, 2001–2003 SOURCE:Office for National Statistics	
FIGURE 2.10 Age standardised (a) circulatory disease and (b) cancer death rates at ages under 75, by local ward deprivation level, 1999 and 2001–2003 SOURCE:Office for National Statistics Health Statistics Quarterly	
健康狀況、慢性疾病	
FIGURE 2.7 Percentage of (a) males and (b) females with limiting long-term illness, by age and (NS-SEC), 2007 SOURCE:Office for National Statistics General Household Survey	可用國民健康訪問調查資料進行分析。
FIGURE2.26 Standardised limiting illness rates in 2001 at ages 16–74, by education level recorded in 2001 SOURCE:Office for National Statistics Longitudinal Study	
FIGURE 2.27 Standardised limiting illness rates at ages 55 and over in 2001 by the educational level they had in 1971 SOURCE:Office for National Statistics Longitudinal Study	
FIGURE2.34 The social gradient in the metabolic syndrome, Whitehall II study, 1991–1993 SOURCE:Whitehall II Study	已應用三高盛行率調查資料進行分析。
FIGURE 2.11 Age standardised percentage of women with a General Health Questionnaire (GHQ) score of 4 or more by deprivation quintile, 2001 and 2006 SOURCE: Health Survey for England	可用國民健康訪問調查資料進行分析，並將GHQ 以其他量表替代。

表三 英國 Marmot review 所運用健康指標項目之對應分析（續3）

英國 Marmot review 健康不平等分析項目	我國可參照分析方法或替代方案
危險因子	
FIGURE 2.13 Percentage of (a) males and (b) females smoking, by socioeconomic class (NS-SEC), 2001–7 SOURCE:Office for National Statistics General Household Survey	可用台灣成人吸菸行為調查資料進行分析。
FIGURE 4.11 Evidence of the effect of smoking cessation interventions across the social gradient SOURCE:Thomas et al	可由國民健康署健康教育及菸害防制組委外計畫獲得。
FIGURE 2.14 Alcohol-attributable hospital admissions by small area deprivation quintile in England, 2006–2007 SOURCE:NHSInformationCentreHospital Episode Statistics	可運用全民健保申報檔進行分析。
FIGURE 2.15 Obesity prevalence at ages 16 and over by social class, (a) males and (b) females, 1997–2007 SOURCE:National Obesity Observatory, based on the Health Survey for England	可運用歷年健康行為危險因子監測系統(BRFSS)調查資料進行分析。
FIGURE 2.16 Prevalence of obesity (>95th centile) by region and deprivation quintile for children aged 10–11 years, 2007/8 SOURCE: National Obesity Observatory, based on the Health Survey for England	可運用台灣青少年健康行為調查資料進行類似之分析。
FIGURE 4.12 Prevalence of underweight, overweight and obese children in Year 6, by ethnic category, England, 2008/9 SOURCE:National Child Measurement Programme	可運用台灣出生世代資料進行類似之分析。
FIGURE 4.13 Minutes per day spent doing sport, on school and non-school days, across four income bands, 2007 SOURCE:Carol et al	可運用台灣青少年健康行為調查資料進行類似之分析。
FIGURE 4.6 Proportion reporting any cycling in a typical week in the previous year, by social grade, 2006 and 2009 SOURCE: Department for Transport	可運用國民健康訪問調查資料進行類似之分析。
FIGURE 2.17 Prevalence of problematic drug users aged 15–64 years by local authority of residence and Index of Multiple Deprivation, 2006/7 SOURCE:North West Public Health Observatory	連繫瞭解教育部是否有可用資料，或列入未來資料收集項目。
FIGURE 2.41 Distance travelled per person per year in Great Britain, by household income quintile and mode, 2008 SOURCE: National Travel Survey	需查詢瞭解其他部會是否有可用資料，或列入未來資料收集項目。
FIGURE 4.7 Percentage of population by social grade who visit a green space infrequently in a year, 2009 SOURCE: Department for Environment, Food and Rural Affairs, Energy Savings Trust	需查詢瞭解其他部會是否有可用資料，或列入未來資料收集項目。

表三 英國 Marmot review 所運用健康指標項目之對應分析（續4）

英國 Marmot review 健康不平等分析項目	我國可參照分析方法 或替代方案
兒童發展	
<p>FIGURE 2.18 Maths scores from ages 7–16 years by birth weight and social class at birth, 1958 National Child Development Study SOURCE:1958 National Child Development Study</p>	<p>已取得台灣出生世代研究個案之家長同意，將樣本兒童之調查資料與教育部持有之學業資料串連分析。或考慮將數學分數列入未來追蹤調查收集。</p>
<p>FIGURE 2.20 Links between socioeconomic status and factors affecting child development, 2003–4 SOURCE:Department for Children, Schools and Families</p>	<p>可運用台灣出生世代資料進行類似之分析。</p>
<p>FIGURE 2.21 Inequality in early cognitive development of children in the 1970 British Cohort Study, at ages 22 months to 10 years SOURCE:1970 British Cohort Study</p>	
<p>FIGURE 2.22 Indicators of school readiness by parental income group, 2008 SOURCE:Washbrook and Waldfogel</p>	
<p>FIGURE 2.23 Attainment gap from early years to higher education by eligibility for free school meals, 2009 SOURCE:Department for Children, Schools and Families and Higher Education Statistics Agency</p>	<p>連繫瞭解教育部是否有可用資料，或列入未來資料收集項目。</p>
<p>FIGURE 2.24 Percentage of pupils achieving 5 or more A*-C grades at GCSE or equivalent by gender, free school meal eligibility and ethnic group, 2008/9 SOURCE:Department for Children, Schools and Families</p>	
<p>FIGURE 2.25 Percentage of pupils achieving 5 or more A*-C grades including English and Maths at GCSE by income deprivation of area of residence, England, 2008/9 SOURCE:Department for Children, Schools and Families</p>	
<p>FIGURE 4.2 Reading at age 11 by social class and pre-school experience, findings from the Effective Provision of Pre-School Education Project (EPPE), 2008 SOURCE:Department for Children, Schools and Families, Effective Provision of Pre-School Education Project</p>	

其他針對資料分析之整體建議事項如下：

- (1) 在長期追蹤資料不足之情況下，可運用現有之歷年統計資料或調查資料建立 pseudo-cohort，探討不同 social group 之世代和年齡效應。
- (2) Marmot review 有許多以 neighborhood 社會經濟狀況為資料分析之單位，台灣和英國之社會狀況有別，尚不確定是否合適以 neighborhood 作為資料分析單位，且社會經濟資料通常是以縣市層級為資料收集單位之 aggregated data，欠缺小區資料，須再瞭解台灣戶口及住宅普查資料是否有足夠之個人社會經濟資料，是否可以取得普查資料進行抽樣，再依居住地區別分為區段(block)進行分析。
- (3) 可將早期具社經資料之普查資料，與死亡檔及健保資料作連結，回溯建立可供分析之具全國代表性世代追蹤資料，以分析罹病、就醫與死亡之健康不平等。例如英國即是 National Health Register 登錄的死亡記錄和普查資料作連結。若前述方法不可行，在樣本數足夠之情況下，尚可運用具全國及縣市代表性之國民健康訪問調查資料，與死亡登錄或健保資料作連結，運用其中所集之健康及社會決定因素資料，進行分析，擴大資料用途。

會談當中，Marmot 教授談到在探討收入相關議題時，應考量維持健康生活所需最低收入(minimal income necessary for healthy living)，其概念和法定之最低工資(legally accepted minimal wages)不同，也會因居住地區生活費用而異，收入高於貧窮線並不代表不貧困，要視養育子女數而定。因此，Marmot 教授在其報告中建議應計算維持健康生活所需最低收入。以往有學者致力於維持健康生活所需最低收入計算，例如將有錢購買健康的食物、年青人有錢購買啤酒(英國之基本社交，影響心理與社會層面基本健康)，或祖父母有能力購買禮物予孫子女等與個人體面(decent)或尊嚴(dignity)有關事項納入考量。可就此部份進行文獻探討，列入未來資料收集與分析考量。

歐洲近三十餘年來推動 WHO 健康城市計畫，也針對不同地區之成功失敗相關因素進行分析，除了各項可能影響因素，領導力始終為成功之關鍵要素，其針對健康城市推動績效之評估方法，也可參照運用於健康不平等之評估。

〈四〉就我國當前健康不平等狀況、因應政策、策略及執行狀況，與研究團隊研議改進之道

以下共有三個分析：1. 健康不平等綜合分析；2. 婦女健康狀況改善分析；3. 我國健康不平等現況與趨勢初探

1. 健康不平等綜合分析

許多國家在經濟發展過程中，健康不平等不僅未減，反而更加擴大，但近年來臺灣的健康不平等在某些領域已有改善趨勢，尤其是對醫療與公共衛生較敏感的項目，例如：嬰兒死亡率、疫苗接種率、各項預防保健服務的利用率等，各縣市已達一致的高水準，縣市差距大幅縮小，本人在 2011 年曾與臺大江東亮教授合作，參考 Marmot review 內容，綜整過去之研究以及分析衛生署、主計處與各部會之統計與調查資料，檢視我國健康不平等之變遷，分析結果曾於亞太公衛學會年會以及臺灣衛生論壇發表。摘錄分析結果如下：

(1) 平均餘命及死亡率之國際比較：

- A. 自 20 世紀以來，台灣兩性平均餘命有逐年增加之趨勢，粗出生率與粗死亡率均逐年下降(圖綜合 1)。在成員包括 Argentina(阿根廷)、Australia(澳洲)、Brazil(巴西)、Canada(加拿大)、China(中國)、France(法國)、Germany(德國)、India(印度)、Indonesia(印尼)、Italy(義大利)、Japan(日本)、Mexico(墨西哥)、Russia(俄羅斯)、Saudi Arabia(沙烏地阿拉伯)、South Africa(南非)、Republic of Korea(南韓)、Turkey(土耳其)、United Kingdom(英國)、United States of America(美國)，以及 European Union(歐盟)的 G20 國家當中，若移除歐盟並將台灣列入，進行 20 個國家之序位比較，台灣之女性零歲平均餘命在 20 國家當中排名第 8，男性排名第 9(圖綜合 2)。
- B. 嬰兒死亡率：台灣之嬰兒死亡率相較於大部份的 G20 國家低，僅高於日本、法國、義大利和德國。依嬰兒死亡率由低至高排序來看，女嬰死亡率排名第 5，男嬰死亡率排名第 2(圖綜合 3)。

(2) 平均餘命及死亡率之國內比較：

- A. 各縣市標準化死亡率：在 94 年時，死亡率最高的臺東縣為每 10 萬人有 753.5 人死亡，比臺北市(每 10 萬人有 392.6 人死亡)高出每 10 萬人口 361 人；在 99 年時，臺東縣下降為每 10 萬人口 647.3 與臺北市的 338.8 人，每十萬人多出 308 名死亡。在 5 年間，臺東縣與臺北市的差距縮小了 15%；但若以倍數看，則是從 1.92 倍降為 1.91 倍(圖綜合 4)。
- B. 嬰兒死亡率之縣市落差，在民國 87 年時，臺東縣嬰兒死亡率為千分之 13，臺北市為千分之 5.5，臺東縣比臺北市每千位嬰兒多出 7.5 名死亡；在 99 年時，分別為千分之 8.2 與 3.8，臺東縣比臺北市每千人多 4.4 名死亡。在 12 年間，臺東縣與臺北市的差距縮小了將近一半(40%)；但若以倍數看，則是從 2.36 倍降為 2.16 倍(圖綜合 5)。將以往不同鄉鎮區嬰兒死亡率按最高之 25%、最低之 25% 以及中間 50% 分三組，比較其嬰兒死亡率下降趨勢，嬰兒死亡率最高之地區之下降最多，三組之差距明顯縮小；最高-最低兩組之差距由每千人 5.8 縮減為 1.4；倍數由 1.99 降為 1.32 倍(圖綜合 6)。
- C. 年齡標準化死亡率隨戶長受教育年數越高而遞減，戶長受教育年數小於 6 年者之死亡率為 23 人/每千人，大於 13 年者為 12.1 人/每千人，死亡率近乎 2 倍(圖綜合 7)。
- D. 就「全國」、「臺北市」、「花東地區」及「原住民」2009 年之平均餘命相比較，則花東地區比臺北市短 7.7 歲、原住民比全國短 9.5 歲，原住民比臺北市短 13 歲(圖綜合 8)。

(3) 危害健康行為及危險因子：

- A. 我國男女性之吸菸率、嚼檳率、不運動率以及女性之肥胖率，皆呈現教育程度越低者，不健康行為比率越高(圖綜合 9-12)。
- B. 由 2007 年台灣 3 高調查結果發現，社會經濟地位較低者高血壓、高血脂及高血糖的比率分別為 24.4%、10.4% 及 8.6%，皆高於中等社會經濟地位及高社會經濟地位者(圖綜合 13)。
- C. 各縣市成人過重或肥胖比率以臺東縣與雲林縣最高(圖綜合 14)；吸菸率以臺北縣與花蓮縣最高；嚼檳率以臺東縣、嘉義縣、花蓮縣最高(圖綜合 15)，都呈現明顯的城鄉差距，且聚集在幾個資源相對不足縣市之現象。

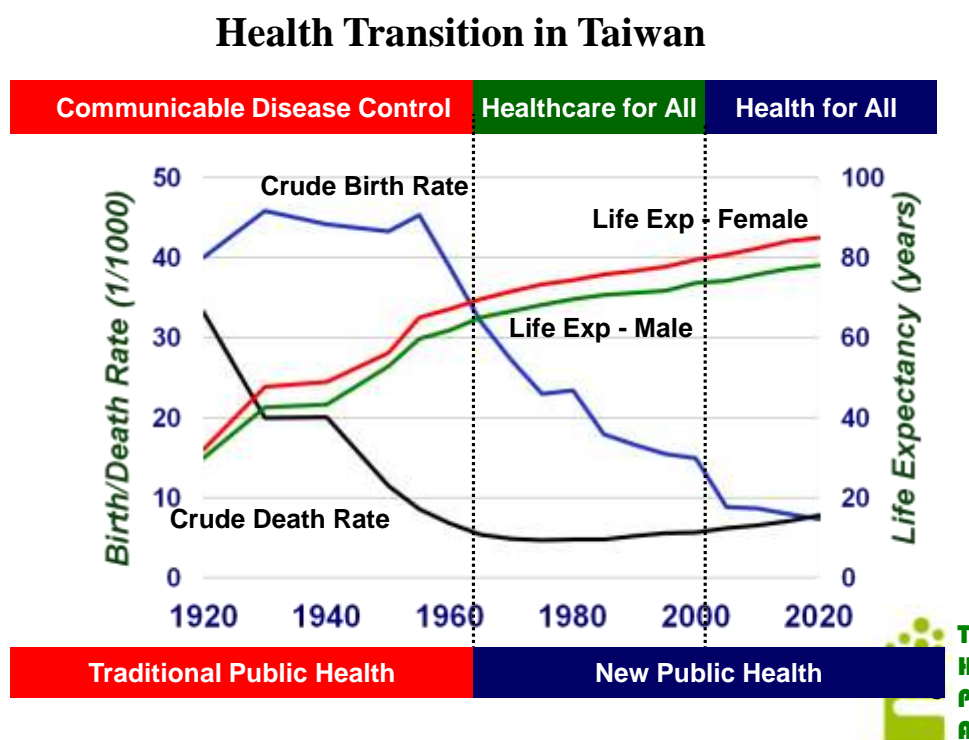
(4) 預防保健服務利用

預防保健服務已有效縮小甚至打破城鄉差距，透過衛生與醫療體系的努力，各縣市在各項婦幼預防保健服務(包括：產前檢查、新生兒代謝異常篩檢、兒童預防保健服務、兒童預防接種)之利用率，均已達一致的高水準，縣市差距相當小(圖綜合 16-21)。以 2009 年台灣各縣市之孕婦產前檢查平均受檢次數為例，全國為 9.06 次，各縣市均在 8.52 次到 9.32 次間(圖綜合 16)。但各縣市成人預防保健服務利用率則呈現較明顯之縣市差異，2009 年利用率之全國平均值為 34%，各縣市之利用率介於 21.6% 至 45.5% 之間(圖綜合 21)，利用率最高者是宜蘭縣、嘉義市、嘉義縣、雲林縣，最低者是連江縣、臺北市、新北市；此可能與醫療資源密度低的縣市，主動提高社區巡迴健檢，且民眾接受度亦高有關。不論婦幼或成人健檢，都可看到因公共衛生而縮小、甚至反轉不平等的現象。

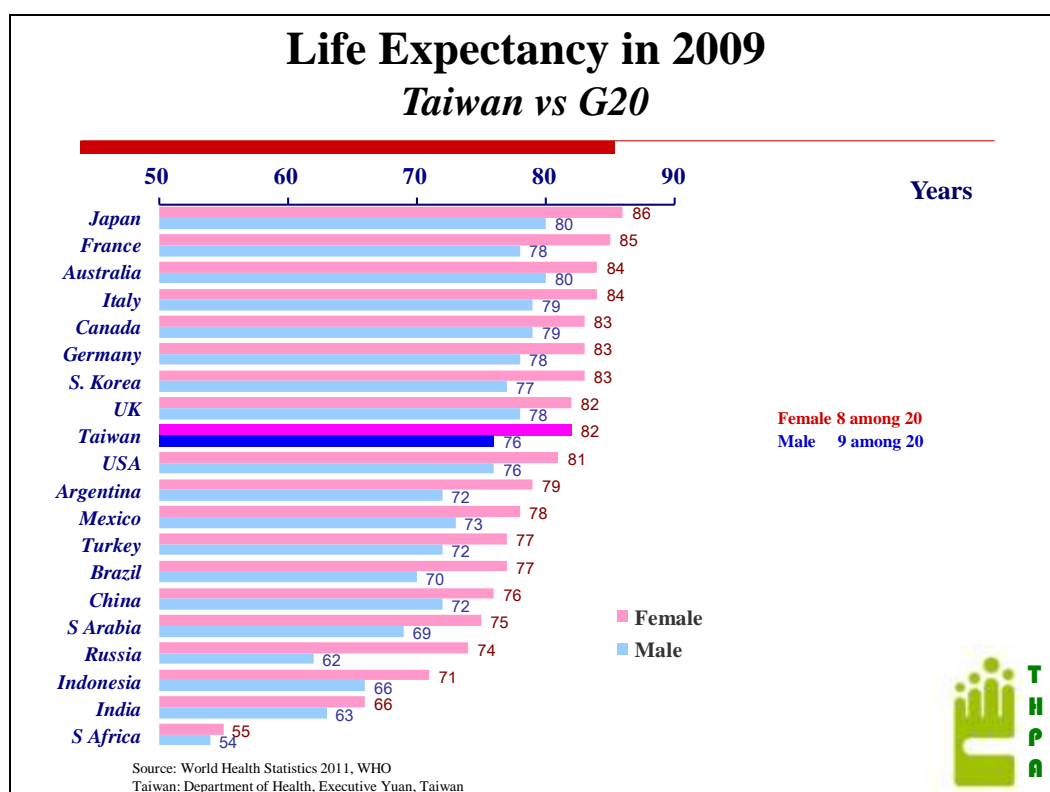
(5) 健康之相關社會決定因素歷年發展與變遷

- A. 國民義務教育發展：6 年國教自 1946 開始，9 年國教自 1968 開始，12 年國教將自 2014 年實施，將分階段逐步推動，先從高職(含五專前三年)實施家戶年所得 114 萬元以下之學生免學費，預定 2014 年高中職學生全面免學費、多數學生免試入學(圖綜合 22)。比較 2001 年與 2010 年入學率，2001 年入學率，小學達 98.0%，國中達 97.5%，高中達 92.7%。2010 年國中、高中入學率均較 2001 年提升(圖綜合 22)。高中、高職畢業生升學率，逐年提高，差距亦縮少(圖綜合 23)。
- B. 勞工基本工資受勞動基準法保障；如有違反基本工資規定者，將處以新台幣 6 千元以上，最高 6 萬元之罰鍰。歷年勞工基本工資會考量基本生活所需費用，亦尚能支應北高兩市及臺灣省之基本生活需要(圖綜合 24)。
- C. 女性勞動參與率逐年上升，與男性勞動參與率之落差縮小(圖綜合 25)。但女性雖已佔勞動人口的 43.8%，在行政或管理職務中，女性仍僅佔 19.5%(綜合 26)，顯見女性職場地位尚有待提昇。
- D. 透過政府的立法保障與執行，原住民男女性之勞動參與率達 68.5%、53.1%(圖綜合 27)，而身心障礙者男女性之勞動率達 37.4%、24.7%(圖綜合 28)。

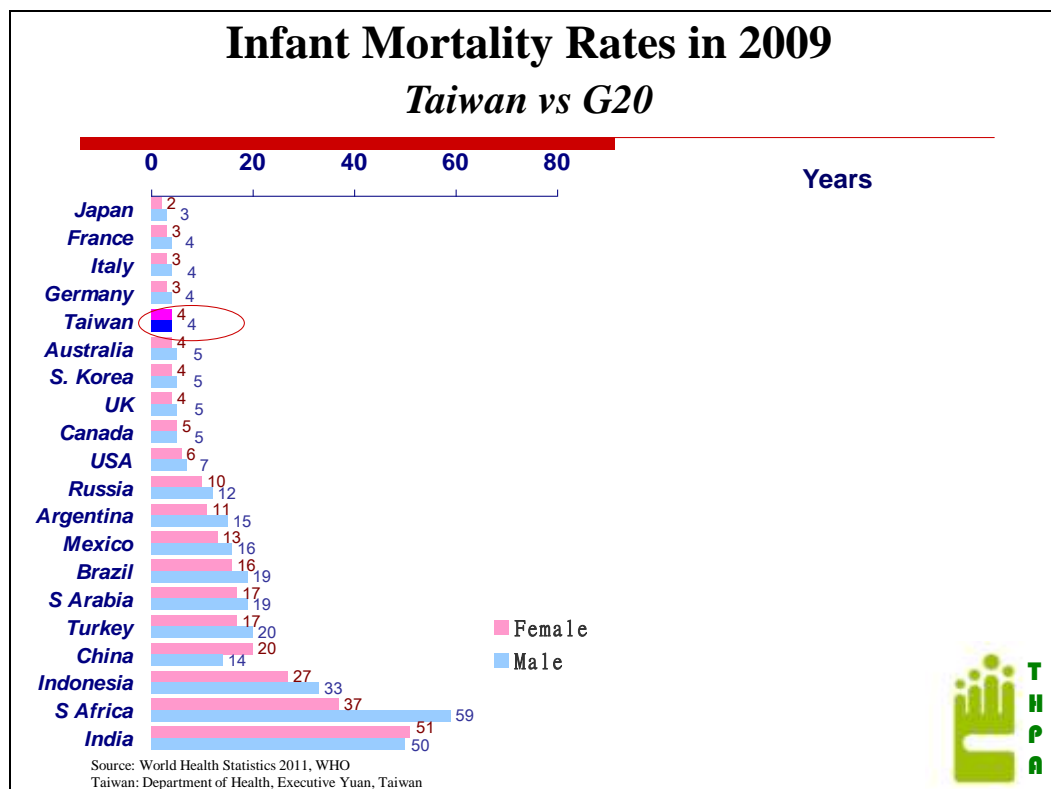
圖綜合 1、台灣健康狀況之轉型



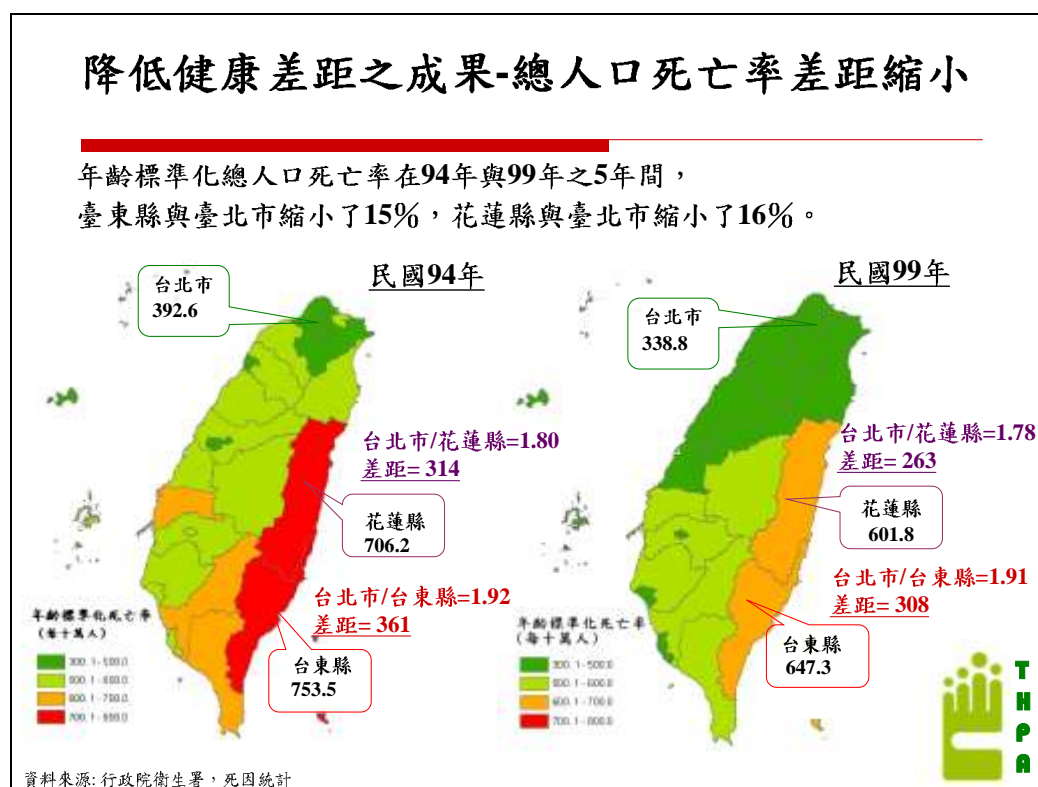
圖綜合 2、2009 年台灣與 G20 國家之平均餘命比較



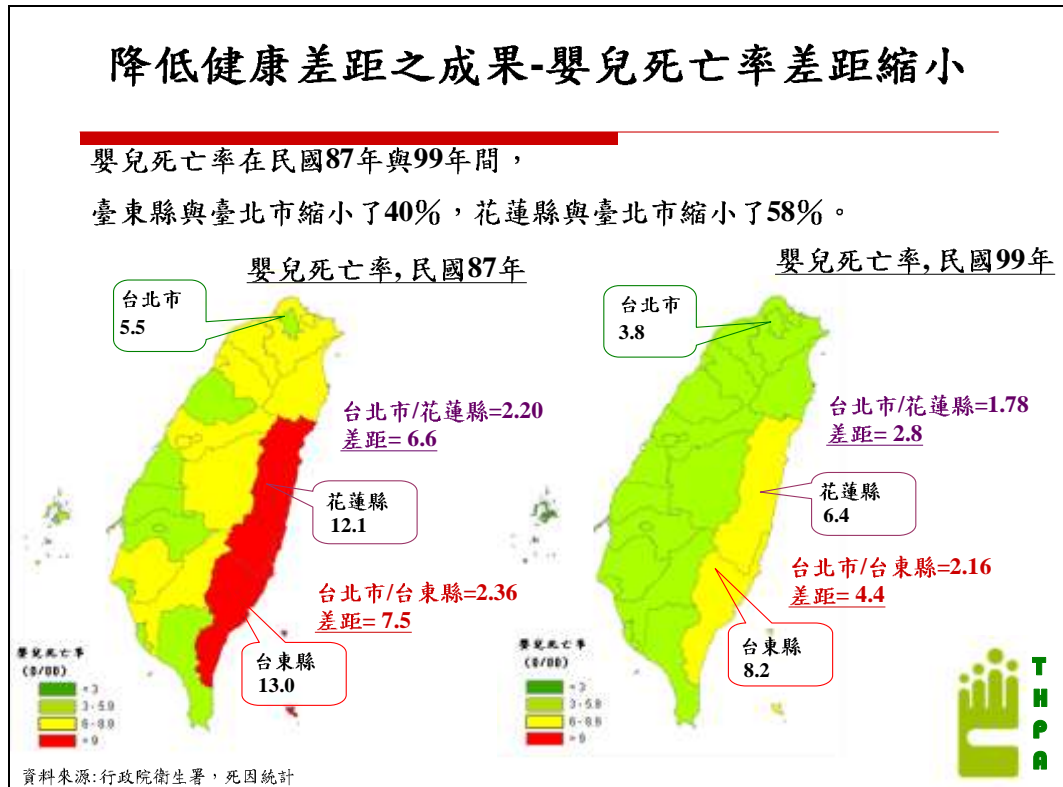
圖綜合 3、2009 年台灣與其他國家之嬰兒死亡率



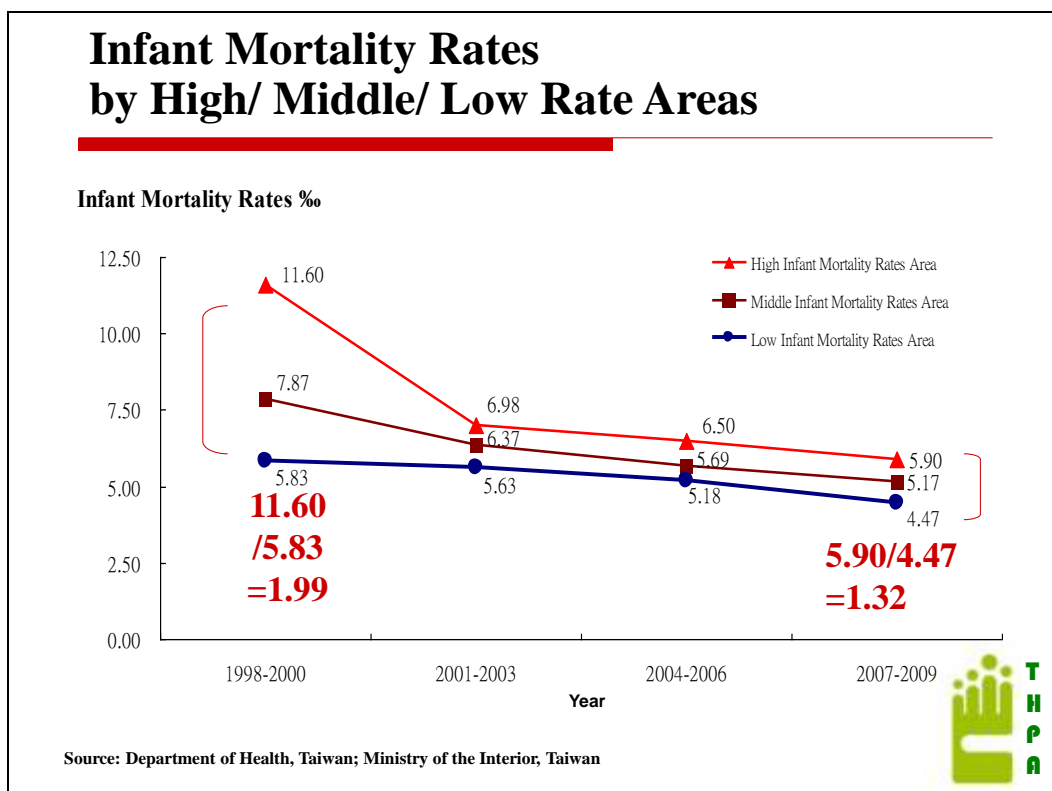
圖綜合 4、各縣市標準化死亡率差距，民國 94 年與 99 年比較



圖綜合 5、各縣市嬰兒死亡率差距，民國 94 年與 99 年比較



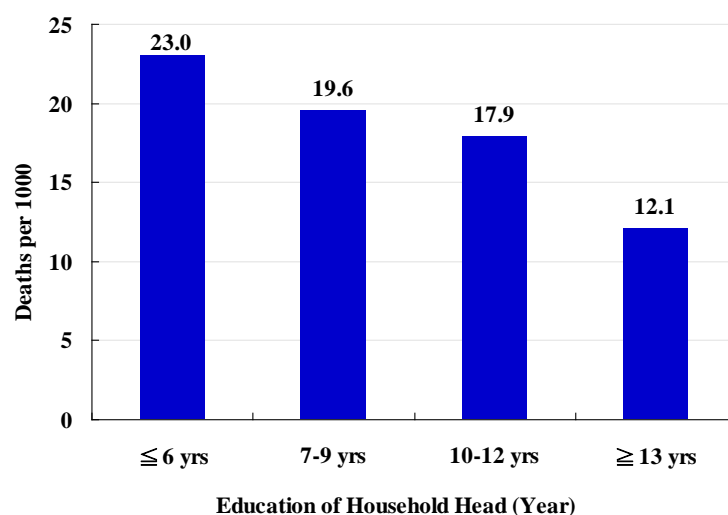
圖綜合 6、依嬰兒死亡率高、中、低分群之嬰兒死亡率下降趨勢



圖綜合 7、年齡標準化死亡率，依戶長教育程度比較

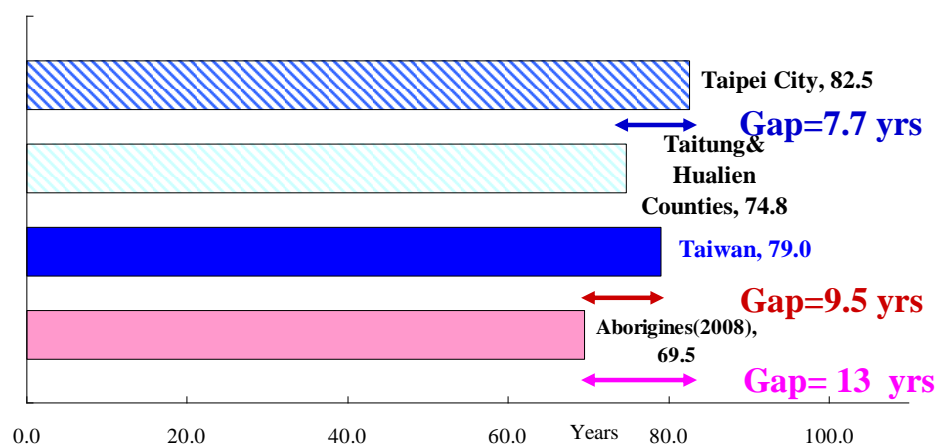
SES and Age-adjusted Mortality

Taiwan, 2004-2006



圖綜合 8、2009 年台灣、台北市、花東地區及原住民之平均餘命

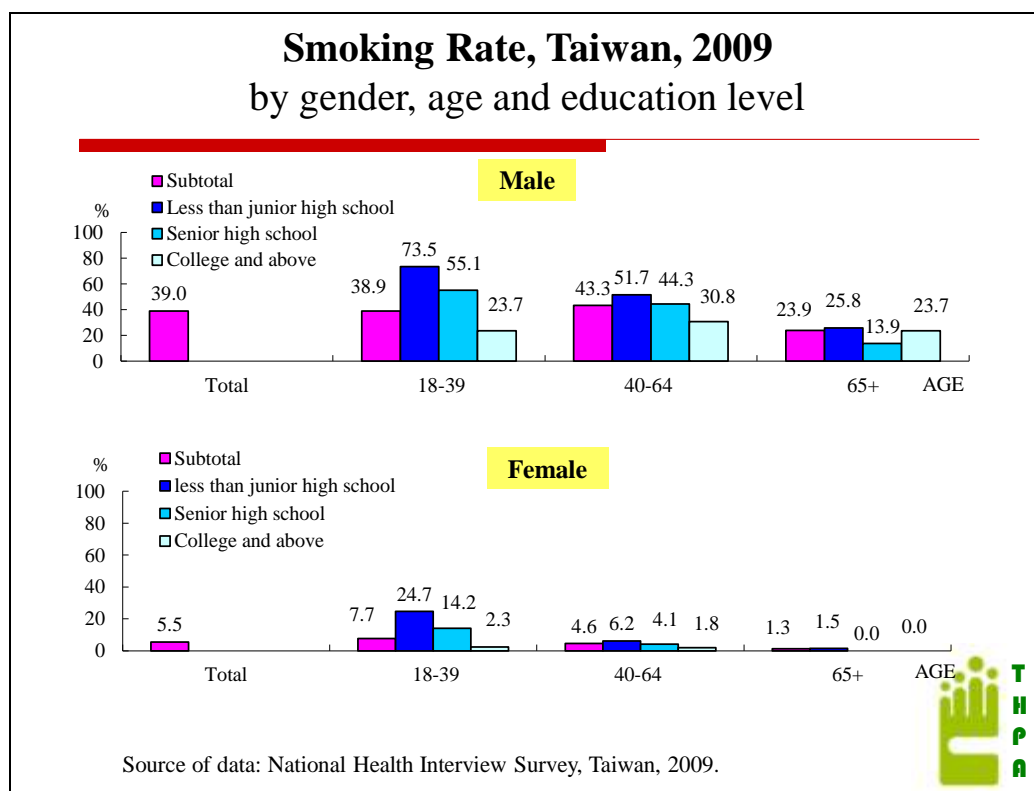
Life Expectancy (yrs) in Taiwan, 2009



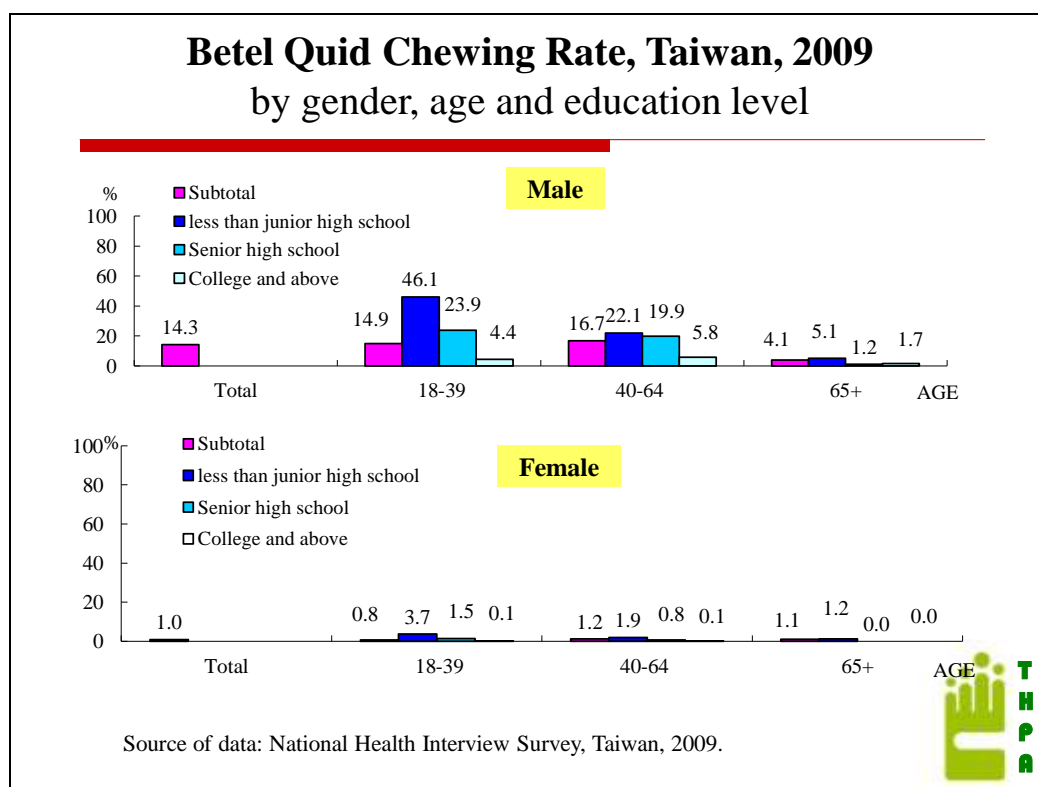
Source: Ministry of the Interior, Taiwan



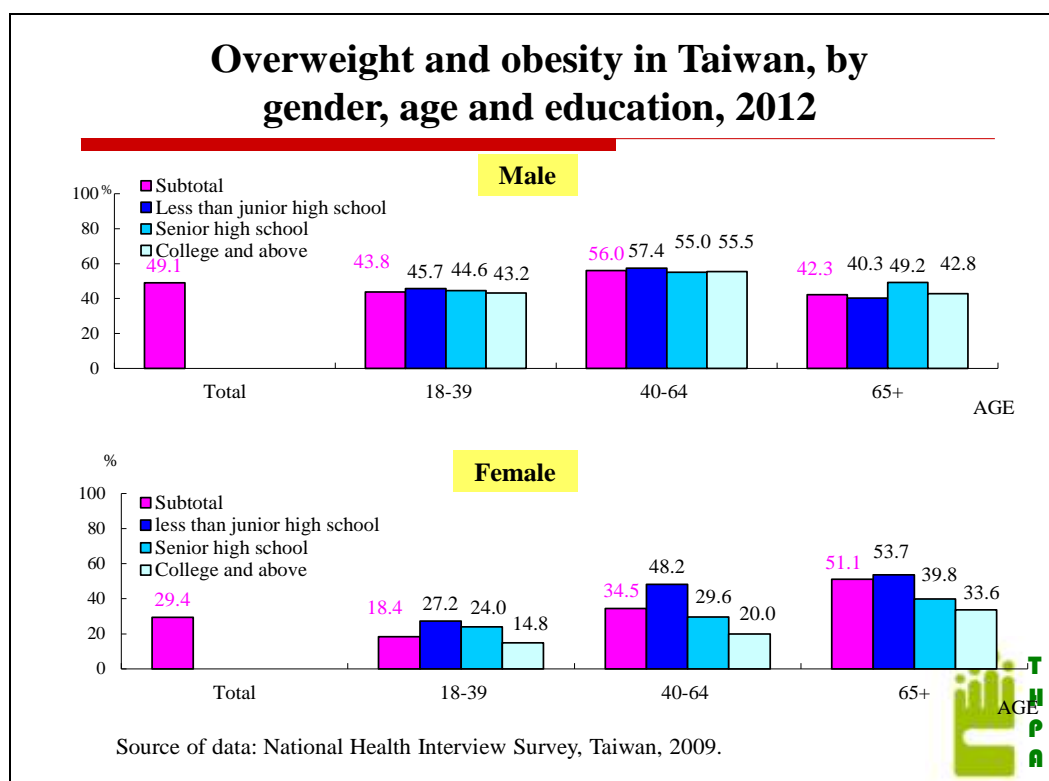
圖綜合 9、2009 年台灣成人吸菸率，按性別、年齡及教育程度比較



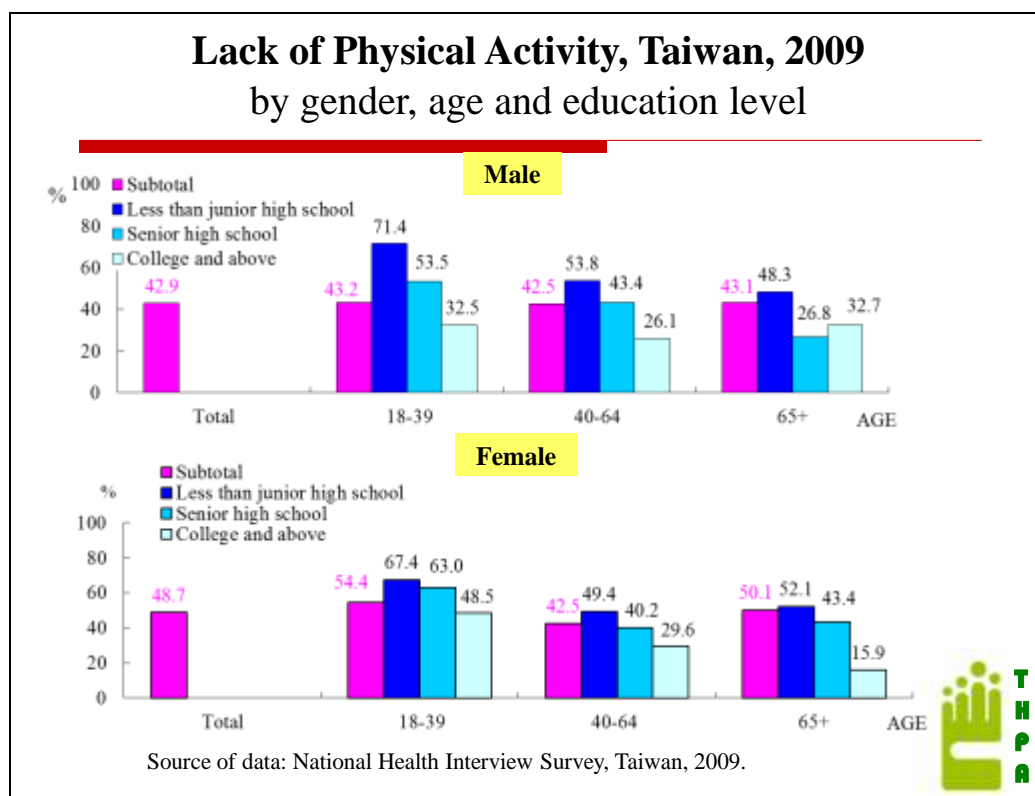
圖綜合 10、2009 年台灣成人嚼檳率，按性別、年齡及教育程度比較



圖綜合 11、2009 年台灣成人過重及肥胖率，按性別、年齡及教育程度比較

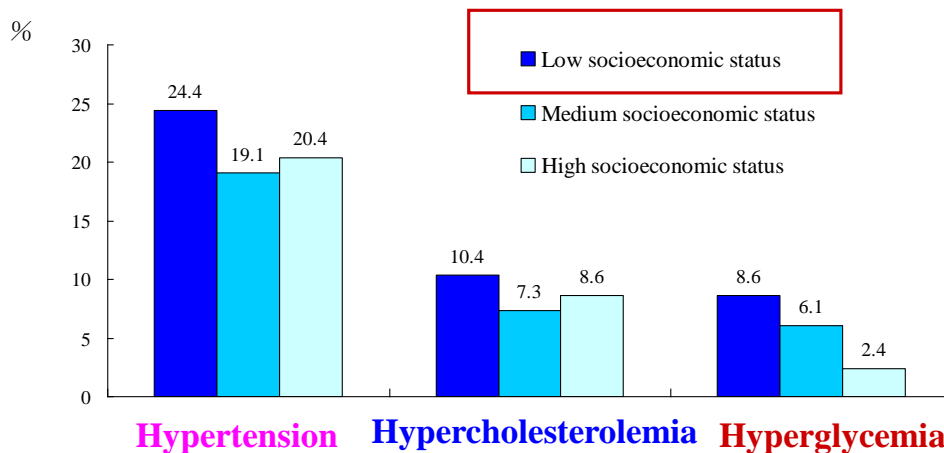


圖綜合 12、2009 年台灣成人缺乏身體活動百分比，按性別、年齡及教育程度比較



圖綜合 13、2007 年台灣成人高血壓、高血脂及高血糖之盛行率，按社會經濟

Prevalence of Hypertension, Hypercholesterolemia, Hyperglycemia by SES in Taiwan, 2007

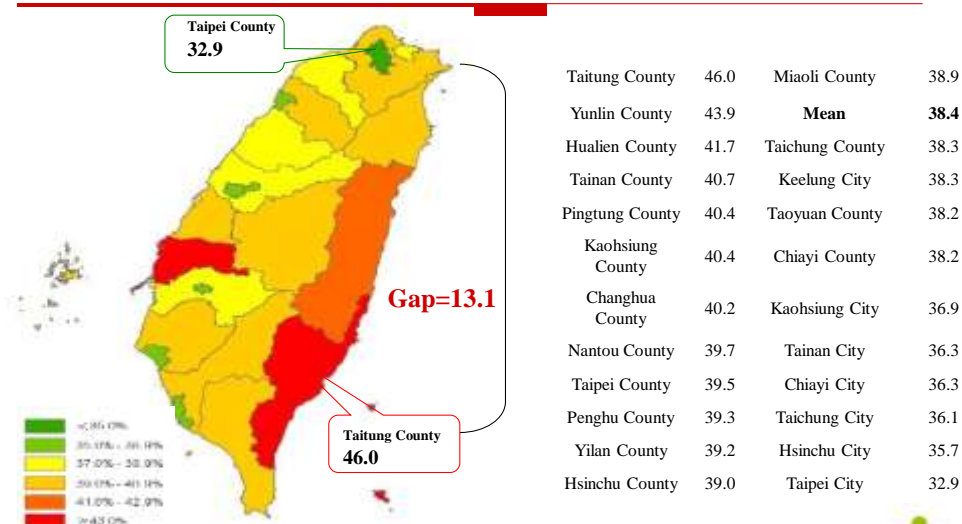


Source : Taiwan figures were based on the 2007 Taiwan 3H Survey (BHP)-
“3-high “(blood pressure, blood sugar and blood lipid) .



圖綜合 14、2008-2010 年台灣成人過重及肥胖之盛行率，按縣市區分

The Prevalence of Overweight and Obesity among Adults in Taiwan, 2008-2010

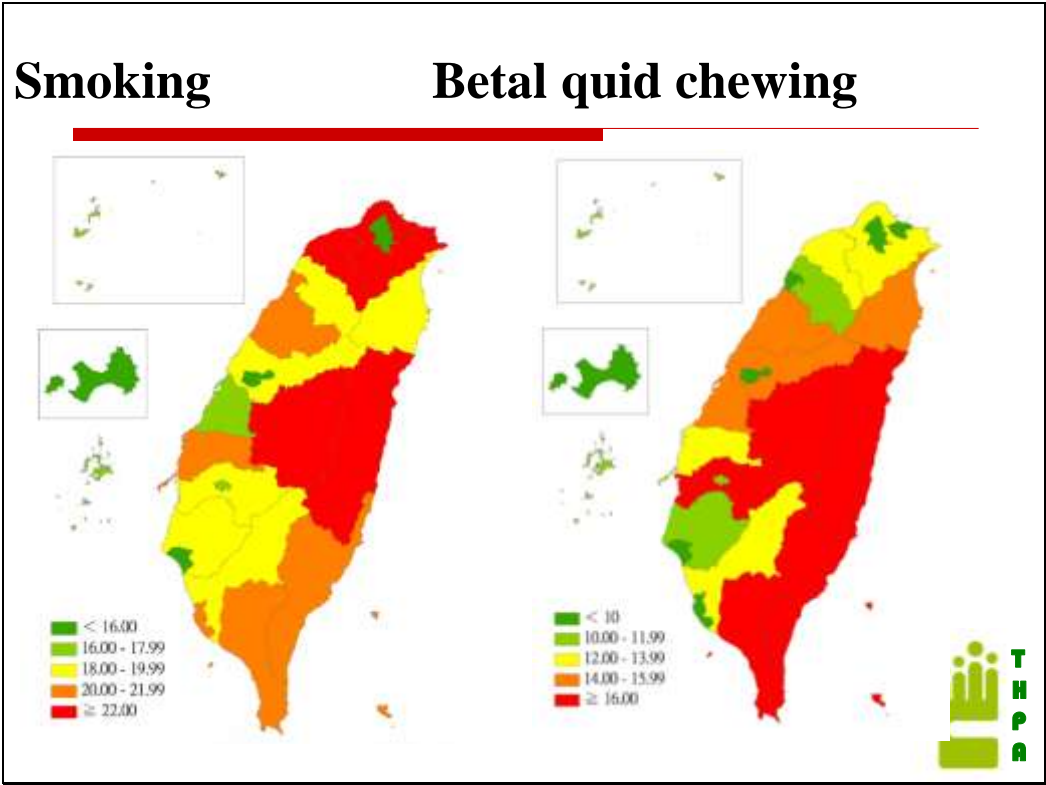


Based on 2008 population, adjusted by age (BRFSS 2008-2010)

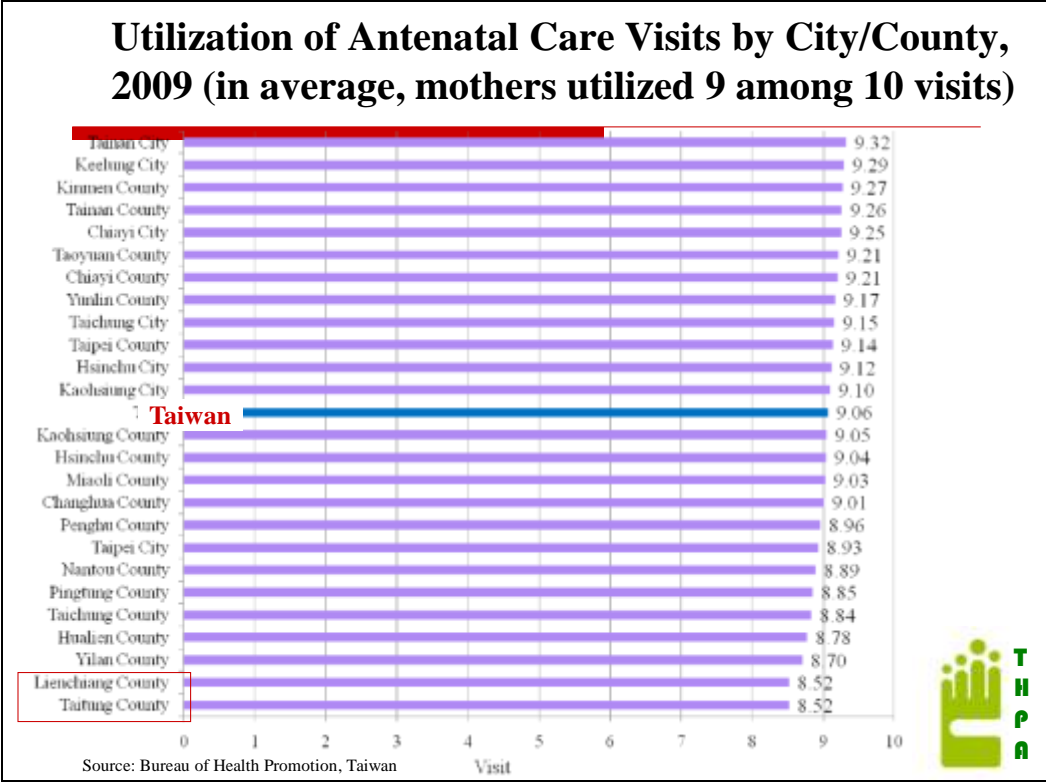
The prevalence of over weight and obesity was analyzed by height and body weight provided by subject through phone interview. According to the definition of over weight and obesity defined by DOH.



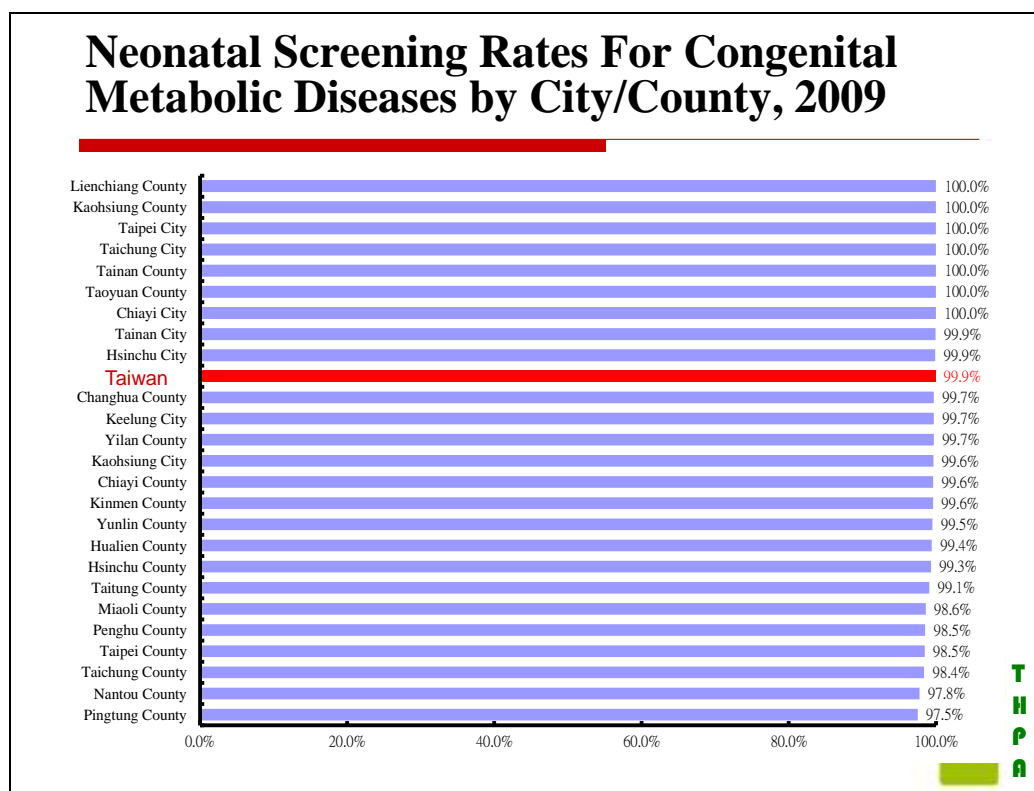
圖綜合 15、台灣成人吸菸及嚼檳榔之盛行率，按縣市區分



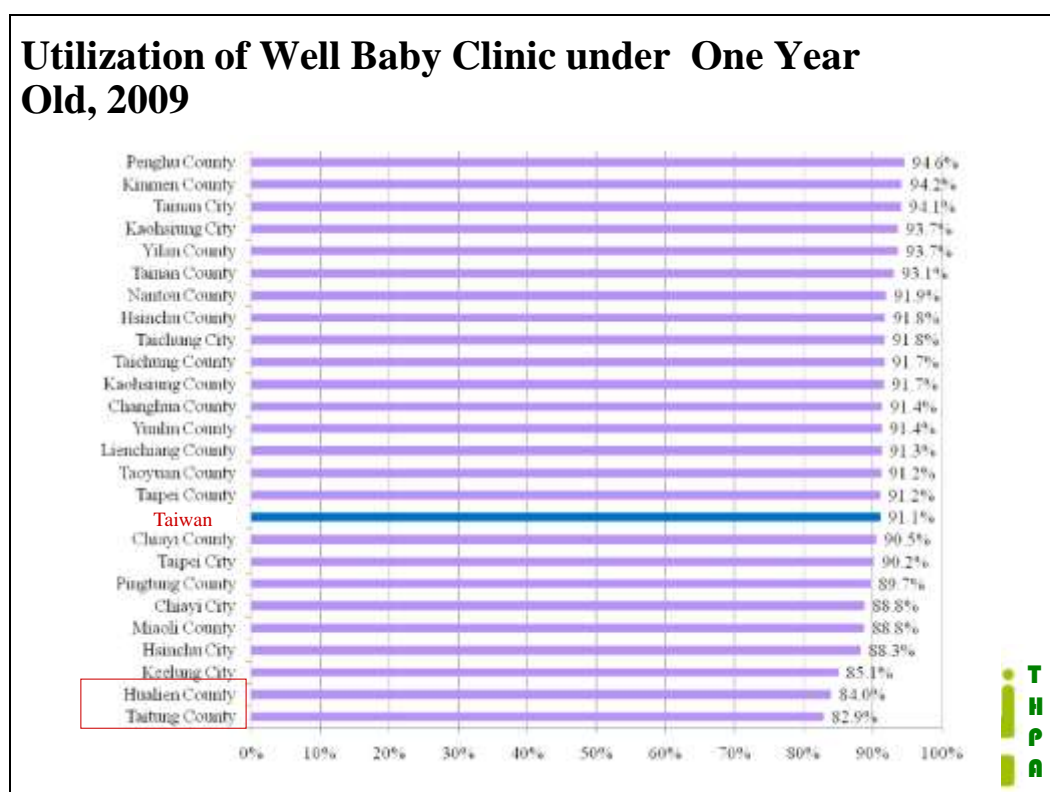
圖綜合 16、2009 年台灣孕產婦之產前檢查平均次數，縣市比較



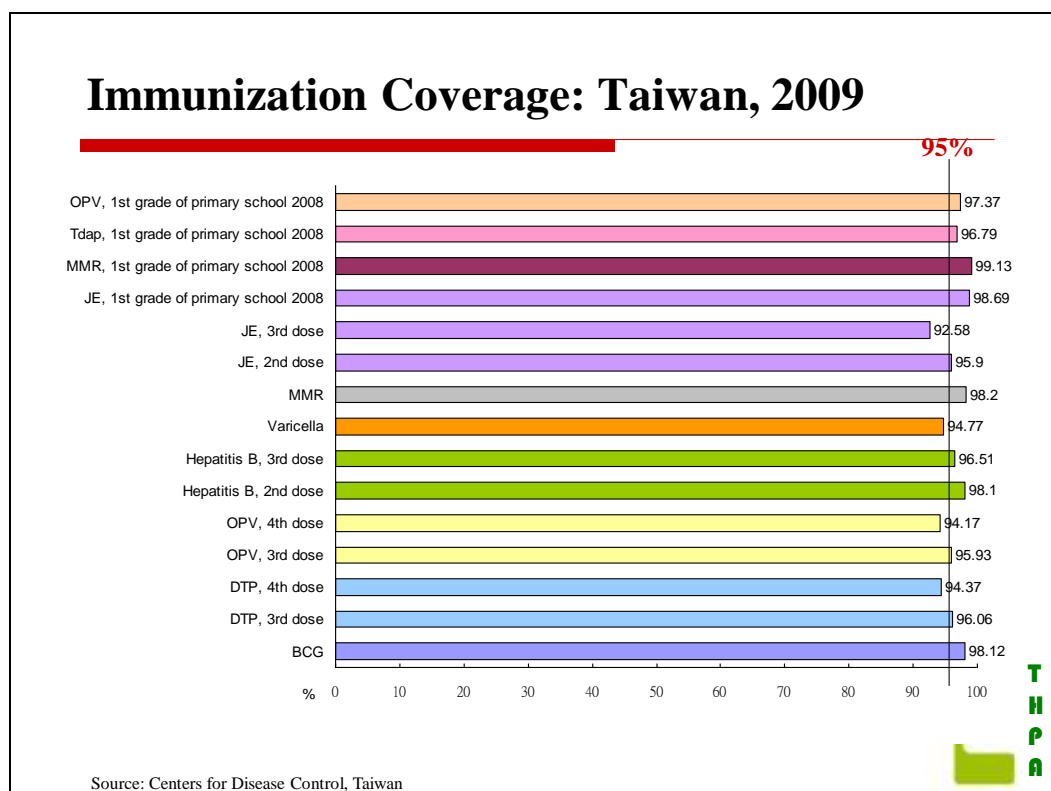
圖綜合 17、2009 年台灣新生兒代謝異常篩檢利用率，縣市比較



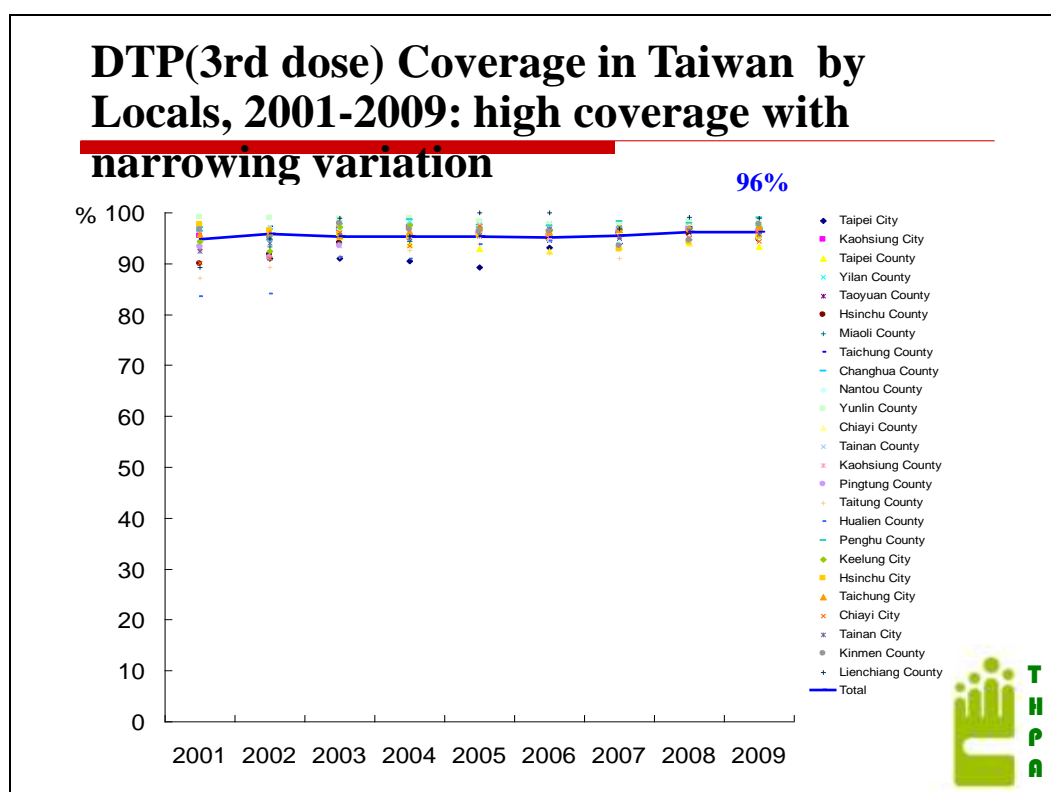
圖綜合 18、2009 年台灣一歲兒童之兒童預防保健服務利用率，縣市比較



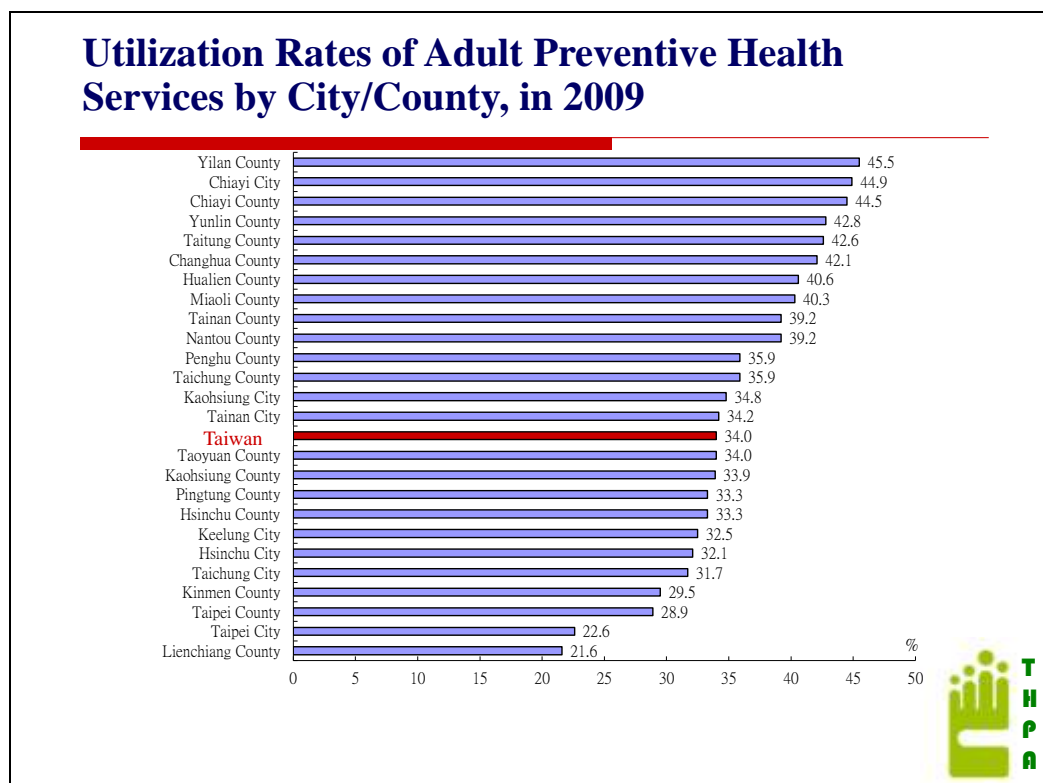
圖綜合 19、2009 年台灣兒童各類預防接種率，縣市比較



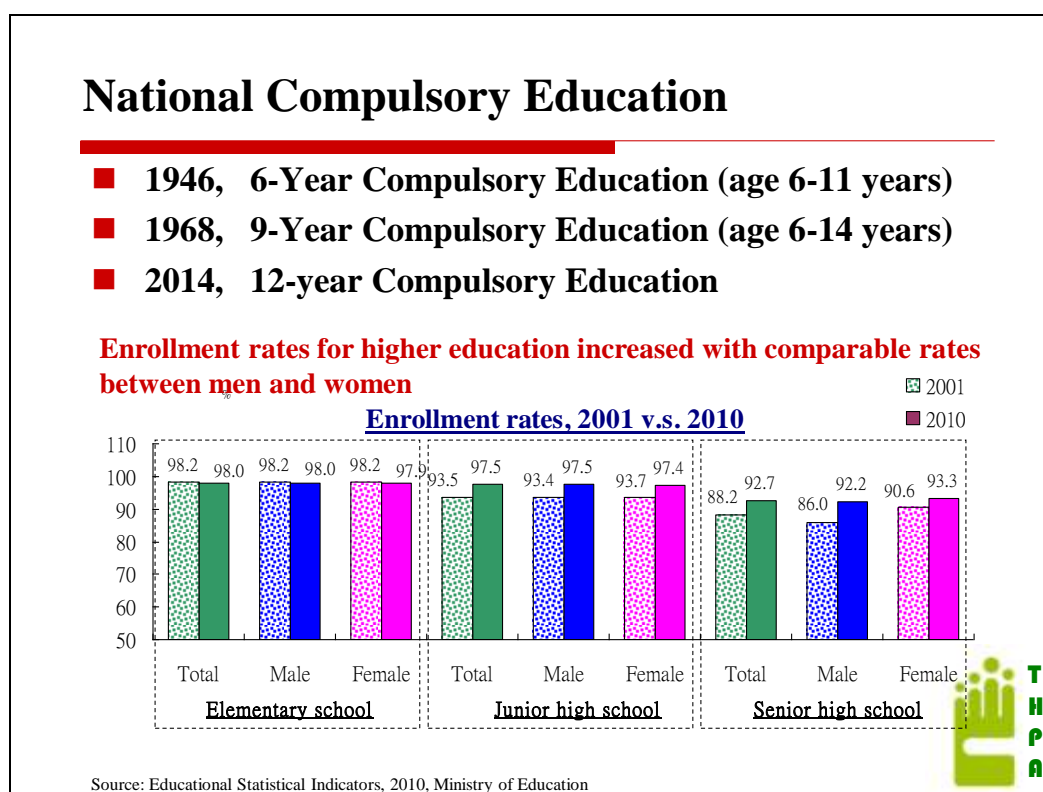
圖綜合 20、2001-2009 年台灣兒童第 3 劑 DPT 疫苗接種率，縣市比較



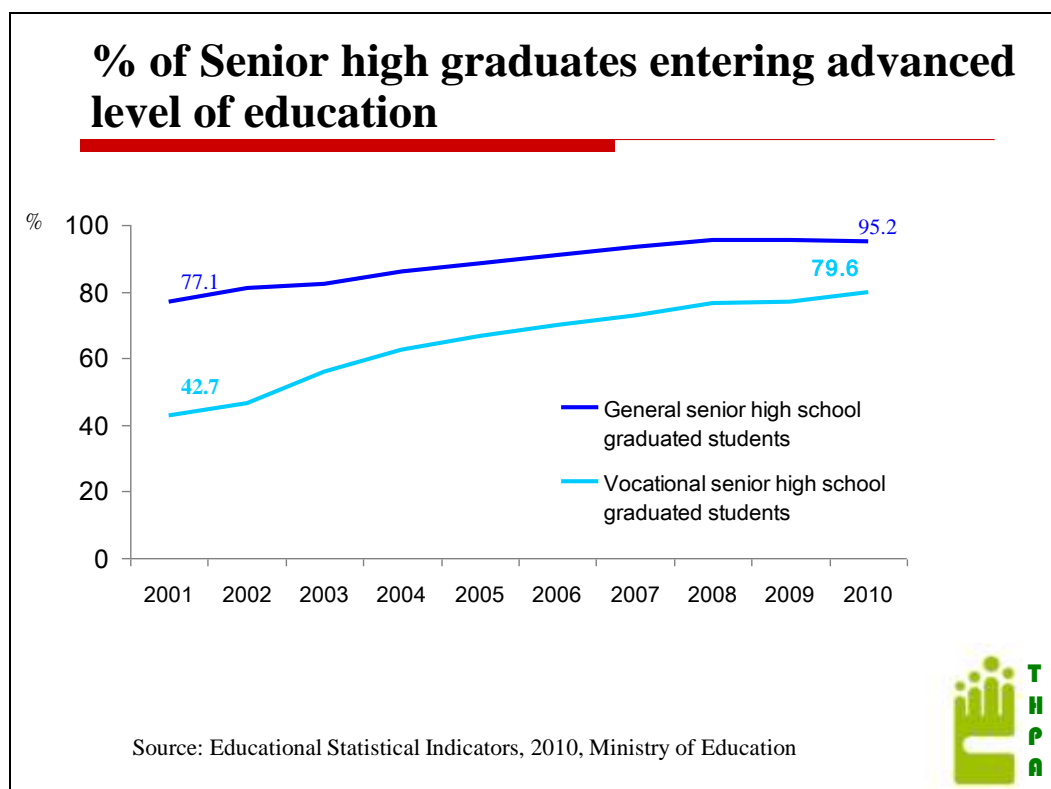
圖綜合 21、2009 年台灣成人預防保健服務利用率，縣市比較



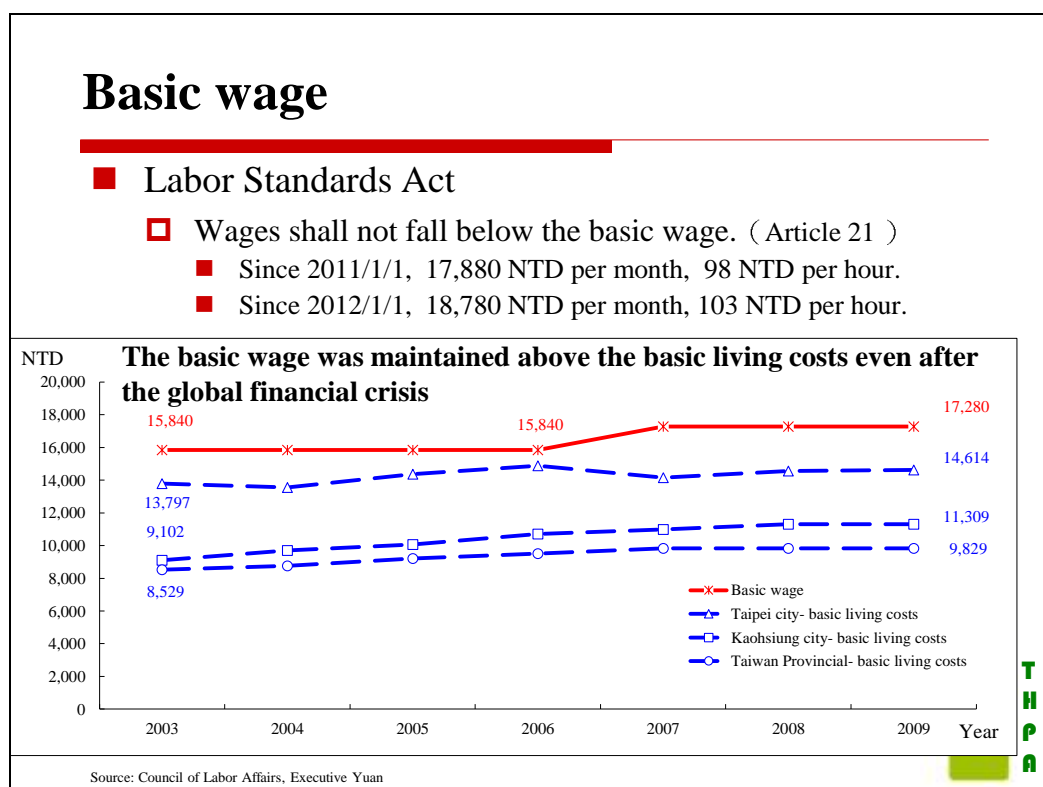
圖綜合 22、台灣國民義務教育發展概要



圖綜合 23、台灣歷年高中、高職畢業生升學率之趨勢



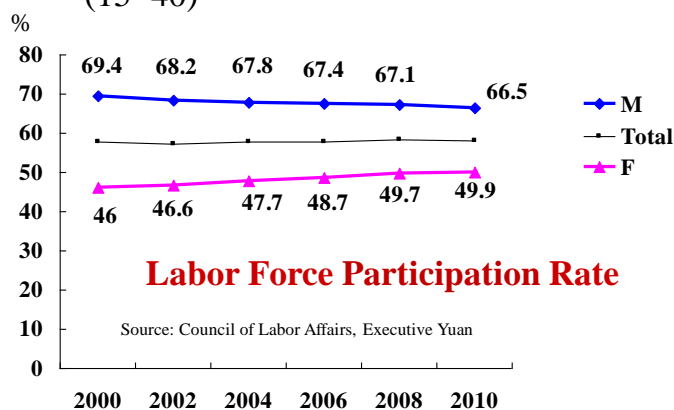
圖綜合 24、歷年勞工基本工資



圖綜合 25、兩性工作平等立法與兩性勞動參與率

Gender equality in work

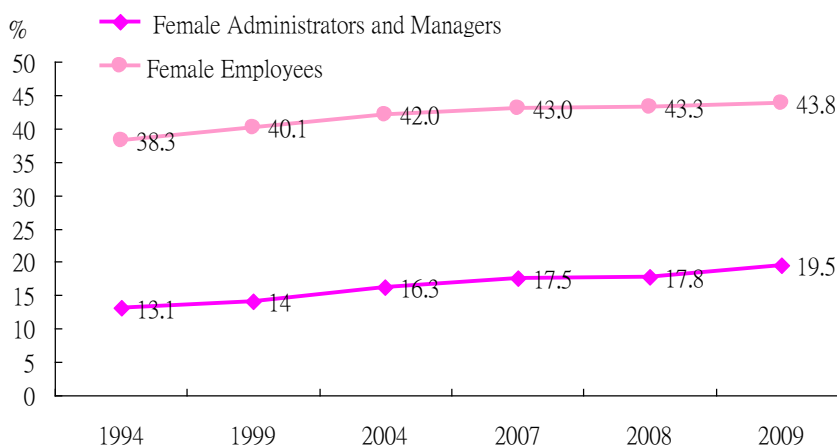
- Gender Equality in Employment Act
 - Prohibition of **Sex Discrimination** (Article 7 ~11)
 - Prevention and Correction of **Sexual Harassment** (12~13)
 - Measures for **Promoting Equality in Employment** (15~40)



圖綜合 26、1994 至 2009 年女性受雇情形及擔任主管職務之百分比

Status of female employees

The proportion of females among administrators or managers is increasing, however, with 43.8% of labor workforce being females, only 19.5% of administrators or managers are females.

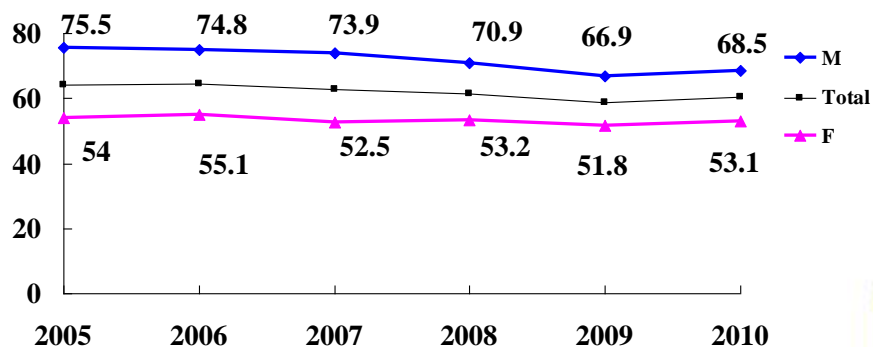


圖綜合 27 台灣歷年原住民男女性之勞動參

INDIGENOUS PEOPLES EMPLOYMENT RIGHTS PROTECTION ACT

- Government sections are required to employ one aborigine employee for every 100 employee.

Labor force participation rate among indigenous people from 2009 to 2011



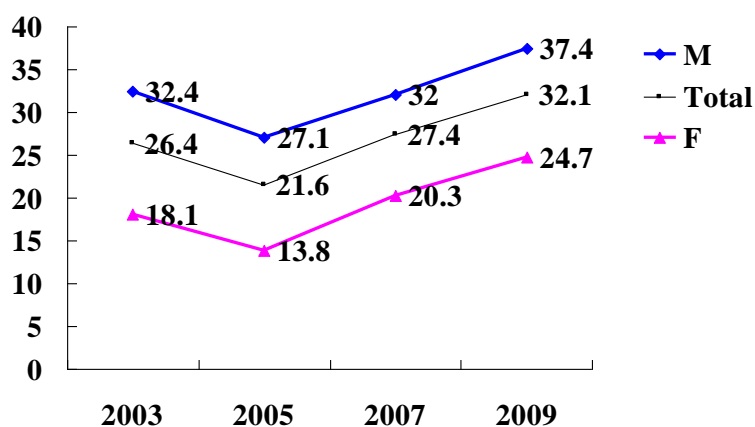
Source: Council of Indigenous Peoples, Executive Yuan



圖綜 28 台灣歷年身心障礙者男女性之勞動率

People with Disabilities Rights Protection Act

- Organizations must employ at least 1 disabled person for every 34 employees



Source: Council of Labor Affairs, Executive Yuan



2. 婦女健康狀況改善分析

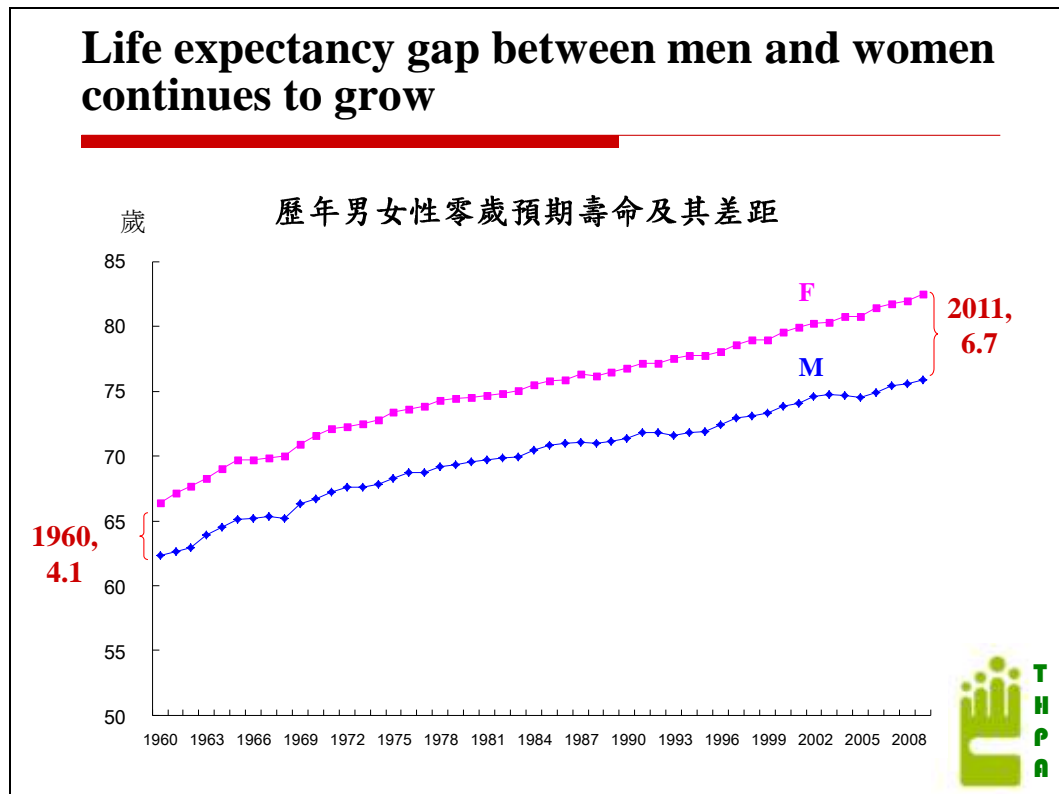
本人另於今年分析婦女健康狀況之變遷，於今(102)年婦女健康國際研討會發表演講。依生命週期，作兩性健康狀況與社經狀況之比較，結果如下：

- (1) 平均餘命與死亡率：台灣在 1960 至 2011 年 51 年期間，兩性零歲平均餘命差距從 4.1 歲擴大到 6.7 歲(圖性別 1)，原因出在哪裡？本人比較 1991 年和 2007 年之疾病死亡率，發現男女兩性死亡率差距之增加主要是在癌症、糖尿病、自殺及心血管疾病，但事故傷害之性別差距其實大幅縮小(圖性別 2)。依縣市區分比較，各縣市男性零歲平均餘命之高低落差較大，零歲平均餘命最高與最低之縣市差距為 9.6 年，女性最高與最低縣市之差距則為 6.1 年，故女性零歲平均餘命的地區不平等現象不若男性嚴重(圖性別 3)。
- (2) 失能年數：依 2010 年資料顯示，女性平均餘命較男性長，但失能年數亦較男性長，男女性分別為 7.6 年與 6.3 年(圖性別 4)。
- (3) 健康行為危險因子：我國成年民眾過重及肥胖率雖較西方國家來的低，但高於其他亞洲國家，男性比女性嚴重(圖性別 5)。運動不足之比率，與 OECD 國家比較，男性是第二高、女性甚至是第一高(圖性別 6)。吸菸率及嚼檳榔率皆是男性遠高於女性，且皆以 30 歲至 49 歲生產力族群比率最高，令人對勞工健康感到憂心。(圖性別 7-8)
- (4) 教育及工作狀況：依 2010 年統計資料越年輕之族群，其具高等教育程度之比例較高；39 歲以下女性高等教育比率已超過男性(圖性別 9)，在勞動參與方面，2012 年台灣兩性勞動參與率，且 44 歲以下女性已較男性高(圖性別 10)，但就收入而言，女性平均收入較男性低，而相同型態工作之收入高低落差，在女性亦較男性明顯(圖性別 11)。在職位方面，雖然情況有逐漸年好轉，但地位較高職位女性仍在少數；2010 年不論是各級學校校長、大專教師、研究人員或國科會計畫，女性比率皆低於 30%，其中大專院校校長女性之比率僅有 6.7%。(圖性別 12-13)
- (5) 出生性別比：台灣 2010 年的出生性別比為 1.090。經衛生機構大力介入，已使出生性別比在 2011 年降至 1.079、在 2012 年時下降至 1.074。依 CIA 網站發布 2012 年 288 個國家的出生性別比，大陸(1.133)、南韓(1.07)、日本(1.06)，我國截至 2012 年 1-11 月之出生性別比為 1.074，已拉近與

南韓(1.07)、日本(1.06)的距離，持續朝正常的出生性別比努力。(圖性別 14-15)

- (6) 青少年生育保健：在台灣青少年曾有性行為之比率，男生較女生高，且 2011 年 15-18 歲有過性行為比率已較 2009 年減少(圖性別 16)，15-18 歲性行為有採取避孕之比率，男性為 74%、女性為 77%；但 13-15 歲男女避孕比率僅 48.8%、37.7%(圖性別 17)。針對 15 歲至 19 歲的青少年女性調查結果發現，2007 年青少年女性懷孕率為 1.2%，但到 2011 年下降至 0.7%(圖性別 18)，15-19 歲青少年生育率也從 1951 年的 68 %下降至 2012 的 4‰。(圖性別 19)，與 OECD 國家比較，是第二低(僅高於南韓)(圖性別 20)。
- (7) 慢性疾病相關指標：台灣青少年在高血糖、高血脂及高血壓調查結果，男性高血壓、高血糖比率皆高於女性(圖性別 21)。成人狀況，依我國 2002 年至 2007 年三高調查，女性在中老年以後三高發生率、盛行率皆從比男性低、變成比男性高；男女性交叉點，在高血壓發生率是 60 歲，高血發生率是 50 歲，高血脂發生率是 45 歲(圖性別 22)。至於心臟疾病死亡率，以 2012 年資料看，女性在 95 歲前死亡率比男性低，但 95 歲以後高於男性(圖性別 23)。
- (8) 失能：65 歲以上各年齡層老年人口失能率，均以女性較高(圖性別 24)，
- (9) 憂鬱症狀：65 歲以上各年齡層憂鬱症狀，亦均以女性較高(圖性別 25)。
- (10) 綜合言之，年輕女性之就學、就業狀況均已趕上男性，但薪資與職務位階仍低於男性；青少年生育率已降到非常低；出生性別比已大為改善；女性預期壽命改善速度較男性快，與男性菸酒檳榔造成癌症與心血管疾病死亡率高於女性且差距擴大有關；但女性雖然較長壽，生命品質卻比較差，包括失能率、失能年數、憂鬱比率都比男性高，與女性不運動比率較高以及三高在中老年後超過男性有關。而男女性這些健康因素背後的社會因素，值得進一步探討。

圖性別 1、台灣歷年兩性平均餘命差距



圖性別 2、兩性主要疾病死亡率差距，1991 年和 2007 年比較

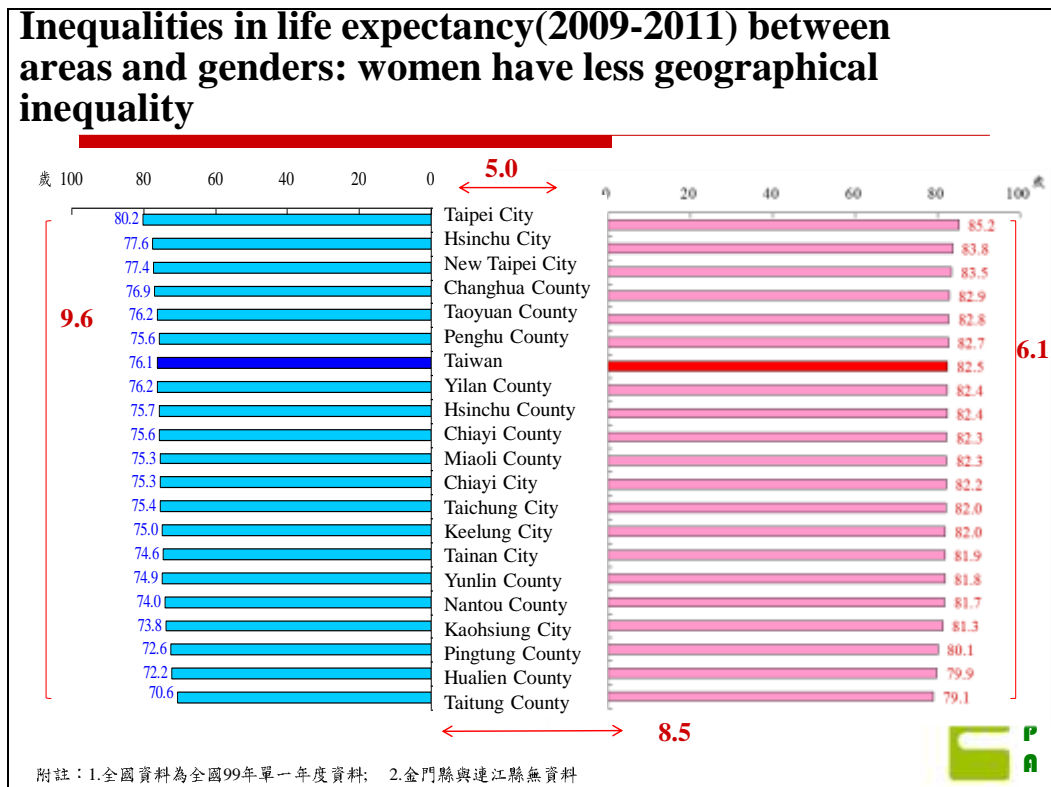
Difference in cause-specific MR

Increase in men-to-women difference in cancer, diabetes, suicide & CVD outnumbered the decrease from injuries.

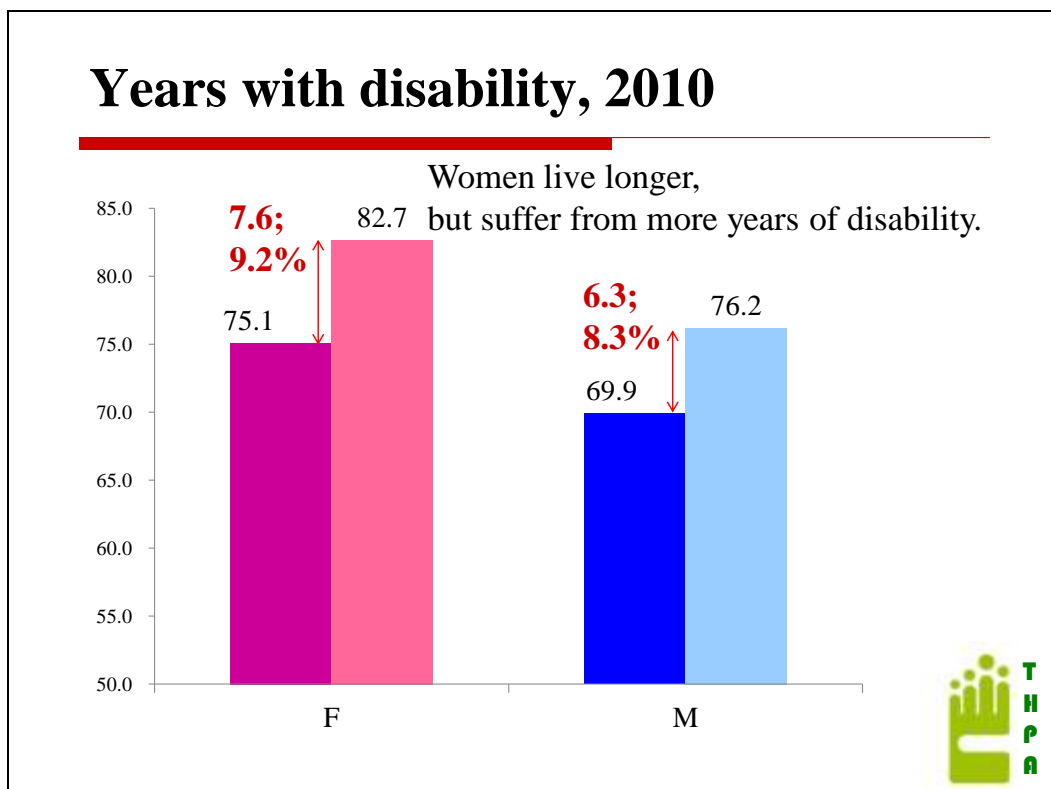
	D1 (M-F, 1991)	D2 (M-F, 2007)	D2-D1
all	234.5	242.4	+8
Cancer	59.7	83.1	+23.4
Heart dis	15.4	17.9	+2.5
Stroke	14.5	18.3	+3.8
Injuries	64.7	26.4	-38.3
DM	-10.0	-0.2	+9.8
Liver dis	18.1	16.7	-1.4
Pneumonia	8.6	12.7	+4.1
Suicide	+3.9	+10.0	+7.1
CKD	+0.9	+1.3	+0.4
H/T	-0.4	-0.1	+0.3

THP A

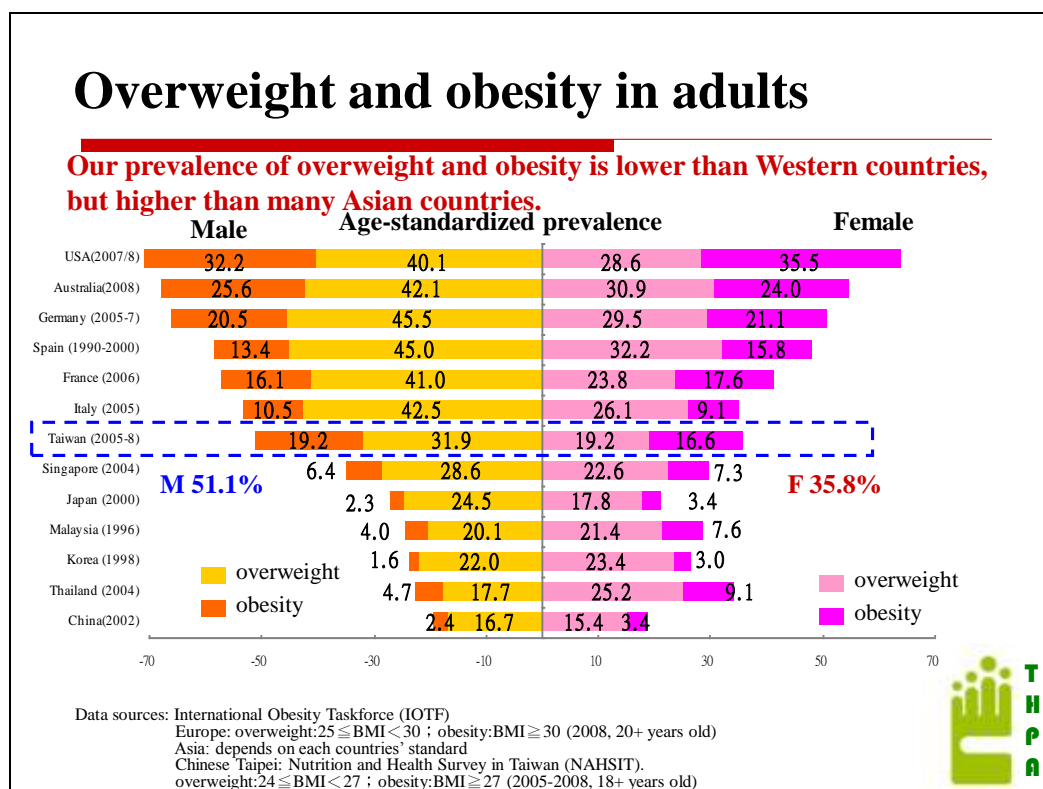
圖性別 3、2009 年至 2011 年台灣兩性零歲平均餘命之縣市差距



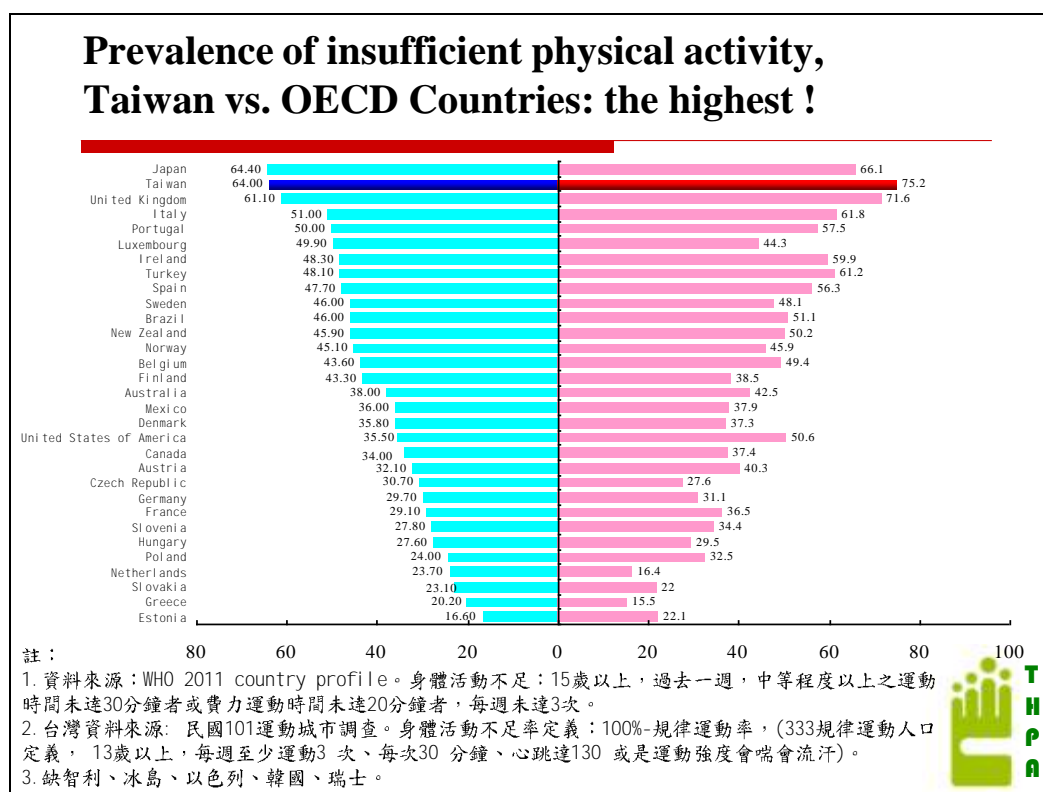
圖性別 4、2010 年兩性平均餘命與失能年數



圖性別 5、台灣及其他國家兩性成年民眾過重及肥胖率



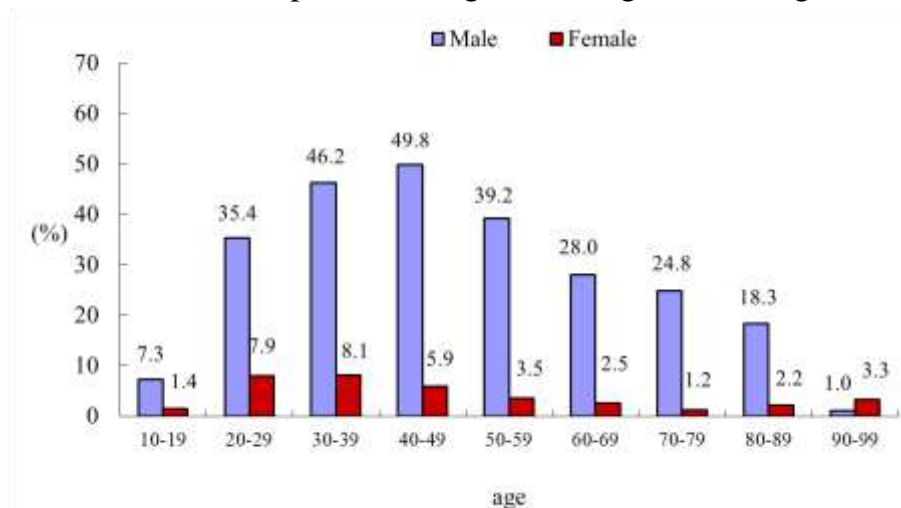
圖性別 6、台灣與 OECD 國家兩性運動不足率之比較



圖性別 7、2009 年台灣兩性吸菸率—按年齡分

Smoking rate by age and gender in Taiwan, 2009

Women of reproductive ages have higher smoking rates

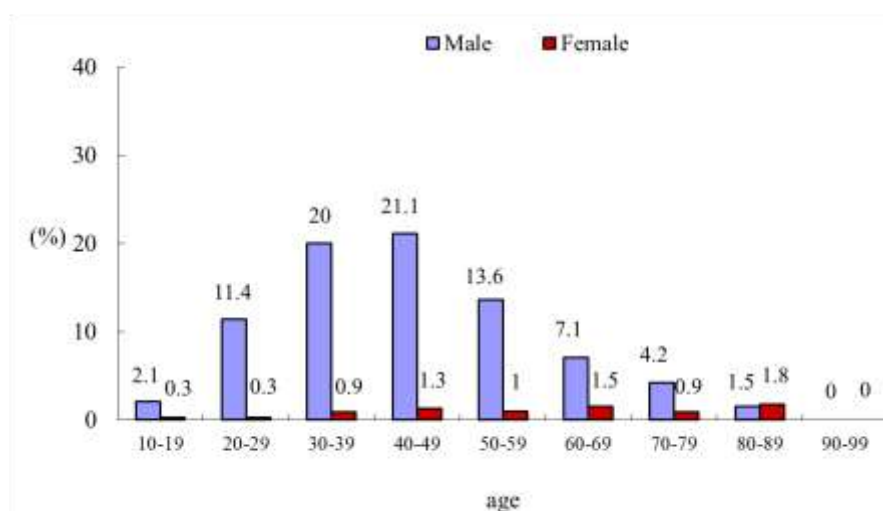


Source : National Health Interview Survey, 2009



圖性別 8、2009 年台灣兩性嚼檳榔率—按年齡分

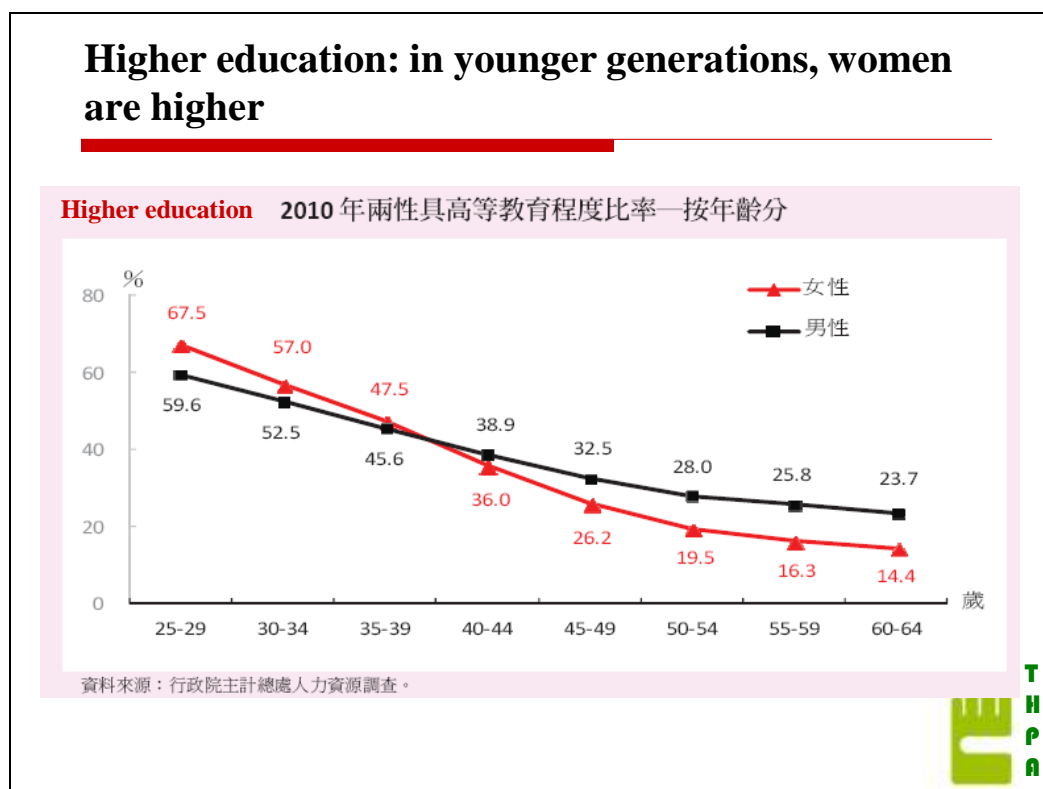
Betel quid chewing rate by age and gender in Taiwan, 2009



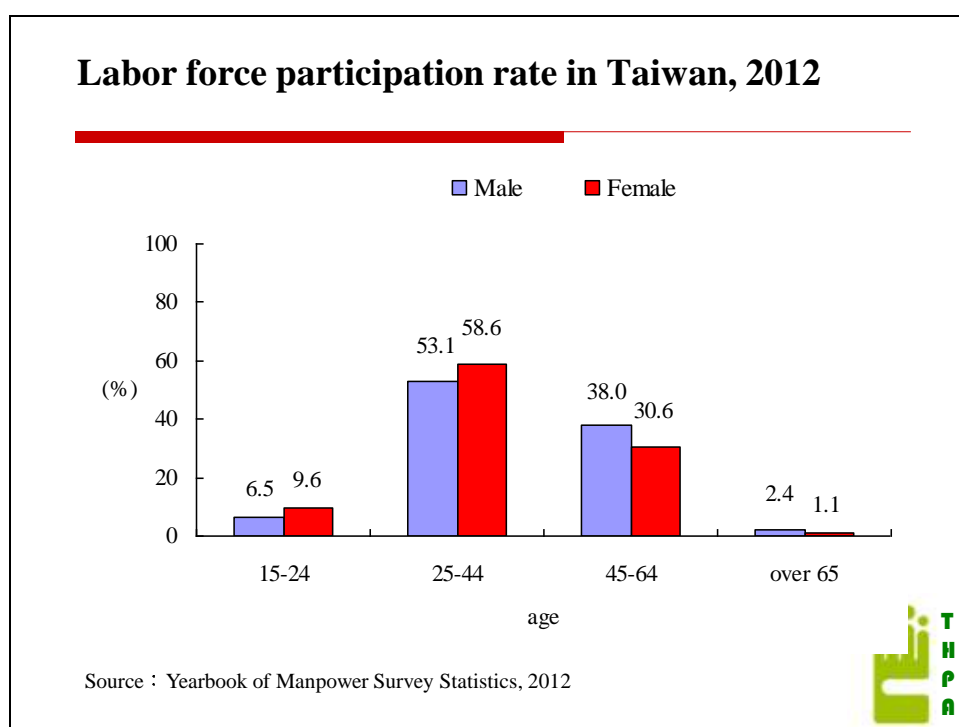
Source : National Health Interview Survey, 2009



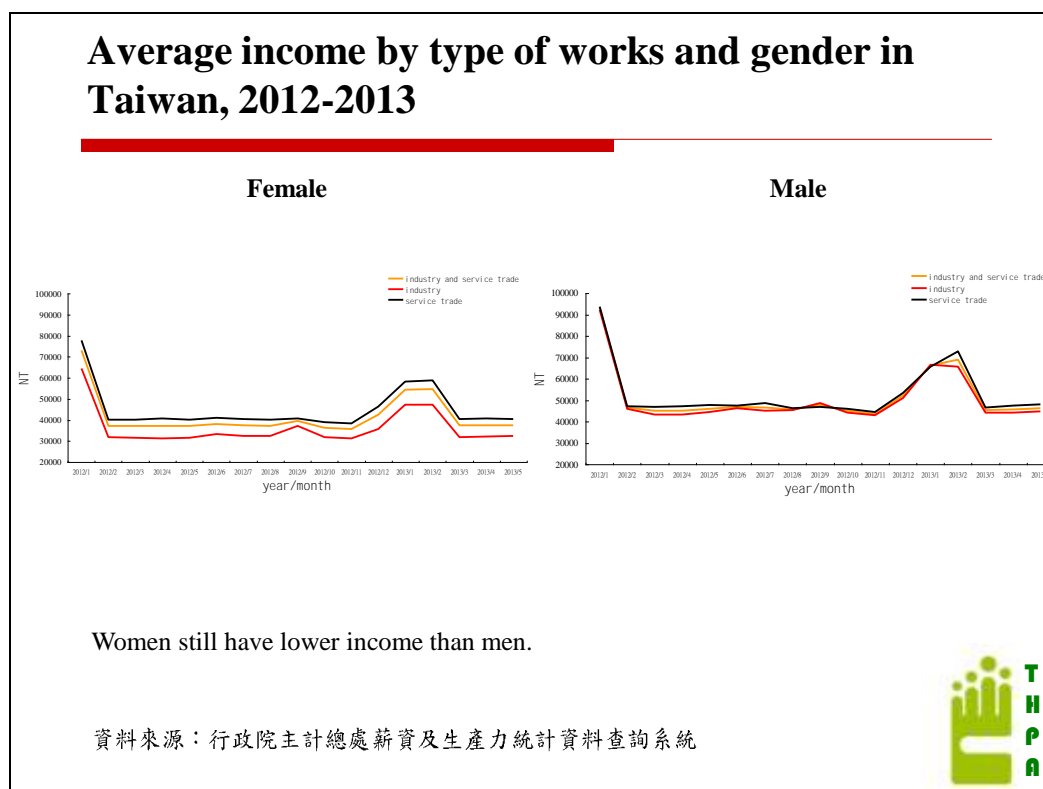
圖性別 9、2010 年兩性具高等教育程度比率—按年齡分



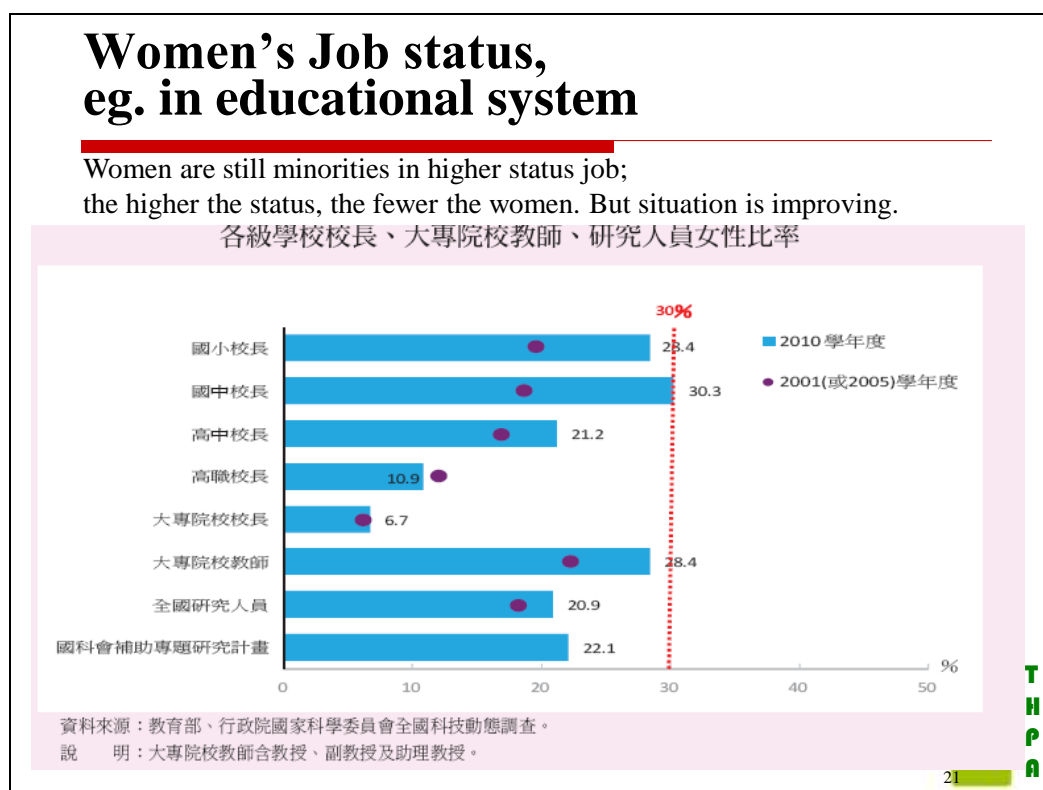
圖性別 10、2012 年台灣兩性勞動參與率—按年齡分



圖性別 11、2012 至 2013 台灣兩性不同工作型態之平均年收入



圖性別 12 各級學校校長、大專院校教師、研究人員女性比率



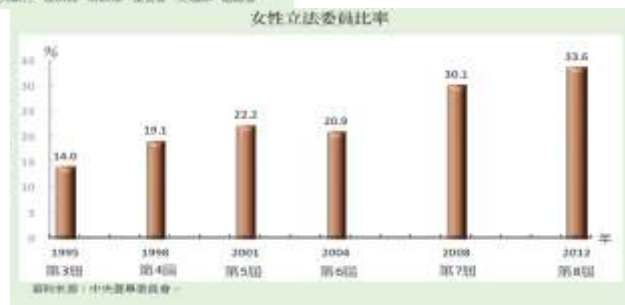
圖性別 13、女性在公務部門及立法委員比率

Change of Women's Status in Taiwan – Power, Decision-Making & Effectiveness



Women's status in governments: similar. Minorities in higher status job; the higher the status, the fewer the women. But situation is improving.

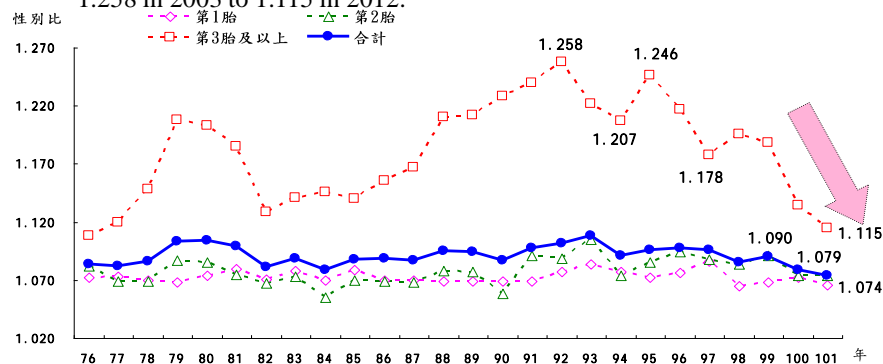
% of congress women: increasing, now 33%



圖性別 14、控制出生人口性別比之努力與成效

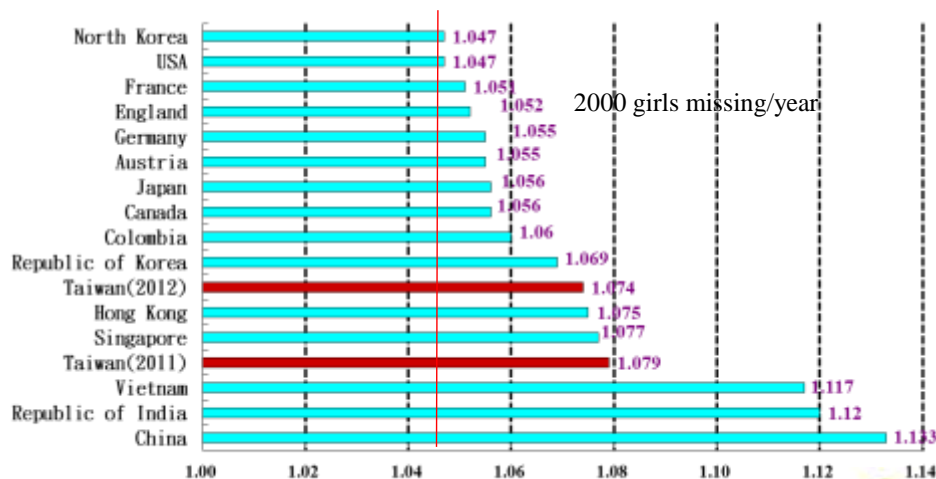
Efforts to control sex ratio at birth

- SRB is 1.090 in 2010.
- In 2011, health agencies worked together to protect the lives of baby girls where the rate dropped to 1.078 which hit the all time low in the 16. International ranking has dropped from No.3 in 2003 to No. 12 in 2011.
- In 2012, the rate dropped to a all time low of 1.074 in the 25 years, and it continues to reach the natural proportion of 1.05-1.06. International ranking further dropped down to No.15. On the part of third birth, it to a big drop from 1.258 in 2003 to 1.115 in 2012.



圖性別 15、出生性別比之國際比較

1. The girl child : the “missing girls” problem high sex ratio at birth in Taiwan



Source:

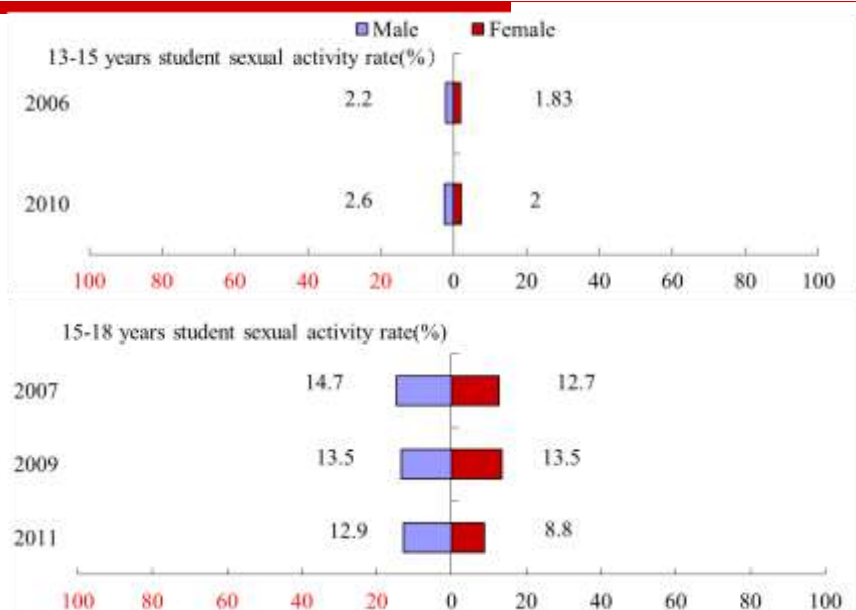
1. CIA, US, 2011. <http://www.natiomaster.com>

2. Statistics of Birth Reporting System, Health Promotion Administration, MOHW (2012)



圖性別 16 台灣青少年曾有性行為之比率

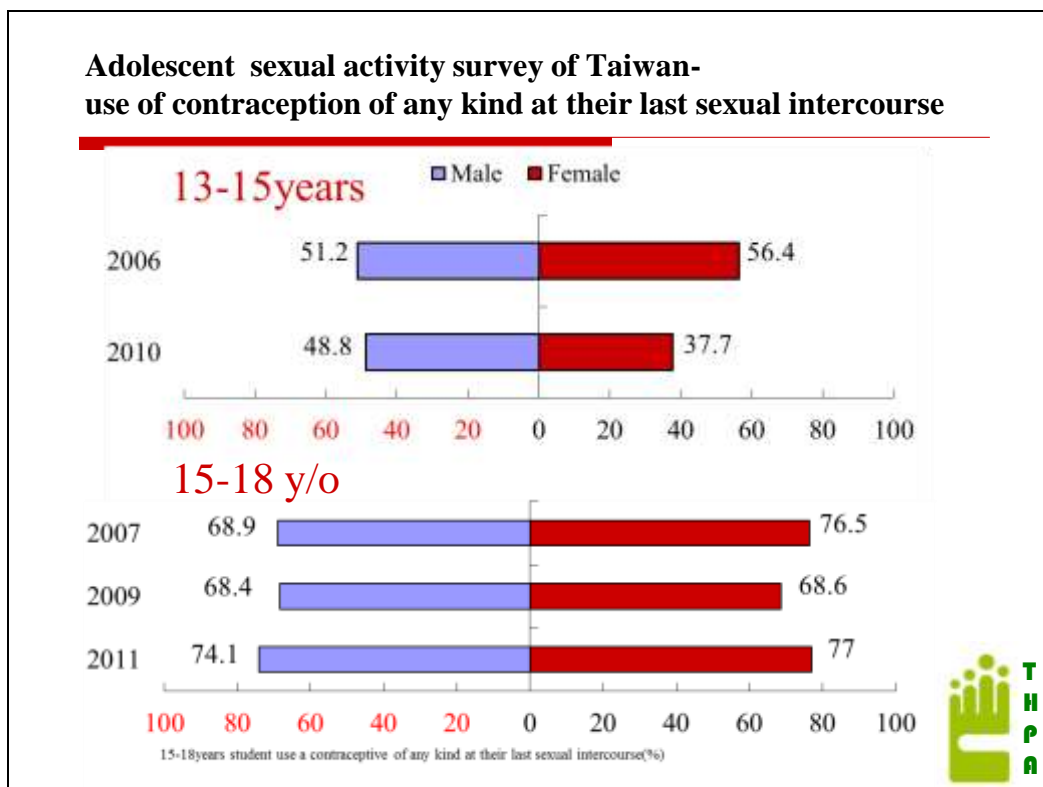
2. Adolescent girls: % ever had sexual intercourse



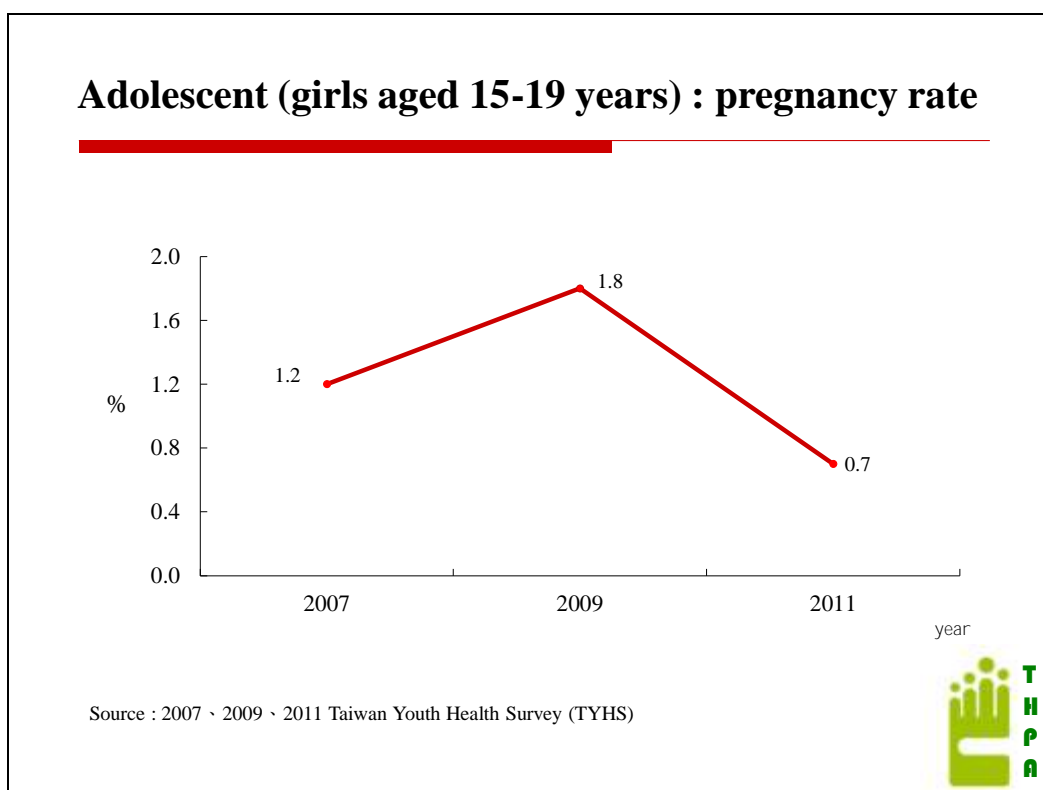
Source : Taiwan Youth Health Survey (TYHS)



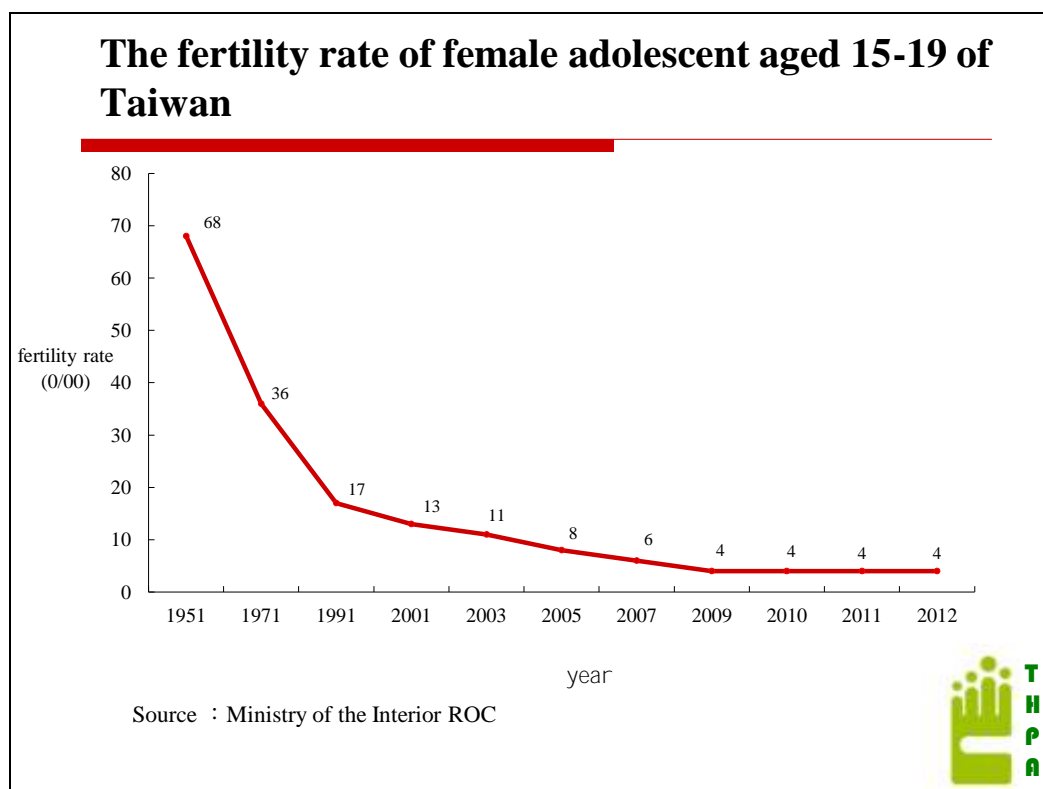
圖性別 17、台灣青少年兩性最後一次性行為有使用任何避孕措施之比率



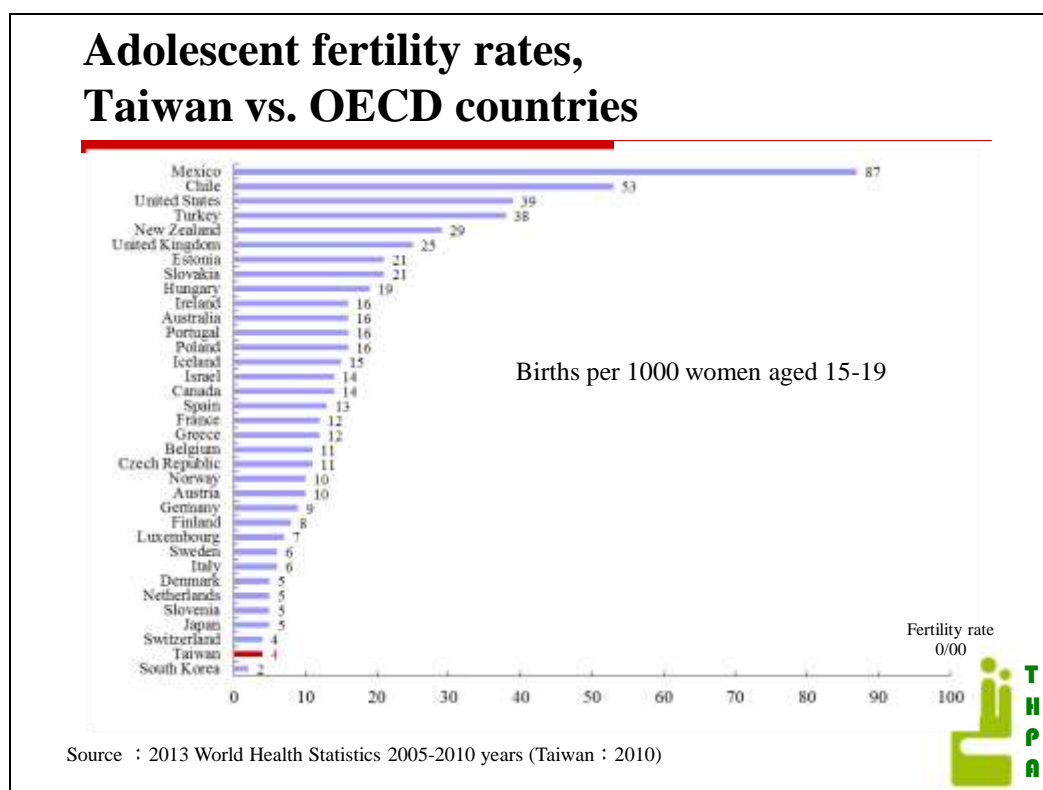
圖性別 18、台灣 15 至 19 歲青少年懷孕率



圖性別 19、台灣 15 至 19 歲青少年生育率

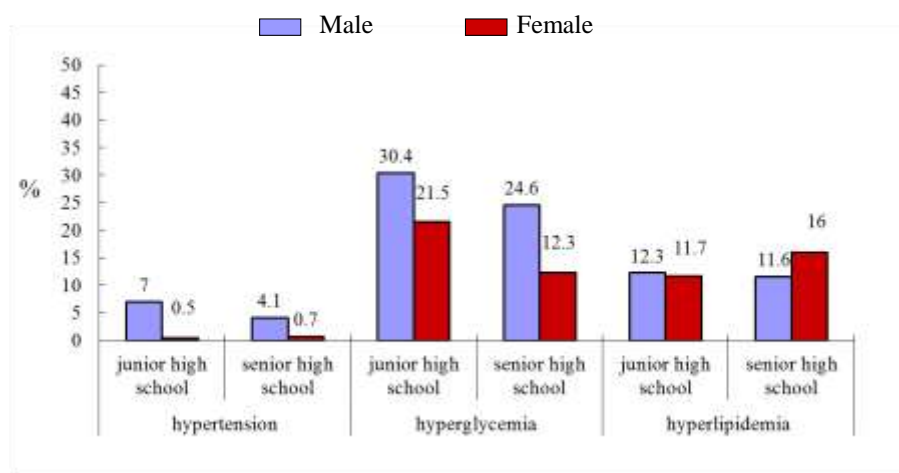


圖性別 20、台灣與 OECD 國家青少年生育率比較



圖性別 21、台灣兩性青少年高血糖、高血脂及高血壓之比率

Adolescent Hyperglycemia, Hyperlipidemia and Hypertension Status (Junior & Senior High School)

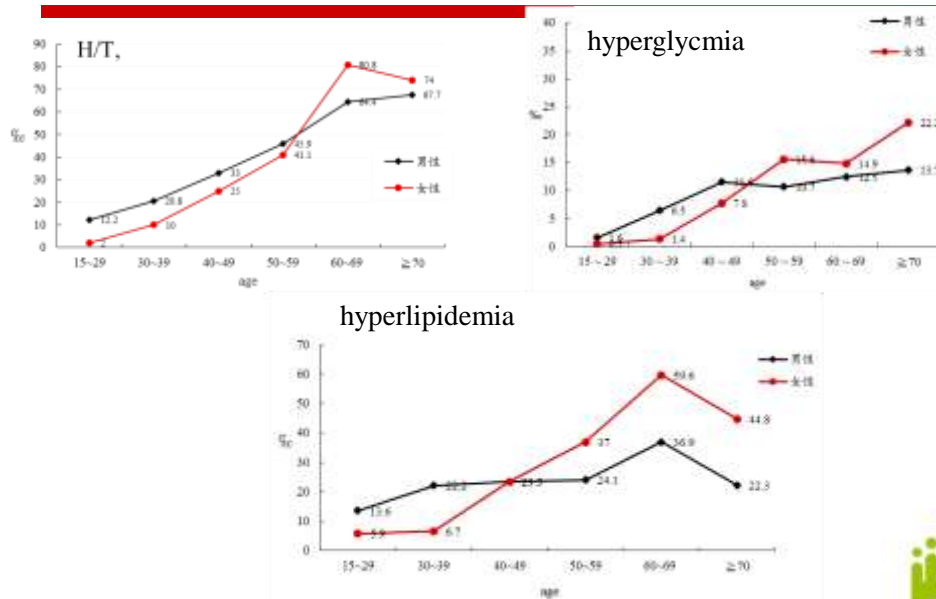


資料來源：2010(國中)、2011(高中)國民營養變遷狀況調查



圖性別 22、台灣兩性高血壓、高血脂及高血糖發生率—按年齡分

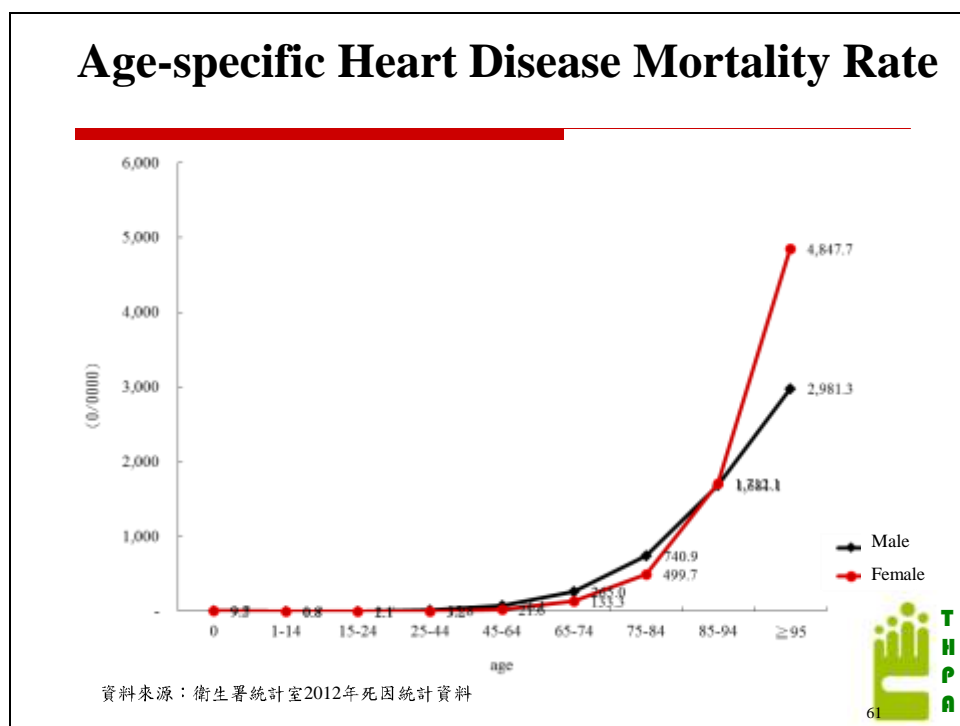
Incidence of Hypertension, hyperlipidemia, hyperglycemia in women vs. men, 2002-2007



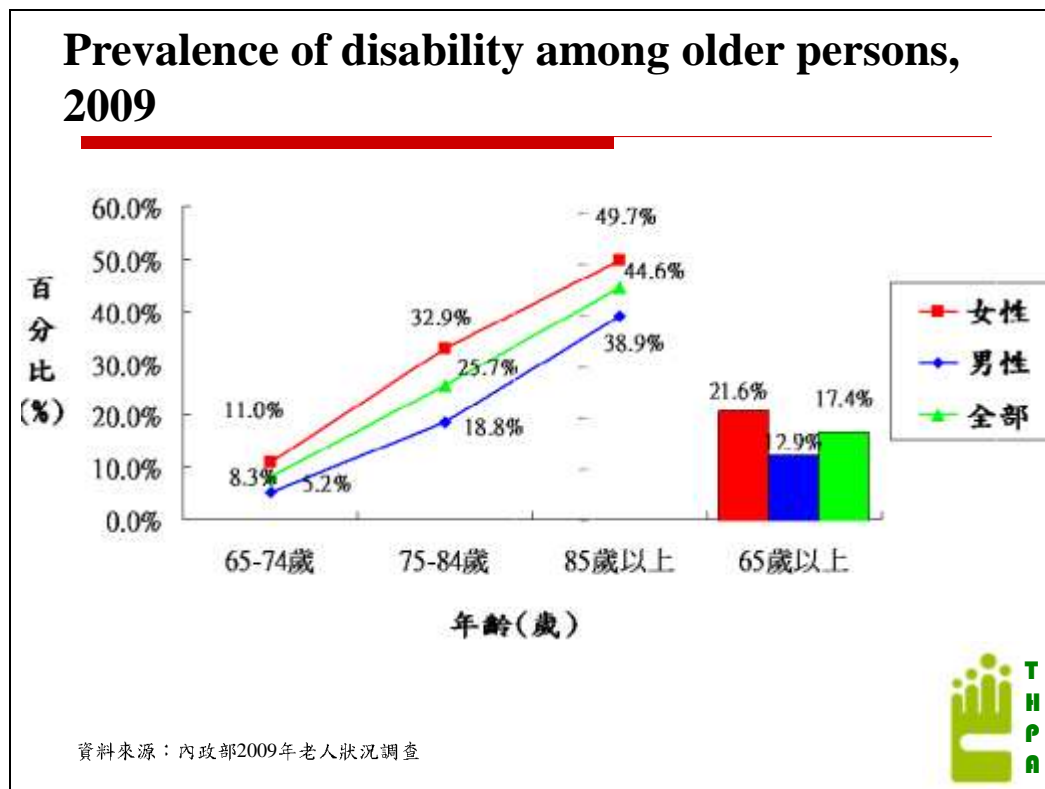
資料來源：2007年台灣地區高血壓、高血糖、高血脂之追蹤調查研究



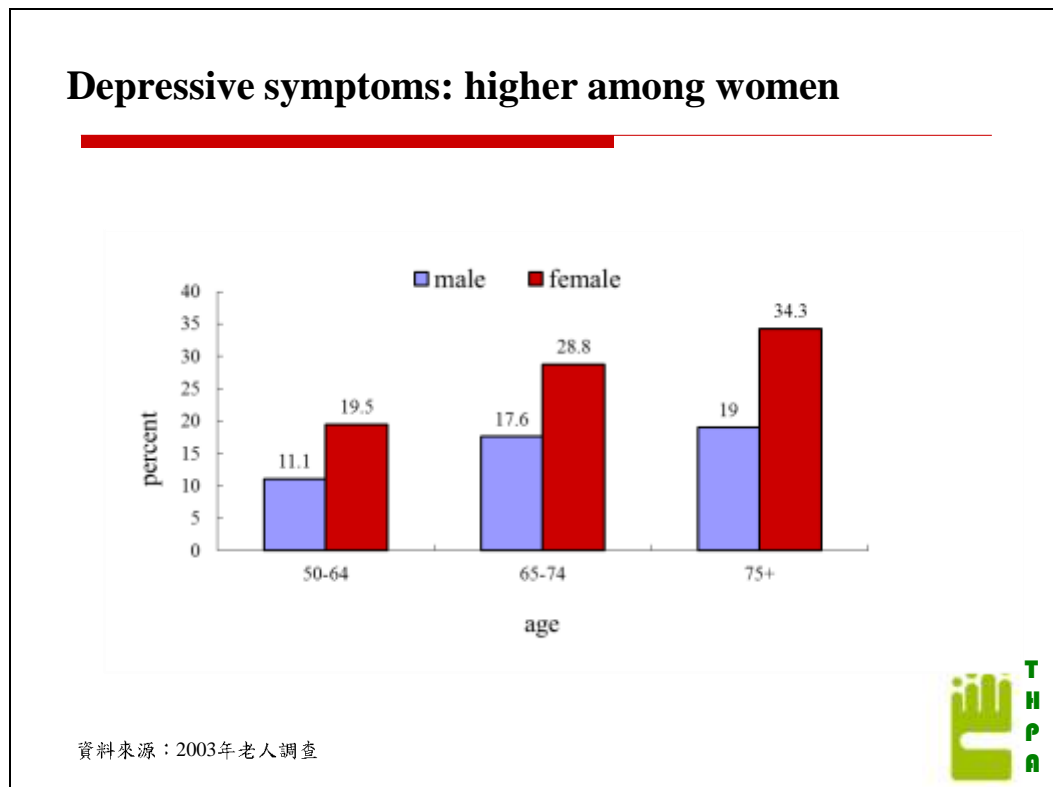
圖性別 23、台灣兩性心臟疾病死亡率—按年分



圖性別 24、2009 年台灣 65 歲以上兩性老人失能率



圖性別 25、台灣兩性老年人憂鬱症狀



3. 我國健康不平等現況與趨勢初探

本次實地赴英國研習健康不平等之前，亦就現有資料再次整理及分析，包括針對台灣與 OECD 國家之比較，以及國內各縣市之現況及長期趨勢比較，藉由國際比較與國內比較瞭解我國未來努力空間，發掘縣市間之健康不平等問題。其中，縣市比較分析項目，涵蓋 1995 年推動全民健保以來，各縣市總死因死亡率、死因別死亡率、公共衛生服務之表現，以及危險因子盛行率等。藉由分析各縣市健康指標之長期趨勢及排名序位變化，可瞭解縣市努力之成效。所發現相關例證包括：有些縣市早年健康排名並不高，但呈後來居上之勢，或者隨縣市衛生首長到、離職，觀察到之該縣市民眾健康狀況或疾病防治成效之進步與退步，顯現 leadership effect，各縣市只要有所努力，就可以造成改變。

茲就本次針對健康不平等現況與過去發展之檢視結果，擇要分述如下：

(1) 台灣與 OECD 國家之比較

A. 台灣在推動全民健保之後，女性平均餘命持續提升至與 OECD 國家中位

數相當，但男性仍落後，兩性之平均餘命差距呈增加現象（圖初探 1、圖初探 2）。

- B. 在總死因死亡率方面，台灣在推動全民健保之後，女性總死因死亡率持續下降至與 OECD 國家中位數相當，但男性總死因死亡率從略低於 OECD 國家中位數反而變成略高（圖初探 3、圖初探 4）。男性總死亡率與 OECD 國家中位數接近，但零歲預期壽命卻較 OECD 中位數低，推測我國男性死亡年齡較 OECD 國家低，可能與事故傷害、口腔癌等較高有關。
- C. 在 4 大非傳染病死亡率方面，各國之癌症和 COPD 死亡率皆有性別差異的現象存在，且大多以男性高於女性（圖初探 5-7）。
- D. 嬰兒死亡率由低至高排名的情況下，2010 年台灣嬰兒死亡率相較於 34 個 OECD 國家，排名相當於第 16 名。與鄰近國家日本和韓國比較，台灣嬰兒死亡率(4‰)高於日本(2‰)，但與韓國相當(4‰)（圖初探 8）。
- E. 孕產婦死亡率由低至高排名的情況下，台灣孕產婦死亡率在 34 個 OECD 國家中排名第 23 名。與鄰近國家日本和韓國比較，台灣孕產婦死亡率(90/0000)高於日本(50/0000)，低於韓國(160/0000)（圖初探 9）。
- F. 在危險因子之比較，台灣女性吸菸率雖不高，但男性吸菸率較 OECD 國家高；台灣之過重或肥胖盛行率雖不若 OECD 國家高，但與亞洲地區國家相較，則居前面序位；身體不活動比例則非常高。（圖初探 10-12）
- G. 相較於大多數 OECD 國家，台灣之醫療保健總支出佔 GDP 之比率僅 6.6%，低於大多數 OECD 國家，投入嚴重不足。（圖初探 13）

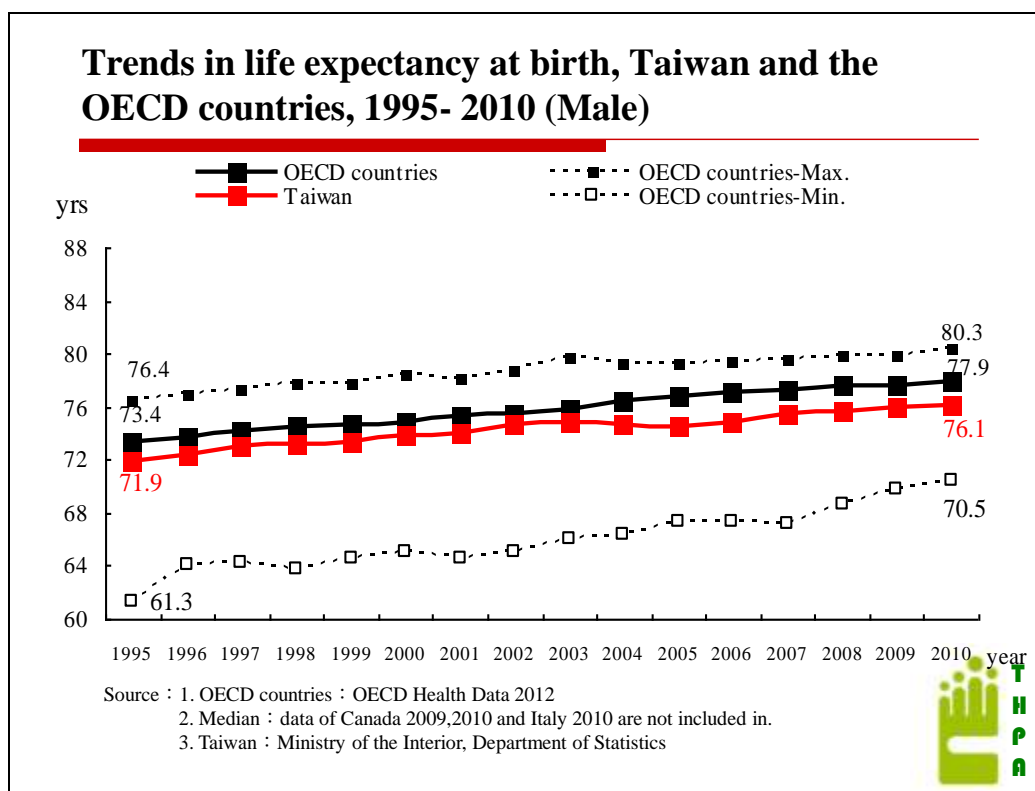
(2) 縣市健康狀況、服務利用與績效表現比較

- A. 由縣市比較發現，各縣市平均餘命之最高與最低值差距，亦以男性較大。換言之，女性平均餘命之縣市差異較男性小。平均餘命較低之縣市，多為偏遠、山地或原住民人口分布較多之縣市（圖初探 14-15）。由各縣市標準化死亡率亦可看到類似之狀況（圖初探 16）。
- B. 由縣市危險因子盛行率之比較分析也發現吸菸、嚼檳榔及肥胖等危險因子有群集現象。（圖初探 17-18）

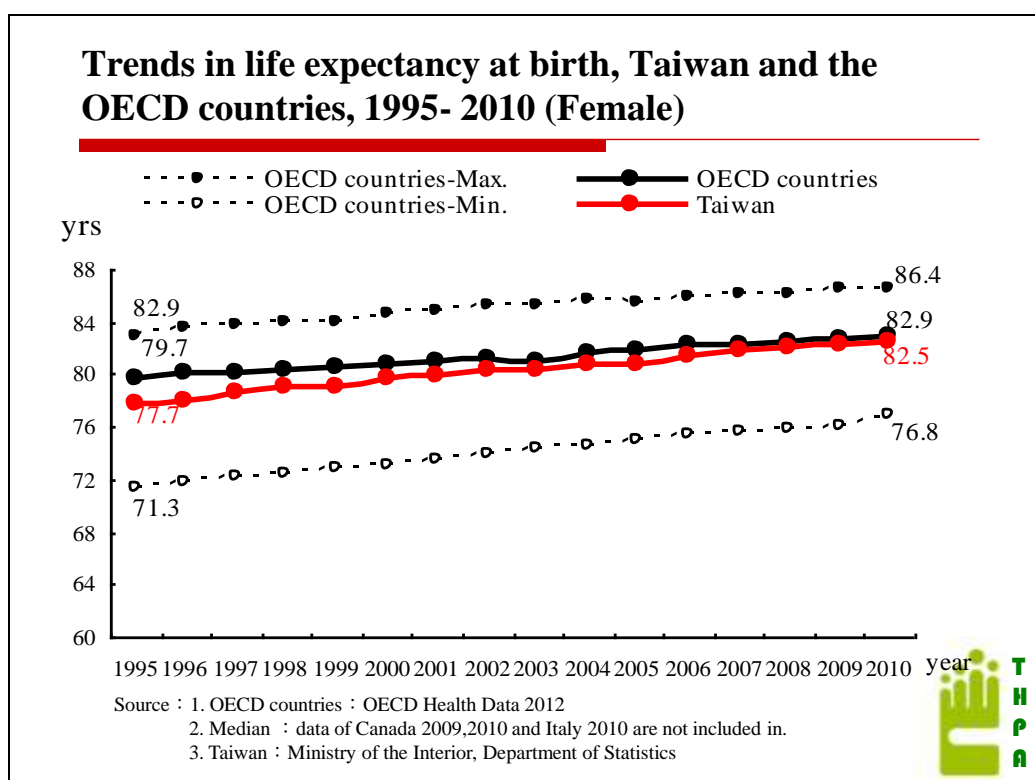
由各縣市資料之比較分析可發現，雖然健康狀況會受到教育或經濟狀況等社會決定因素之影響，但各縣市所推動的預防及公共衛生工作，也有助改善民眾健康，由 1995 年至 2012 年間各縣市之死亡率及排名來看，即

使非都會型的縣市，如果預防及公共衛生做得好，疾病之死亡率可以和都會型的縣市一樣低。本人十餘年前(85 年)在宜蘭縣推動結核病防治為例，採取送藥到手、服藥入口、緊迫盯人之服藥與個案管理策略，病患治療完成率顯著改善，結核病死亡率從 1995 年居全國第 6 高，迅速一路降至 2002 年最低點，為第 18 高，但其後又一路回升至第 7 高；另，當時推動全國第一個糖尿病共同照護網，糖尿病死亡率也從 1995 年居全國第 16 高，降至 1999 年最低點，為第 23 高，其後雖略回升，但因醫療團隊持續服務，尚能維持一定水準。再以子宮頸抹片篩檢率為例，本人當時將篩檢率衝到全國第一，2003 年開始效應展現在死亡率上，從全國第三高降到全國第三低，但 2008 年以後死亡率排名又回升了。有效的公共衛生介入，改變了縣市本來反映社經狀況的死亡率排名，短短數年間就能看到改善，但也會隨著投入的減少而又惡化。

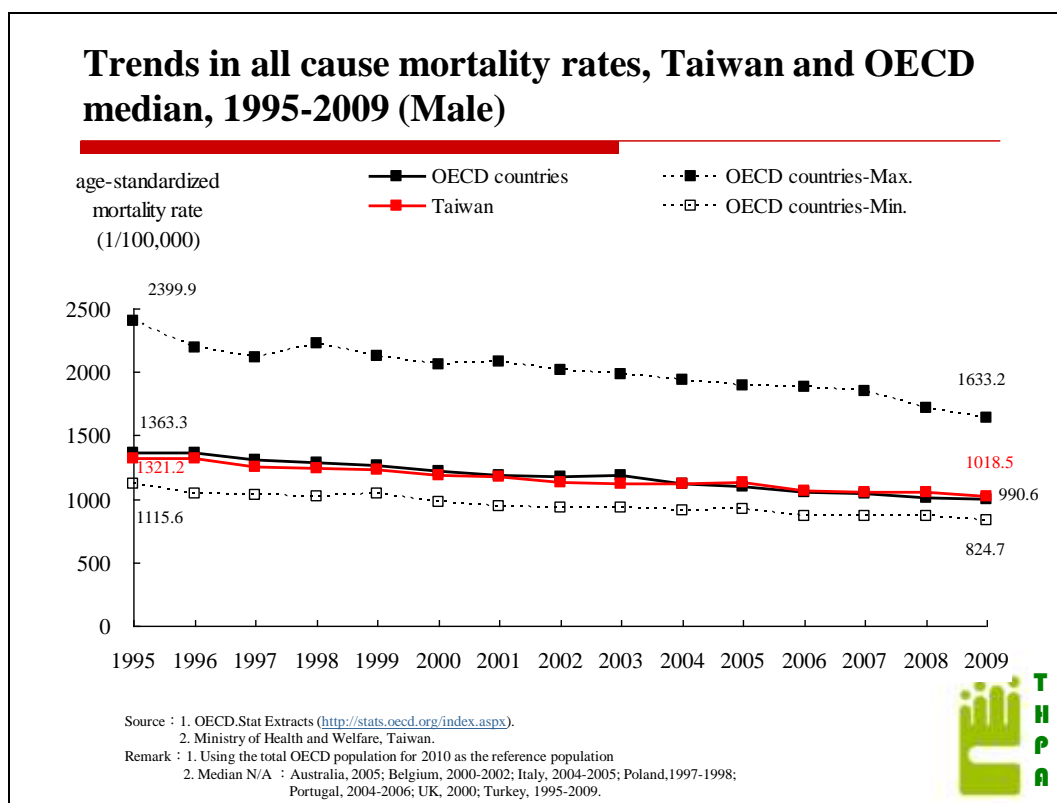
圖初探 1、1995-2010 年男性零歲平均餘命，台灣與 OECD 國家比較



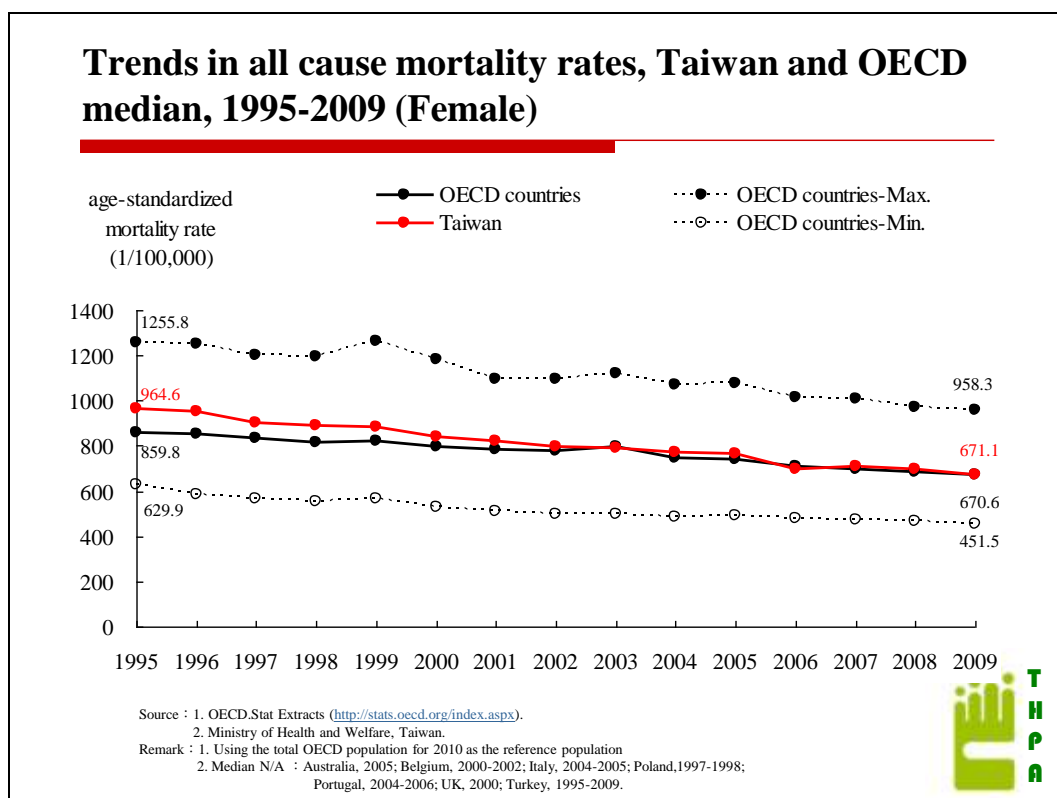
圖初探 2、1995-2010 年女性零歲平均餘命，台灣與 OECD 國家比較



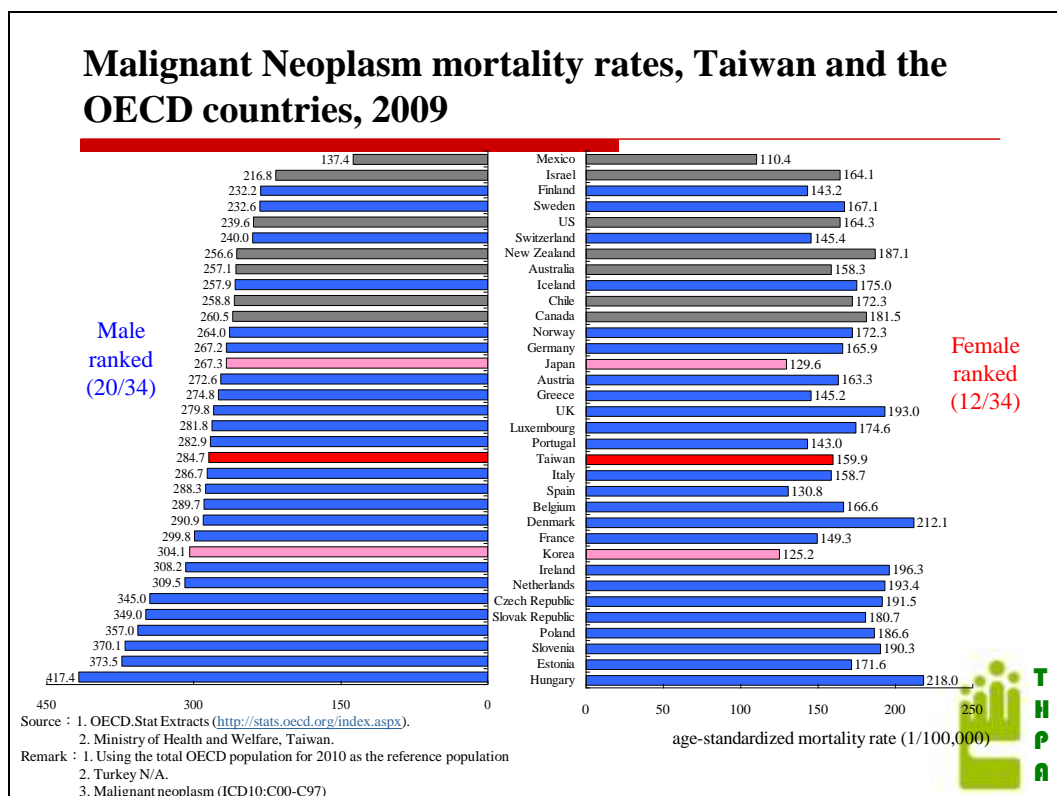
圖初探 3、1995-2009 年男性總死因死亡率，台灣與 OECD 國家比較



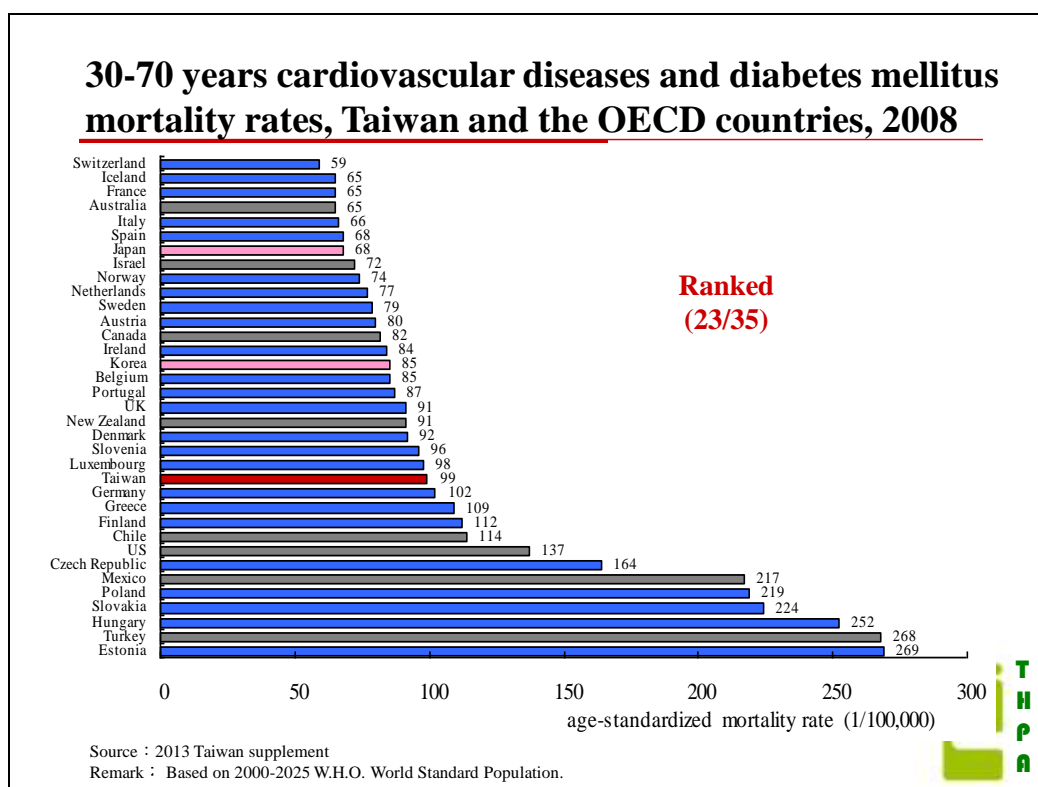
圖初探 4、1995-2009 年女性總死因死亡率，台灣與 OECD 國家比較



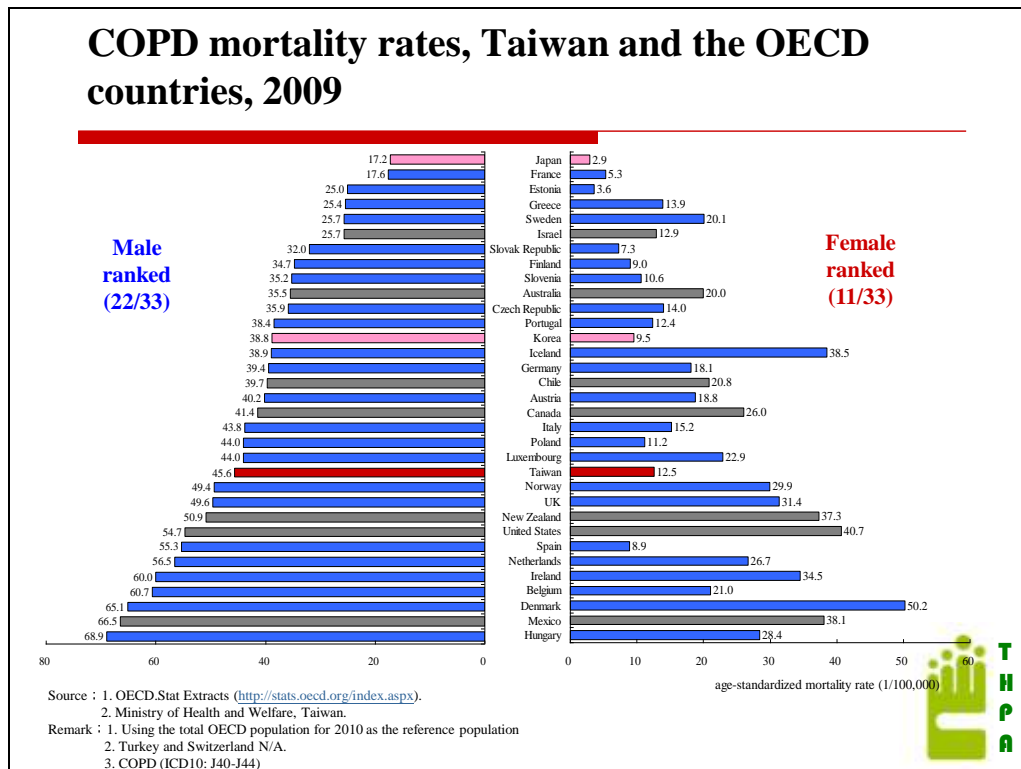
圖初探 5、2009 年兩性癌症死亡率，台灣與 OECD 國家比較



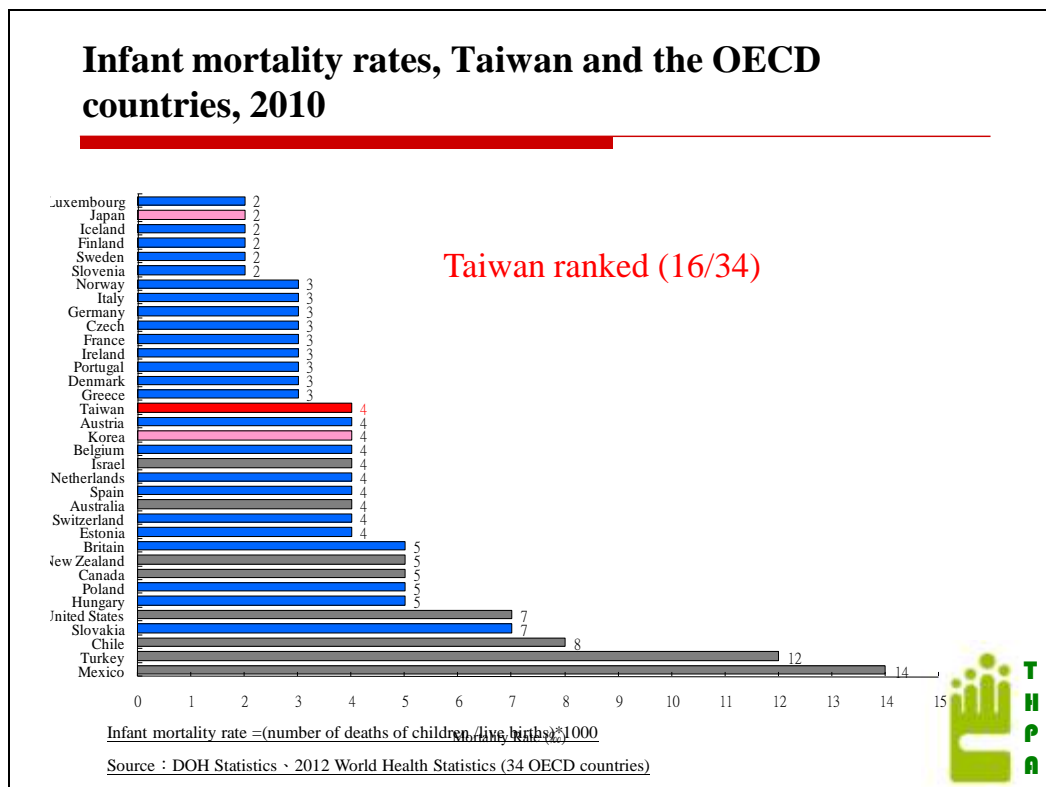
圖初探 6、2008 年兩性 30-70 歲心血管疾病加糖尿病死亡率，台灣與 OECD 國家比較



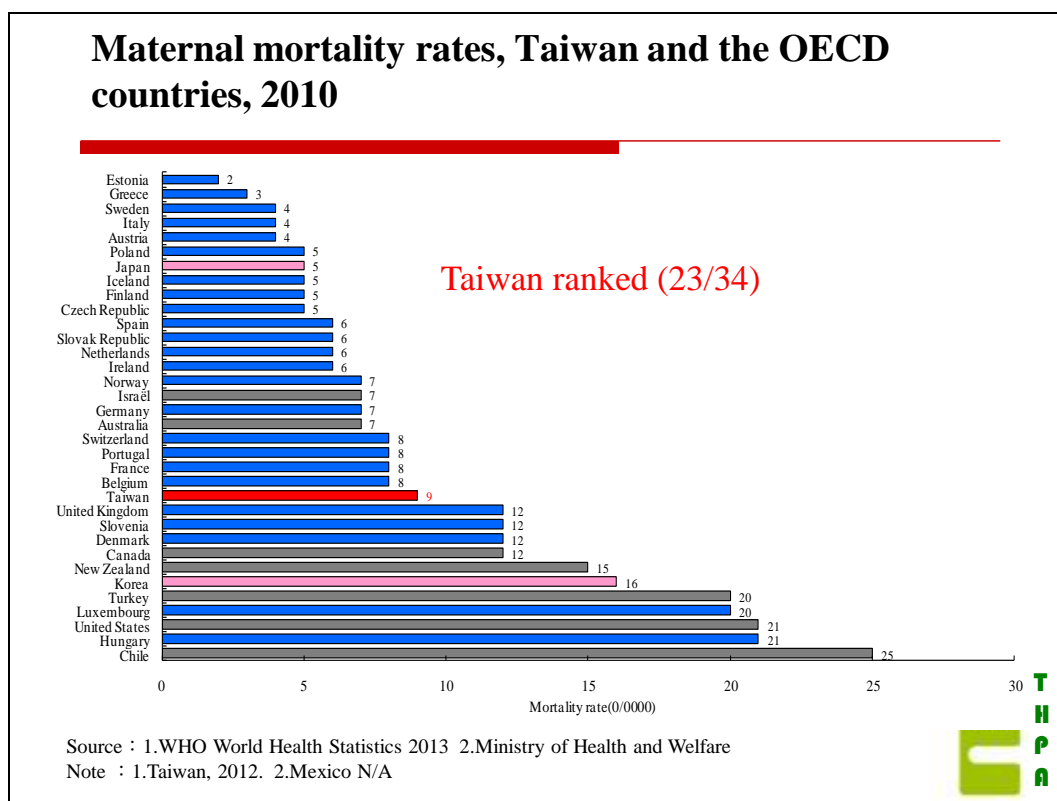
圖初探 7、2009 年兩性 COPD 死亡率，台灣與 OECD 國家比較



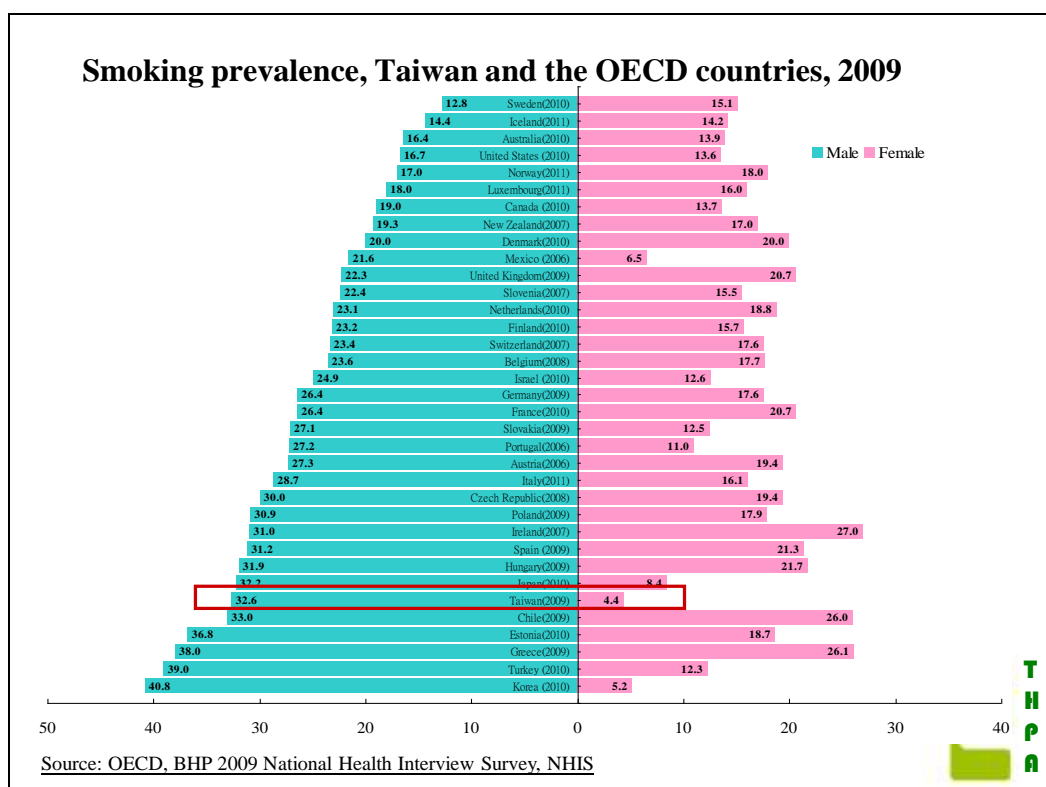
圖初探 8、2010 年嬰兒死亡率，台灣與 OECD 國家比較



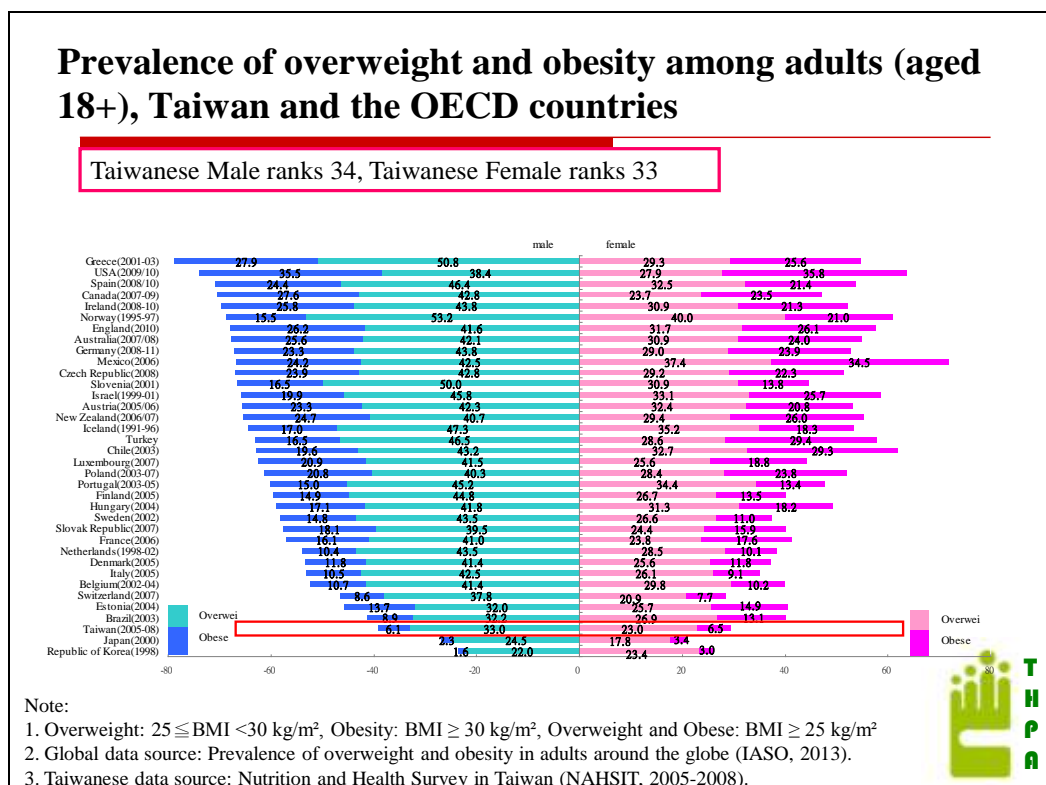
圖初探 9、2010 年孕產婦死亡率，台灣與 OECD 國家比較



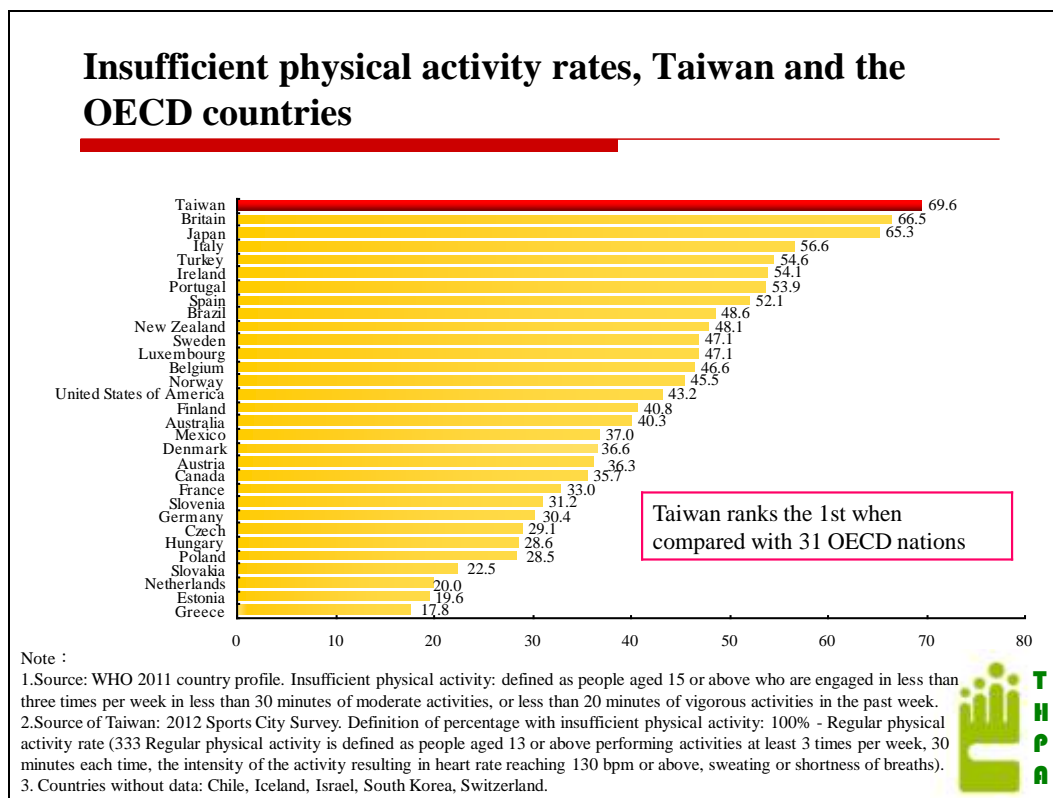
圖初探 10、2009 年吸菸盛行率，台灣與 OECD 國家比較



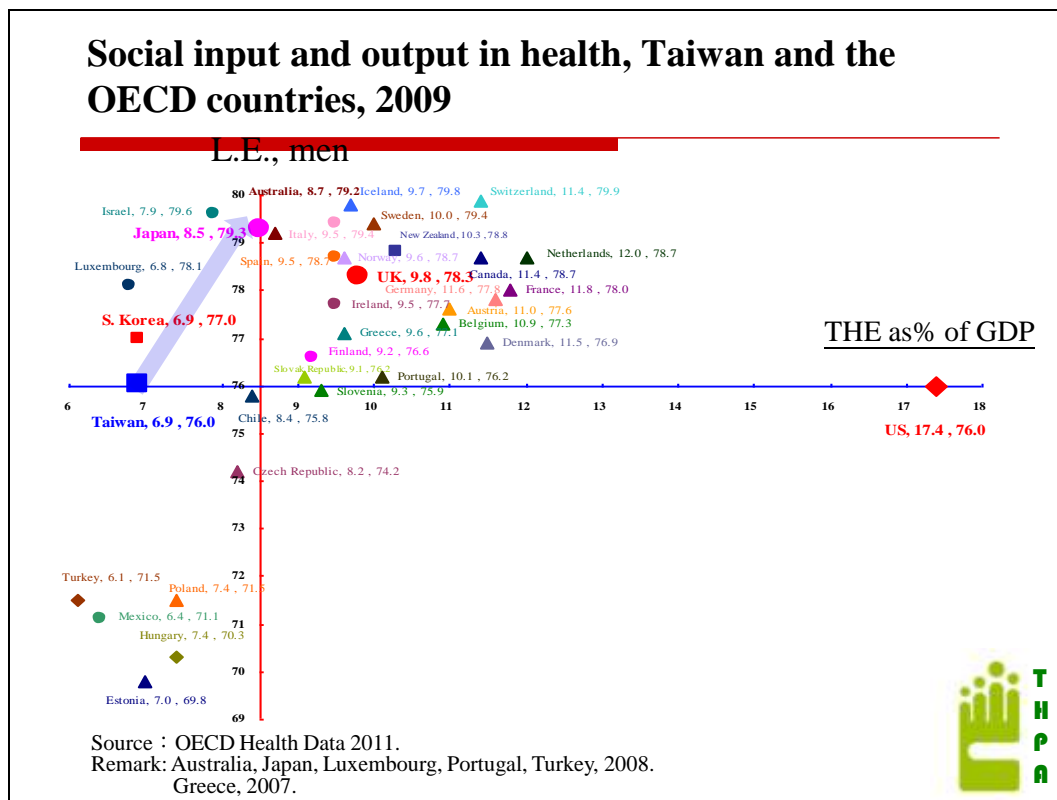
圖初探 11、過重及肥胖率，台灣與 OECD 國家比較



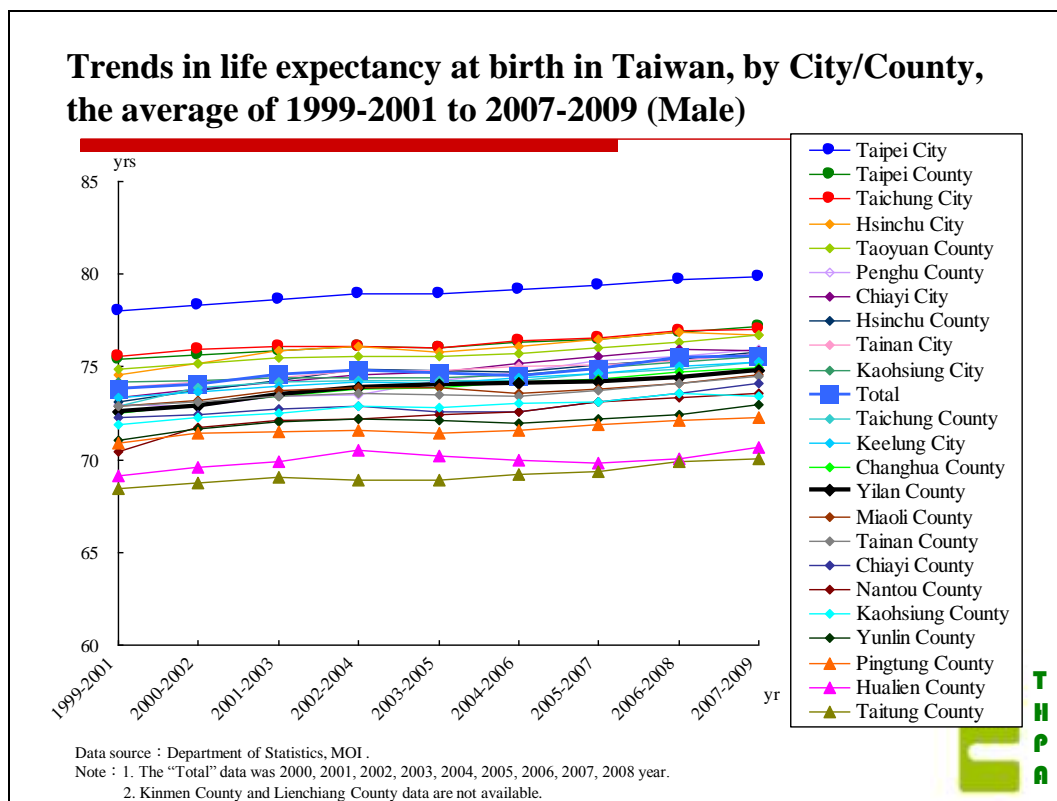
圖初探 12、身體活動不足之百分比，台灣與 OECD 國家比較



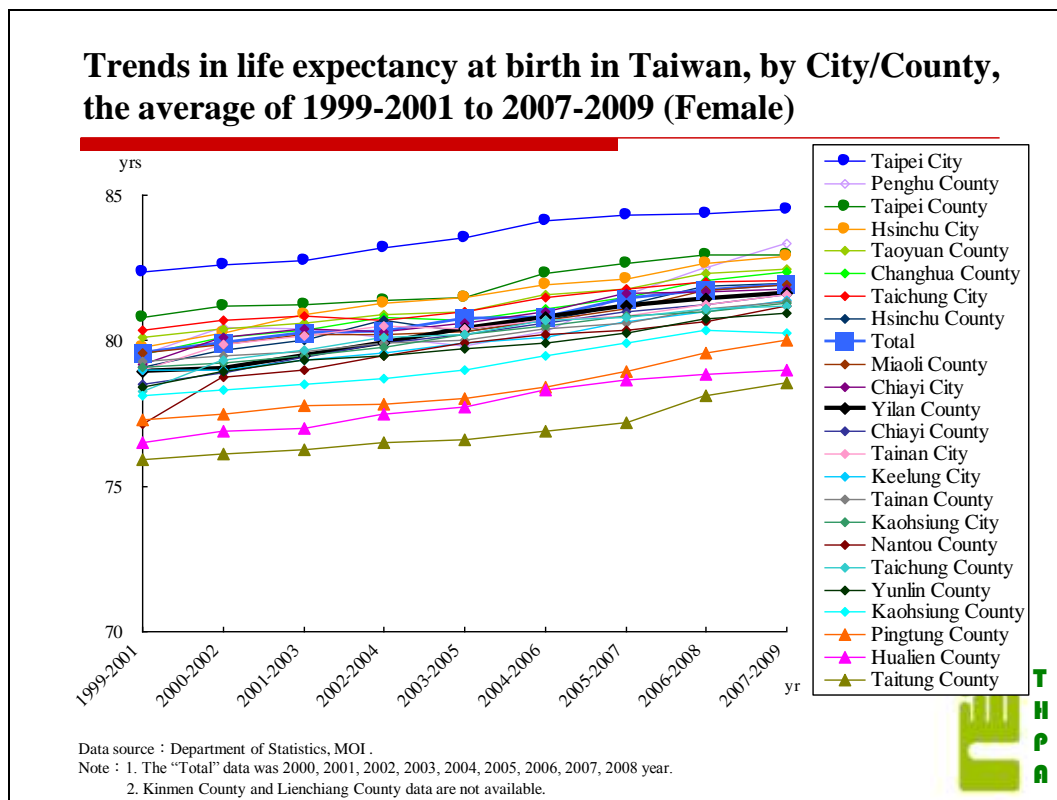
圖初探 13、醫療支出占 GDP 百分比與平均餘命，台灣與 OECD 國家比較



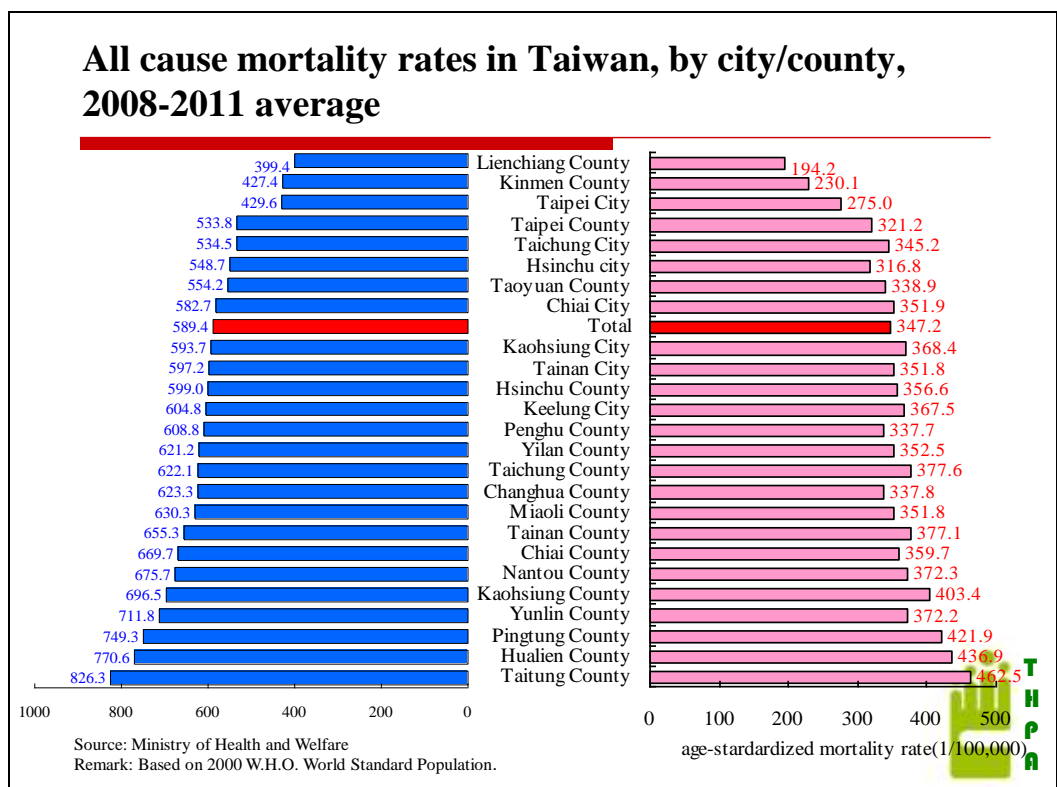
圖初探 14、1999-2009 年男性零歲平均餘命，縣市比較



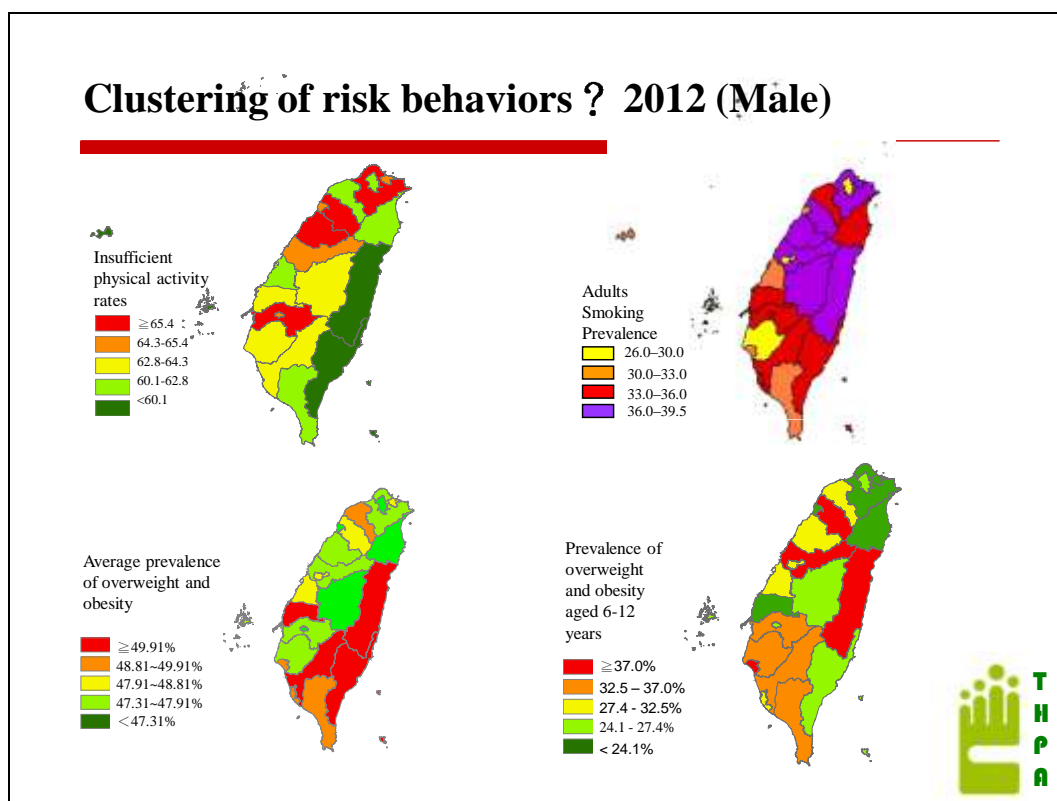
圖初探 15、1999-2009 年男性零歲平均餘命，縣市比較



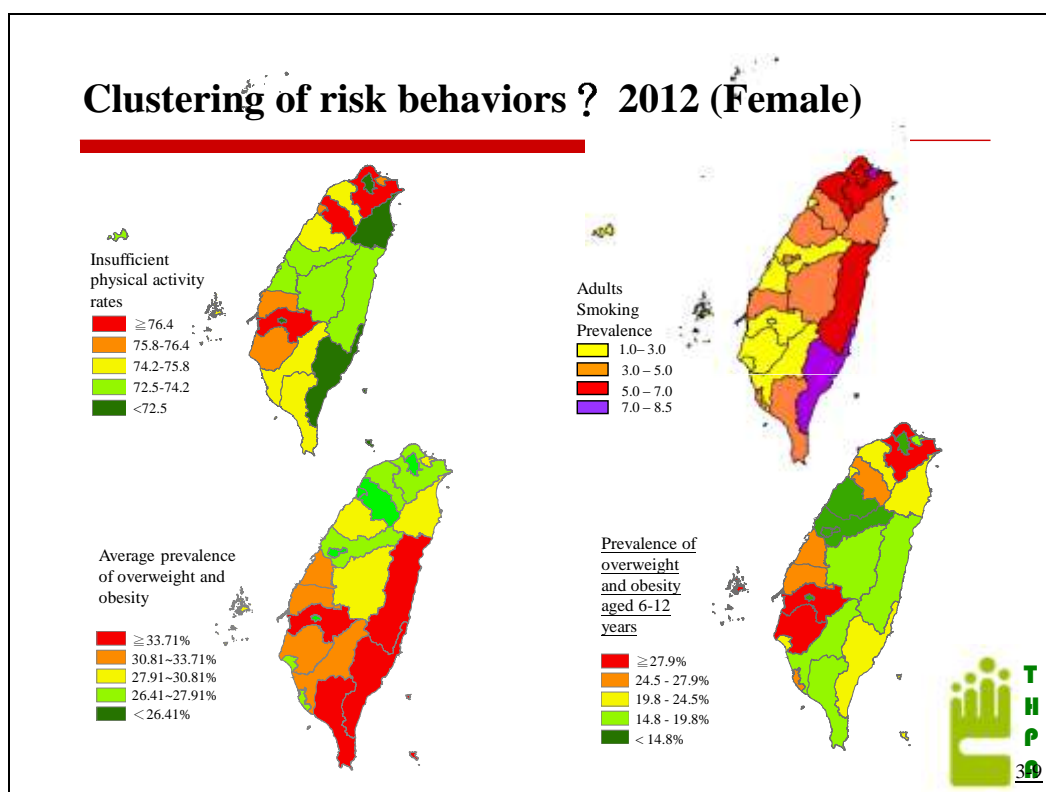
圖初探 16、2008-2001 年兩性總死因死亡率，縣市比較



圖初探 17、2012 年各縣市男性危害健康行為之聚集



圖初探 18、2012 年各縣市女性危害健康行為之聚集



4. 因應政策、策略及執行狀況

國民健康署之重要使命在增進全民健康之餘命，任務在於提供支持性之環境，主要業務涵蓋健康監測、預防保健、健康的出生與成長、健康與活躍老化、健康的生活與社區發展、降低健康不平等，除參照國際目標，也訂定國內之目標，相關因應政策、策略及執行狀況如下：

A. 補助縣市推動降低健康不平等計畫

為檢視健康不平等現況，已廣泛分析縣市別各項非傳染性疾病及其危險因子之差異，找出縣市間各種健康不平等的議題，並針對死亡率高或危險因子盛行地區，由中央政府補助經費推動防治計畫，藉以縮小其與其他地區之健康不平等。縣市需提出五年期之計畫，展現將如何在五內之前改變現況之企圖，以及設定計畫目標。

B. 健康相關危險因子防制

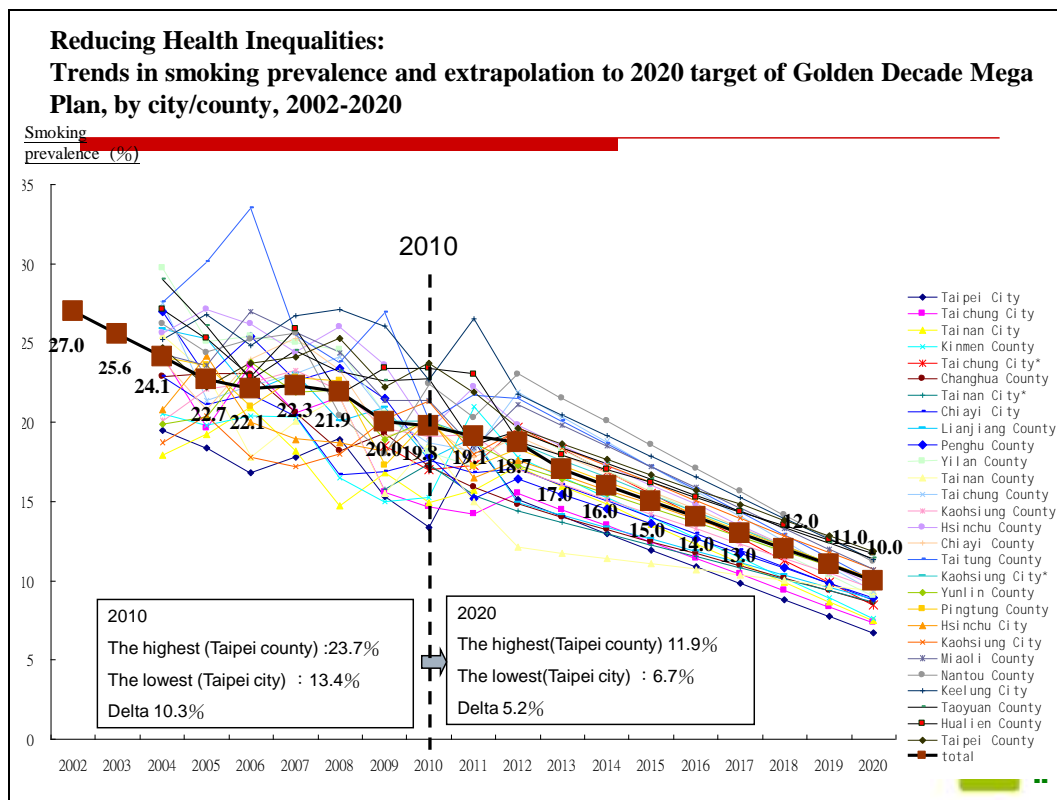
由價格彈性(elasticity)研究結果，青少年或經濟狀況較弱勢者對於價變動較為敏感，調高菸捐有助減少年輕或經濟弱勢族群吸菸率，有助改善其健康。資料也顯示吸菸者多半為相對低收入之勞動人口，因此台灣推動二代戒菸計畫，接受戒菸服務者所需繳交之部份負擔並不高，可接受具實證之藥物治療，也給付衛教諮詢及個案追蹤費用，戒菸服務之可近性極高。

台灣也推動榔防治計畫，檳榔之致癌性造成許多民眾在年紀很輕就罹患口腔癌，在過去幾年也看到嚼檳率下降了三分之一以上。

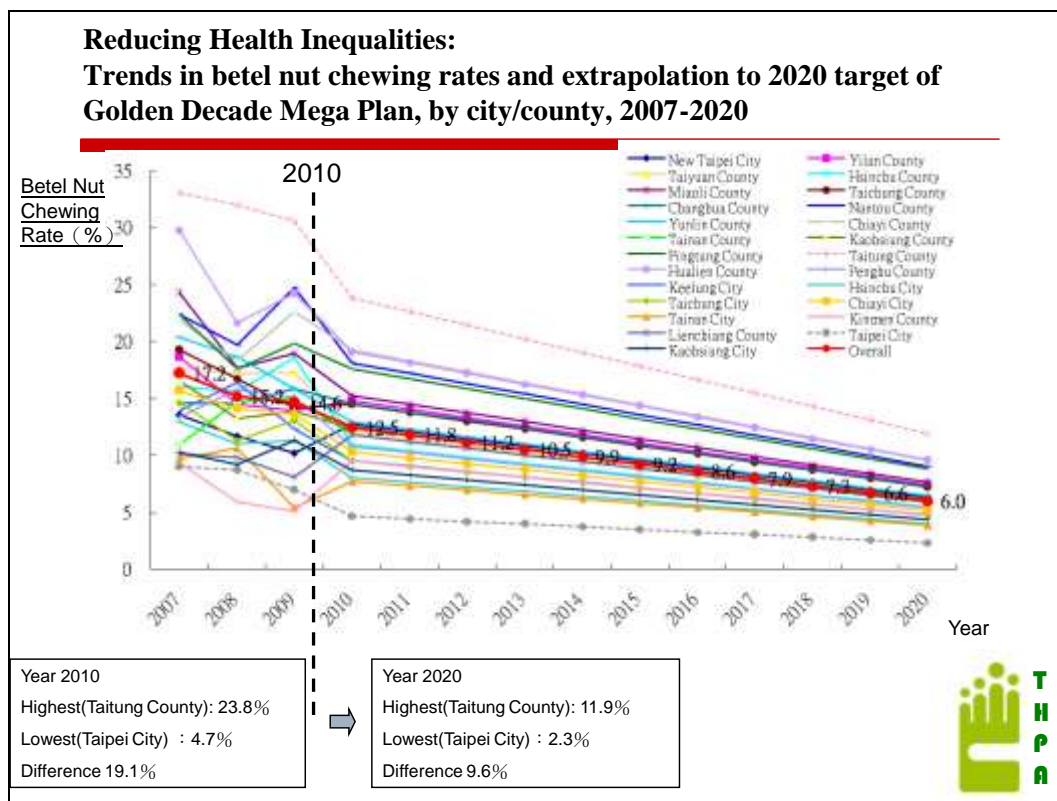
在肥胖防治方面，透過 whole-of-society 及 whole-of-government 的努力，與縣市衛生局共同合作，結合社區、學校、職場、醫療院所等不同場域，協助過重或肥胖民眾減重，提供教戰手冊，也讓民可用低廉的價格獲取每日所需蔬果量，針對都會區女性採取適合該族群之不同策略等等。為增進身體活動，在推動上班族健康操，每日定時由電腦螢幕自動播放健康操影片，並提供民眾以電腦或手機查詢運動地圖(sport map)，就各地區致胖環境加以檢視，以及鼓勵健康採購。過去兩年每年有超過 72 萬人參與健康減重計畫，每年合計減重超過一千噸。由各縣市推動減重成果並與該縣市過重和肥胖盛行率變化作比較，可瞭解過重和肥胖盛行率較高之縣市，是否也努力推動減重計畫，另亦監測環境改善狀況，以縮減縣市間之差距。

由黃金十年計畫所設定之目標值，可以明顯看出，當各縣市依所設定之目標值邁進，達成吸菸率減半、嚼檳率減半，以及規律運動人口倍增之目標，不僅可降低各項不利健康行為之盛行率，亦可降低縣市間之差距，希望出現“convergence”，改善縣市間之健康不平等現象。(圖目標 1-3)

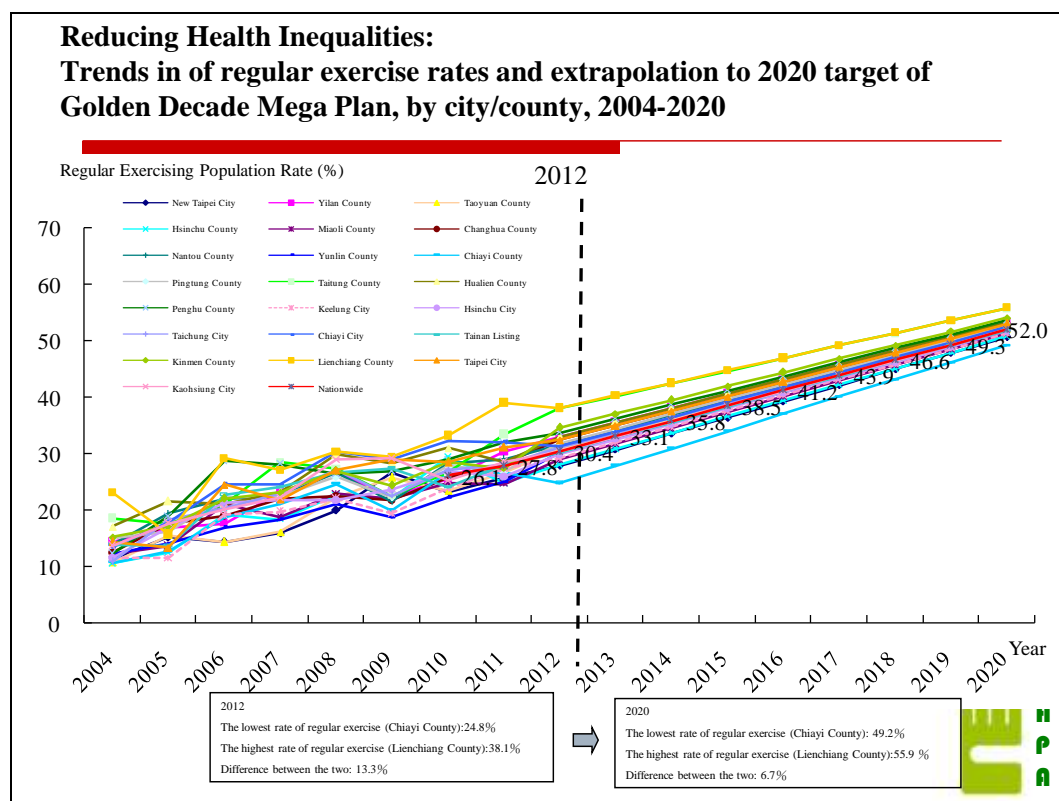
圖目標 1、黃金十年目標－各縣市吸菸率減半之推估



圖目標 2、黃金十年目標－各縣市嚼檳率減半之推估



圖目標 3、黃金十年目標－各縣市規律運動人口倍增之推估



參、心得與建議

我國「2020 年國民健康白皮書」將促進國人健康平等性列為政策目標，2012 年行政院公布國家黃金十年的跨部會計畫，宣示落實「公平正義、均富安康」願景，並逐步邁向健康公平主流化社會。

衛生福利部成立，正是結合衛生與福利之力量，有效弭平健康與人權落差之契機，衛生福利部部長邱文達在國民健康署成立當日曾指出，在人口快速老化及非傳染病威脅日增的時刻，期許國民健康署持續以實證為基礎，與國際接軌，重視公平正義，與各部門、民間團體及全體民眾一起努力，為全民健康打拼；本人亦規劃未來特別加強源頭預防之跨領域結合、e 化傳播、研究發展、國際合作以及致力於提昇國民健康識能，縮小健康不平等，為民眾健康帶來新氣象。國民健康署則將以提高健康餘命、縮小健康不平等為使命，與社政單位合作，將社經弱勢民眾，列為優先服務對象，且訂出健康促進與社福服務之作業標準，結合雙方資源，提供全人、全家的整合式服務，另亦結合跨部會資源，改善就醫就學就業，促進民眾享有更好更公平的發展條件，根本消弭造成不平等的社經問題，落實從子宮到天堂、從家庭到社區的全民健康促進，希望不分貧富、地域、性別、族群，全體國民都健康，活得久、且活得好。

在本次赴英研習健康不平等，實際與 Marmot 教授所領導的 UCL IHE 討論，從既有之健康不平等綜合分析、性別健康狀況改善分析，以及本次針對我國健康不平等現況之國際與國內比較分析結果，歸納我國在性別健康、婦幼健康、非傳染病防治（如子宮頸抹片與子宮頸癌防治）與傳染病防治（如結核病防制、事故傷害防治（如推動機車安全帽立法）等，已有降低健康不平等及改善民眾健康或死亡率之成就可供世人參考，未來由這些亮點選擇案例加以延伸，並將此類成功案例及推動經驗與國際分享。

在本項研習之後，擬進行之工作包括：

一、撰寫我國健康不平等現況報告，邀請國際知名團隊擔任顧問

本次與 UCL IHE 互動討論過程當中，Sir Michael Marmot 教授及其團隊

成員對台灣之成就表示讚賞，特別是在縮減兩性健康差距之成就方面，並表示樂意協助台灣完成健康不平等報告，也希望從台灣的案例研究所得到的好的例證(good example)，以鼓勵和激勵尚未採取行動來改善健康不平等者能見賢思齊。

依據與 UCL IHE 實際討論結果，報告內容建議涵蓋：現況及回顧、案例及實證，以及未來降低健康不平等計畫第三大部份，其第一部份旨在探討健康不平等之現況和過去進展(current status, past progress)，包括數據分析結果與從中發現之過去推動成效良好之案例，第二部份為提出建議與相關單位之角色，包含其他國家看到之實證，以及對台灣現況以及策略建議。第三部份則可針對如何執行計畫以降低健康不平等加以著墨。

報告撰述過程及未來推動降低健康不平等行動計畫，建議邀請國際健康不平等專家，如 Marmot 教授及其所領導 UCL IHE 健康不平等研究團隊，擔任顧問、參與報告撰述及提供專家諮詢意見。該報告完成後，可透過垂直或平行的方向，將所發現之健康不平等現況、過去進展與未來尚得努力事項，提報行政院並提供各部會及各縣市參考，使其瞭解問題之所在並促成健康不平等之改善。

另亦可考量明年於加斯坦歐洲健康論壇辦理平行論壇，以健康不平等(health inequity)為題，邀請不同國家參與及展示案例。

二、建立健康不平等之長期監測機制，加強相關資料之收集與分析

欲充分檢視健康不平等現況與進展，需建立健康之社會決定因素(包括：貧窮、環境、就業、財務、交通等)監測機制，並將著力點延伸針至醫療衛生領域之外。因我國已將衛生與福利單位整併，可連結健康及社福資料進行健康不平等分析，並結合健康及社福相關資源進行健康不平等之改善，目前規劃辦新世代孕產兒健康照護服務，亦為可行之監測資料來源。

三、成立跨部會之健康平等委員會

將健康公平置入公共政策之決策過程，並結合跨部會之力共同消弭健康不平等為當前國際趨勢，建議成立跨部會之健康平等委員會，或透過既有之

行政院永續發展委員會，作為跨部會協調、溝通、團隊合作之平臺。

