

行政院及所屬各機關出國報告
(出國類別：參加會議)

參加第七屆World Health Summit(WHS)
與第八屆歐洲公共衛生大會出國報告

服務機關：衛生福利部國民健康署

出國人員：監測研究組林宇旋副組長

癌症防治組賈淑麗專門委員

婦幼健康組施靜儀簡任技正

派赴國家：德國、義大利

出國時間：104年10月10日至10月18日

報告日期：104年1月8日

經費來自菸品健康福利捐

摘要

本項出國計畫包括參與2015年10月11日至13日於德國柏林舉辦之第七屆World Health Summit(WHS)，以及10月14日至17日於義大利米蘭舉辦之歐洲公共衛生大會(European Public Health Conference)，該兩項會議皆為國際重要衛生事務交流平台，此行之主要目的如下：

- 一、掌握公共衛生發展趨勢，與國際學者專家交流互動。
- 二、分享本署研究成果，增加本署研究調查結果的能見度。
- 三、依業務需求，參與口頭報告場次、參觀海報展示及展覽攤位。
- 四、依實地觀察及參與，收集可供未來與會參考之相關資料

相關心得與建議包括：

- 一、常態參與世界健康峰會及歐洲公共衛生大會
- 二、藉由會議參與延續及拓展既有國際合作研究
- 三、提供年輕學者參與國際衛生事務及學習機會

目 次

摘要.....	II
壹、 目的	1
貳、 過程	2
參、 心得與建議.....	26
附錄 1 海報展示	28
附錄 2 相關合影	29

壹、 目的

World Health Summit (世界健康峰會，以下簡稱 WHS) 為一促進國際合作交流之論壇，首創於 2009 年。主要目標為將各界利益相關者匯集在一平等的層面，建立獨特與永續的高層次論壇與網絡，協助確立醫藥、科學研究與衛生保健的未來方針，找到現今與未來最重要的健康挑戰之答案，進而提供給世界各地建議和設置健康議程，分為全球性與地區性會議二種。全球性會議於每年 10 月在德國柏林舉辦，並邀請政界，學術界，民間社會和私營部門共同參與，大約匯集了 1200 多名決策者與來自 80 多個國家的衛生相關領域代表，進行合作及開放性的對談，並設置未來科學研究、教育、衛生保健和政策，解決醫療衛生保健系統在未來十年及以後將面臨的緊迫問題。另外，每年 4 月會由每個 WHS 聯席主辦組織舉行區域會議，第 1 次在 2013 年於新加坡舉行 WHS 區域會議；2014 年在聖保羅（巴西）主辦；2015 年區域會議在京都（日本）舉辦，2016 年 WHS 區域會議將在日內瓦舉辦。WHS 為全球數個學術機構，為了追求學術卓越，改善全球健康而建立的國際合作聯盟，最初由 8 個包括學術醫療中心、大學和美國國家科學院組成 M8 聯盟（M8 Alliance），提高對藥學界的影響力，並與利益相關者共同改善國家及國際間的健康水準，其參與成員不斷擴大，目前成員來自 16 個國家，各國主要以大學為參與單位，現有 19 所頂尖大學及 4 間知名研究機構。而 WHS 是 M8 聯盟的主要交流平台，台灣亦於 2015 年由台灣大學正式加入 M8 合作聯盟。本次第 7 屆 WHS 是在 2015 年 10 月 11 日至 13 日於德國柏林 Federal Foreign Office 舉辦，此 3 天約有 34 場會議、近 200 位講者以及約 1000 位與會者參加。會議四個主要架構包括：教育和領導、研究與創新、實證到政策及全球健康發展。此行參加 WHS 會議目的，主要係參與本項國際活動及了解與擴展衛生政府部門未來持續參與 WHS 會議之機制，增加政府部門的國際能見度。

歐洲公共衛生大會(European Public Health Conference)是由歐洲公共衛生協會（EUPHA）主辦，會議目的是為公共衛生的培訓，協助改善歐洲公共衛生及提供公共衛生和醫療衛生服務研究領域之相關研究人員、政策制定者及執行人員的交流平台及教育。參加者來自整個歐洲和歐洲以外地區的公共衛生專業人士。本次第 8 屆歐洲公共衛生大會是在 2015 年 10 月 13 日至 17 日於義大利米蘭 MiCo 會議中心舉辦，約有 1200 名公共衛生相關人員參加。計有超過 750 篇科學論文及逾 100 場之會

議，側重討論在最新的公共衛生挑戰，其形式包括口頭演講，圓桌研討會，海報會議和小組討論等，讓來自世界各地的與會者從中獲取不同領域新知、瞭解最新的研究發展與實務經驗，並學習現今公共衛生的服務與產品。鑑於本項年會暨學術研討會為國際公共衛生界之盛會，為增加本署研究調查結果的能見度，本署協同委外計畫承作單位及合作單位投稿，計獲大會接受 10 篇(大會接受篇數總計約 1300 篇)，包括口頭報告 1 篇、海報展示 7 篇、Roundtable 2 篇，主題涵蓋老人健康、口腔保健、婦女健康、青少年健康行為以及事故傷害等。

本次出國行程之主要目的如下：

- 一、掌握公共衛生發展趨勢，與國際學者專家交流互動。
- 二、分享本署研究成果，增加本署研究調查結果的能見度。
- 三、依業務需求，參與口頭報告場次、參觀海報展示及展覽攤位。
- 四、依實地觀察及參與，收集可供未來與會參考之相關資料。

貳、 過程

本次與會日程，依台灣時間列示如下：

- 一、2015 年 10 月 11 日至 13 日參加第七屆 World Health Summit (世界健康峰會；WHS)

日期	與會日程
10 月 10-11 日	啟程及轉機
10 月 11-13 日	<ol style="list-style-type: none"> 1. 報到 2. WHS 主要議題，包含：氣候變遷與健康(Climatic Change and Health)、醫學教育(Medical Education)、G7 和 G20 國家的全球衛生政策 (Health Policy in the G7/G20 健康於 2015 年後發展議程(The Post-2015 Development Agenda)、數位醫療(Digital Health)、巨量資料(Big Data)、研究容量之建立(Research Capacity Building) 全球健康:研究與發展(Global Health: Research and Development)、健康全面覆蓋(Universal Health Coverage)；NCDs: A call for common action 等。 3. 參加氣候變遷與健康、醫學教育、G7 和 G20 國家的全球衛生政策和管理；2015 年後發展議程、及以實證為基礎的

	醫療保健等研討場次
10月13日	前往米蘭

參與會議相關過程如下：

(一) 會議開幕：

本屆為 WHS 第七次舉辦，大會主席 Shunichi Fukuhara 在開幕致詞提到，WHS 過去六年之第一期重點在建立信任與網絡，今年進入第二期之後，應針對所界定之健康議題展開行動。全球衛生之挑戰，有賴科學、政治、產業和民間共同尋求解決方案，沒有人能單獨成就這個偉大的任務，所有部門必須共同努力，而此正是 WHS 希望達成的目標。

德國聯邦衛生部長 Hermann Gröhe 在開幕致辭中談到德國的領導地位，例如目前的難民危機和對抗生素耐抗藥性細菌問題之解決，均需要國際間之協調，世界衛生組織（WHO）必須提供適當的資源和從根本上進行改革，德國擔任 G7 主席國正是一個機會和責任，在全球衛生政策，積極與與相關合作夥伴共同努力。

世界衛生組織秘書長陳馮富珍說，當前所面臨的挑戰早已超越傳統醫療保健的及衛生單位的職權範圍。例如，氣候變遷即是一個全球性的健康威脅，非傳染病對健康的影響規模，更甚於傳染病，為了制定解決這些問題策略，需要所有部門的專家共同合作，而 WHS 即為世界各地決策者共同努力，開拓新思路 and 進行經驗交流之重要平台。所有全球健康相關行動參與者應有更多之開放對話與討論，以具成本效益和效率的方法共同解決問題，所做的事情亦須符合大眾期望，決策程序必須透明度，以使大眾瞭解與信任，並應有計畫性規劃因為沒有一個政府可以做所有的事情，必須有優先順序。

WHS 參與人員包括許多醫療衛生領域學生及年輕學者，開幕最後由三位 Young Leaders in Health 代表發言，除表達對全球衛生之覺察與使命感，並希望藉此會議將當前衛生領域關鍵領導人之經驗、資源、網絡與洞見，以及年輕後

輩之創見、熱情與行動力等加以結合，達成世代傳承之效果。

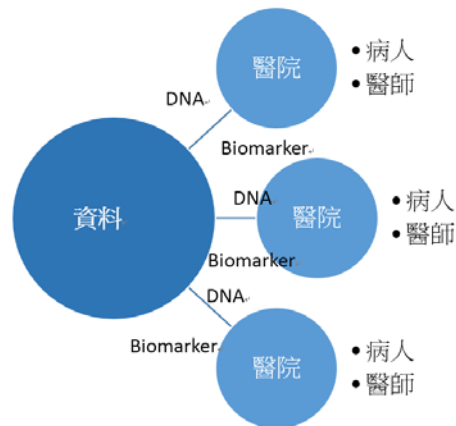
(二) 專題場次

會議期間按業務相關性，參加數場專題，茲就有關項目進行摘要介紹：

1. Big data。

- (1) **big data**：自 2002 年迄今已有 95% 的人使用數位科技，約有 3.2 億人。這些 **data never sleep**。巨量資料包括了 4 個 **V**：**Volume**〈容量〉、**Velocity**〈速度〉、**Variety**〈變異〉、**Veracity**〈準確性〉。
- (2) **Data is no same knowledge, big data is big data**：如果使用 google 搜尋關鍵字「**big data**」就會有 800 萬個與其相關的解釋與資料。人的身體本身就是一個 **big data**，身體存在許多資訊且因人而異。如何使資料可以運作，重要的是取得資料及分析資料，使其成為可用資訊。巨量資料可以形成個人化精緻醫療〈**precision medicine**〉，例如基因資料庫，縱使一個很小的改變，都可收集到並藉以改善，這對下一個世代將產生重大影響，並且改善公共衛生。巨量資料的重點在於如何拿到資料及如何使用。
- (3) **E patient**：病人經由電子通信工具參與自己的醫療照顧，他們在健康事物上的資訊能力是被教育及充能的。病人非常在意照護品質尤其這些品質與他個人有著一定關係。篩檢的敏感度很高，但是篩檢結果為陰性的病人仍可藉由基因資訊，讓他知道自己是否為高危險群，如此他將如何選擇自己的處置，裘莉是一個很鮮明的例子，巨量資料將產生數位健康醫療的演進。
- (4) **成本考量**：傳統 $N=\text{sample}$ ，現在 $N=\text{你有的金額}/\text{每一個 sample 的價格}$ ，成本是個重要的考量。
- (5) **Big data have big problem**：要在懷疑和相信 **data** 上取得平衡，亦即檢查資料是非常重要的，為了防止錯誤必須有嚴謹的訓練及教育，在資料過程不斷驗證。**Big data** 將有助於病人照顧結果的改善，但是也要思考資料的有限性。

- (6) 資料的隱私性：限制資料無法分享、100%的安全匿名、依法提供常規數據。
在未來研究方向就是資料發表及數據的倉儲是非常重要的。巨量資料將可預測個人疾病病程及提供一個寬的範圍及指標的治療建議，就像是建立一個快速的指引提供醫師治療建議。
- (7) IT 支援與資訊管理：病人的巨量資料是藉由一個醫院一個醫院建立在資料中心，加以整理而產生。IT 的支援非常重要，可進行資料管理及資料安全，IT 包括諮詢暨計畫，顧客有許多軟硬體，而形成 Fisher Cloud。Is the cloud everyone? Security concerns、regulatory restrictions、IT infrastructure 〈local national cost〉。



- (8) People are generating big data sets routinely Technology is moving out：如何讓醫院能配合，就是要有成熟的 IT，工程師需接受完整的教育訓練，這包括了技術及醫療。
- (9) 本場次心得如下：
- i. 藉由 big data 收集到各式的醫療資訊，形成個人化精緻醫療〈precision medicine〉，以改善病人照顧品質及 outcome，這樣的風潮儼然已逐漸形成。個人化醫療是落實 patient center care，巨量資料是透過資料收集提供服務提供者更客觀的資料，以協助治療照護計畫的擬定，這個過程最重要的是須對於資料進行嚴謹的校正與評估。

- ii. 資訊科技技術的發展在 big data 及 precision medicine 過程扮演重要角色，與相關技術團隊合作也是嚴峻考驗，政府、流行病學者及技術單位三方需要密切合作。
- iii. 從傳統的醫療照顧到各式醫學研究，建立實證科學基礎，在 big data 及 provide information to treatment 這個過程中，從一個單純資料到大資料庫以至巨量資料，中間存在的資訊風險，data 的安全與隱私將是未來最大考驗。

2. 醫學教育(Medical Education)。

- (1) 過去衛生專業人員主導式的臨床規範，現在都朝以強調實踐證據的學科基礎之臨床操作指引，結合臨床專業知識與現有證據及和病人的價值觀來提供服務。為了獲得最佳實踐的證據，以“證據管道‘evidence pipeline’”是臨床醫生必須之生存之道。
- (2) 臨床醫生必須能實現依循 5 步驟以實證醫學為基礎，包括：(1) Construction of an answerable question 持續實行品質改進；(2) Systematic retrieval of the best available evidence 系統性回顧最佳的實證；(3) Critical appraisal of the evidence 實證之批判性評價；(4) Application of results 結果的應用，願意以實證改變行為；(5) Evaluation of performance 績效評價。
- (3) Evidence base practice (EBP) 是多面向的科學，包括：臨床流行病學；生物統計、資訊的素養、informatics、知識轉譯等。Competencies，包括：知識、技巧、態度及行為。
- (4) 對於醫事人員畢業前的以實證為基礎的教學，包括：臨床及個別參與、自我觀察及小組等。畢業後之實證為基礎的教學，包括：參加期刊俱樂部、工作坊、研討會及閱讀。
- (5) 講者分享新加坡健康篩檢，包括慢性病及癌症篩檢(子宮頸、乳癌及大腸癌) 已可被民眾接受。新加坡的 NHS 有補助提供低收入族群慢性病及癌症篩檢。

新加坡的 NHS 也發現低收入族群接受篩檢的比率也較低。目前新加坡 NHS 結構，在健康篩檢部分提供心血管疾病（高血壓、糖尿病及血脂）、癌症（子宮頸、乳癌及大腸癌）及老年人的眼疾（白內障）等檢查；在追蹤部分，包括再接觸未到者及於健康照護系統新確診之個案。

(6) 本場次心得：

- i. 醫事人員是照護病人健康之關鍵人員，為確保高品質的照護，在養成及繼續教育課程，其養成及繼續教育亦應採用以實證為基礎並與時俱進之教育課程。
- ii. 台灣目前不論是在醫療或健康政策方面也都是實施以實證為基礎為主要考量。因此台灣亦需持續推展，以跟上國際潮流並與國際接軌。

3. 文化與健康（Culture and Health）

- (1) 健康是一種價值觀，文化與健康之關聯為 WHO 對健康定義之 social wellbeing 範疇，在快全球化及新移民人口增加之各國現況下，文化已成為一個動態的概念，可能源自於特族群共同承襲之生活方式，或因組織特性形成之行事樣態，影響個人對健康信念，自覺對健康之掌握力，是否願為健康做出行為改變，以及對改變或不改變行為所致後果之概念。
- (2) 因應日趨多元與多樣之不同文化背景服務提供者與服務接受者互動、信賴，以及健康照護提供之複雜情境，以往以主流人口思維進行醫學教育與醫病溝通需有不同思維，但並無放諸四海皆準的原則可類推或依循。
- (3) 健康之文化決定因素與健康之社會決定因素不同，社會決定因素較著眼於社會經濟條件所致健康差距，文化決定因素則需關注是否因而有因文化所致之復原力（resilience）和脆弱度(vulnerability)差異。
- (4) 文化型塑個人道德觀與行為，以伊波拉疫情爆發為例，疫情控制難度包括罹病者家屬受制傳統禮教，無法棄生病家人於不顧，無法接受將年幼子女交由醫護人員照顧，無法接受因防疫而無法以傳統方式進行葬禮，或無法接受發

現罹病者之家戶消毒及銷毀接觸物品等大舉侵犯個人生活領域之防疫作為，以致無法有效隔離阻絕傳染途徑，是否正確理解與解讀外來防疫專業人員提供之訊息，故需更多對話和瞭解，並容許由不同文化觀點提問。在 e-health 快速發展之當代，如何將文化和健康之關係融入，亦為一項挑戰。

(5) 本場次心得：以往有關社會環境脈絡所致健康落差，健康之社會決定因素為較常被探討與分析的項目，文化決定因素與社會決定因素在在概念與意涵均有不同，未來可再加關注，尤其是在日趨多元的社會。

4. 視力健康(Vision Health)

(1) 本案以開發國家致盲之糖尿病相關視網膜疾病為主軸進行討論，試圖由視力障礙所致失能、對健康餘命之影響，或因視力不佳跌倒而增加長期照護支出來提出合理論述，針對糖尿病病人進行篩檢之建議作法、病人願付價格，如何針對上游之危險因子做預防，以及如何整合分散資源等。個人認為此討論內容，其格局未達 WHS 預期之高度。

(2) Global burden of eye diseases and blindness，造成全球 QOL lost（生命品質損失）的主要原因，其中 sense organ diseases 佔 7.1%(proportion of total YLDs)。The Global burden of diseases study 2010 報告指出，與視覺 disorders 造成的疾病負擔由 1990 年 47%，12,858,000 DALYs 至 2010 年增加至 18,837,000 DALYs。

(3) 從 prevention of blindness to community eye care：

	prevention of blindness	community eye care
目標	減少 blindness 的發生	提高視力健康/支持環境
對象	Individuals at risk	全民
策略	健康教育	健康促進
服務	Primary eye care	Comprehensive eye care
舉例	Vit A capsules distribution	學校視力健康

	SAFE strategy Cataract intervention	機會教育 Universal design/barrier-free(=Age-friendly service)
--	--	--

(4) 本場次心得：

- i. 本項主題僅針對視力疾病之疾病負擔提供分析，未能突顯選定糖尿病相關視網膜疾病為題之合理性，亦未針對致盲眼疾完整探究有那些是可以改變的致因，以致未以全球高度進行平衡之討論，似有未達成 WHS 預期討論效果之憾。
 - ii. 在台灣已有透過醫療資源整合，鼓勵基層院所(含衛生所)針對糖尿病個案進行管理及追蹤糖尿病病人每年定期至少接受一次散瞳視網膜檢查，以延緩視網膜病變之發生及提高病人的生活品質。而且也有建立基層院所及眼科專科診所雙向轉診機制。亦透過糖尿病共同照護網及健保論質計酬計畫，研訂及監測參與糖尿病共同照護網醫療院所的照護指標，包括：眼科醫療院所協助糖尿病患視網膜篩檢參與率、基層院所(含衛生所)糖尿病患視網膜篩檢轉診率及糖尿病患視網膜篩檢視力、眼壓、散瞳執行率。因此，台灣在此部分已有系統性的照護及監測。故，倘若未來的 WHS 會議有規劃糖尿病視力議題時，國內的醫療院所或學會可來參加討論並分享台灣的成果，增加台灣的能見度。
 - iii. 未來我國若有機會參與 WHS 規劃及討論議題，似需以本會議之格局及全球高度思考，並選擇具重要性且受國際關注之議題。
5. 新生兒死亡-減少新生兒死亡(Newborn Mortality- Reducing Neonatal Death)
- (1) 嬰兒的第一個月內死亡，全球大約有一百萬死亡，是出生後 24 小時和生命的第一週之內。由於千年發展目標第 4 項為減少兒童死亡率，期望達成目標

是死亡率減少三分之二。為減少新生兒死亡，非常迫切需要降低生命第一週內死亡，而出生時窒息（第一個 24 小時內死亡）仍然是主要死因，且窒息為全球性排名第八的負擔。由於出生窒息，是可預防性的，因此，要減少新出生死亡率及提高兒童存活之間的健康，出生窒息必須解決。故這個工作坊討論重點在於，用基本及成本低廉的方法，並透過有效的醫療衛生工作者的訓練與實驗研究相結合的方式，提高醫療品質，來達到降低窒息死亡率和發病率。

- (2) 選擇最佳時間進行斷臍將有助於降低新生兒死亡率，能成功的度過過渡期有賴於肺部有效的擴張，新生兒第一次呼吸〈SR start respiration〉與血氧濃度有關，同時也與血液循環有關。延遲斷臍直到新生兒第一次呼吸後，讓第一次呼吸的氧氣來自母親胎盤將有助於降低死亡率。
- (3) 一份觀察性研究發現：〈1〉第一次呼吸在斷臍之前新生兒死亡率 0.3%；斷臍在第一次呼吸之前則死亡率為 1.4%。〈2〉體重小於 2500 公克新生兒死亡率高於大於 2500 公克新生兒 5-6 倍。〈3〉出生時不呼吸的新生兒經過刺激〈suction〉，93.5%在 75-96 秒間開始呼吸，另外有 6.5%新生兒需要依賴呼吸器，需要呼吸器者死亡率亦較高。
- (4) 在印度年輕生育、醫療缺乏甚至暴力等等都是新生兒死亡率較高的因素。health care worker 訓練是一個重要降低新生兒死亡的策略，透過母乳哺育、好的臍帶護理等等，可降低新生兒死亡率 7%，這些有賴健康照護人員提供家庭訪視及指導等。
- (5) 本場次心得：
 - i. 本場次的報告，是醫療機構在嬰兒於出生時到呼吸開始時，透過第 3 產程時採用延遲夾緊臍帶的方式，以提高透過胎盤增加出生嬰兒輸血量，進而提高對嬰兒氣體交換的作用。其研究結果發現延遲夾緊臍帶，對於增加“胎盤輸血”從胎盤給嬰兒，及提供呼吸支持，有顯著的好處，可減少新生兒的窒息。
 - ii. 在 Enculturating Science–From Scientific Evidence to Community Impact，提到母乳哺育、家訪、疫苗及安全的水源可降低新生兒死亡率及提升存活。縱使有非常強的實證醫學根據，但與文化產生衝突時，民眾多不選

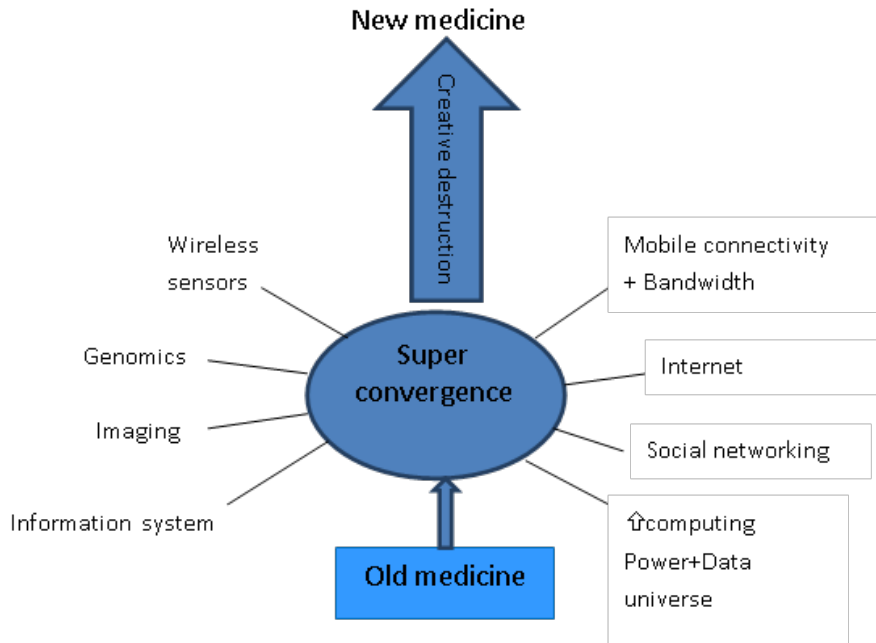
擇具實證基礎的照護。如何將資訊變成一個知識，透過學習過程，讓 health care worker 正確執行，是一個重要課題。

6. 後 2015 發展議程(The Post-2015 Development Agenda)

- (1) 社會和經濟環境因素會影響在人類健康，是不可否認的。現在是時候重新評估聯合國的千年發展目標的達成目標的期限之後，有哪些領域全球的發展是符合預期及需要持續關注及再努力的。
- (2) 在 2000 年制定的目標都尚未達成的部分，應該了解背後的原因及構想新的戰略來解決，以加快這些領域的進展。環境及未來的目標不斷變化，須確保未來的醫療保健和發展計劃之實現及穩定與永續發展。
- (3) 本場次亦討論全球健康議題的挑戰，並列舉 SDG 的 Goal 3 為「確保健康的生活，並促進所有年齡的福祉 (Ensure healthy lives and promote well-being for all at all ages)」，以及其中 Target 3.3 「到 2030 年消滅愛滋病、結核病、瘧疾的流行及被忽視的熱帶病、肝炎、水傳播的疾病以及其他傳染病」。面對快速的挑戰，需提升機構及相關人員資源的容量。以創新面對衝擊，包括：思想的改變、global public goods，採購及供應鏈 e-marketplace to aim；資料管理及品質，應以人為核心而非以議題，須給女性平等機會、教育與健康(例如：投資女孩上學可減少 25-60% HIV)。3 個優先行動包括：Universal access to health care、Policies that fosters biomedical innovation，以及建置友善的政策及措施。

7. 精準醫學 Precision medicine

- (1) 個人精緻化醫療，是透過 medical data、臨床 data 及生物資料加以整合，提供醫療治療的參考。Key Elements：Molecularities、Genome、All other
- (2) 需要 IT 充分合作：Databases integration、interpretation、presentation、networks



8. 伊波拉事件之再審視

- (1) Ebola 造成死亡非高，2 人存活 1 人死亡，死亡率高達 40% 造成國與國間恐慌，伊波拉造成西非國家健康照護系統的瓦解，我們對伊波拉防治慢了一步，等到整個爆發才警覺這個問題的重要，「伊波拉事件」有其重要衛生地位。對衛生體系及政府產生巨大影響，WHO 在這個部分是失敗的。
- (2) 本項疾病與文化有關，造成許多策略推動非常困難，需要社會與文化的支持，我們是照顧人，人與社會文化的關聯不能切割，文化衝擊使預防工作推動困難。WHO 必須注意是這是一個新的文化衝擊，並且非常緊急，國與國之間連接非常差，如何透過財務支援，建立國與國合作這是一個非常重要議題。
- (3) Network 是非常重要的，以 task force 建立溝通的議題。細菌與病毒是沒有國界的。WHO 在 2014 年 3 月就緊急成立一個正式組織進行了解與處理，但並無完整資料與準備，政府也是這個組織的正式角色，但是各國文化與意見常有不同。21 個國家參與。社會文化行為是一個最難改變的問題。
- (4) Action 是伊波拉防治最重要的部分，包括各國總統都必須參與這些行動，

包括洗手這種衛生示範，每一個 routine 都必須到位，有社區參與之 Social behavior challenge 是必要的。

- (5) 重建健康照護系統有一個部分就是實驗室的建立，及時提供所有資訊，資訊正確傳送與不同國家合作。防治及社區的改變才能有效降低疾病危害，流行病學資料是助力，透過流行病學建立全球健康照護系統，由流行病學家提供數據供政府進行決策，疫苗及藥物的研究更是急迫，安全與治療同時都需要注意，也需要更多專業投入這場事件處理。
- (6) WHO 應可以以下三方向著手，在國際合作上經費是重要的，每個 WHO 會員都必須有一定的盡責程度，說服各國介入最重要的就是事件資訊與相關流行病學資料。第二 WHO 必須建立 central global system，聯合各式國際組織包括政府及社區組織及專業組織共同投入，最後應該提高事件層次，使其非僅僅是一個公衛事件而是一個政府政治層次。此外需由七個技術方向建立測量指標，包括 general access to medicine management、public policy and market influence、R&D、pricing、patents、capability、donation，科學技術可以透過科技公司結合，發展可以測量的指標，並且藉由公司與公司的聯合，將這些指標充分應用。
- (7) 本場次心得：急性傳染病非僅一個國家問題，在現代國與國之間交通與互動如此頻繁的世代，病毒細菌無國界，必須正視此一跨國的問題。

9. 全球健康 (Global health policy in the G7/G20)

- (1) G7 自 1975 年開始進行相關合作，G20 是一個新興的國際組織，繼日本之後中國也參加了這個組織。政府及社區組織與流行病學等專業參加了這個國際組織，使其成為一個對健康具有承諾的組織，世界許多國家人民因為疾病喪失生命，但他們不知道如何預防和控制疾病，這需要先進國家提供相關建議及協助。未來的 50 年國際將遇到更多健康及公衛的問題，G7 參

與國家對於將就全球健康提供意見，包括 HIV TB 治療等國際議題，提供對於開發中國家的援助。

- (2) 2010 年婦幼衛生納入重要議題，包括婦女健康及兒童健康，HIV 一直也是工作重點，其他如瘧疾等，G7/G20 共同治理協助促進全球健康，在基層保健提供婦幼保健，包括疫苗、營養等，從 G7 到 G20，未來 10 年亦將持續對全球衛生提供支持與協助。
- (3) 本場次心得：全球永續發展有一句箴言為「leave no one behind」，以工業大國為參與成員之 G7/G20 對全球健康負有使命，此將有助提昇全球健康與縮減區域或國家間之健康落差。

(三) 閉幕 Closing

本屆 WHS 在閉幕當日發布 M8 statement，文中提及 2015 年在全球健康具重要意義，值此全球已為貧窮、發展、氣候及人類健康福祉設立遠大目標之際，亟需具決定性的行動，今日所為將影響人類及地球未來。過去遭遇問題多導因於缺乏承諾、治理不佳或對衛生體系和健康之社會決定因素投資不足，需產、官、學、民共同擔負更多責任及採取行動，並呼籲全球領導人，在永續發展目標的精神下，對全球健康有更大作為。M8 聯盟並呼應開幕大會主席所提及應展開行動，提列五大行動重點，包括：

1. The health of refugees and forcedly displaced persons
2. Global health security, sustainability and solidarity
3. Universal health coverage
4. Climate change and health
5. Digital Health

為延續會中之討論，大會將就會議記錄提供後續交流討論機制，以使與會者能持續提出想法與貢獻。

二、2015 年 10 月 13 日至 17 日，參加第 8 屆歐洲公共衛生年會(2015 EUROPEAN PUBLIC HEALTH CONFERENCE，以下簡稱 EPH)

本屆會議先於 10 月 14 日先進行 pre conference，主題探討實證對於政策之影響，15-18 舉行會議，開幕主題以環境與氣候變遷，其後進行多場次工作坊及口頭報告，並有近千份海報展示，大會以 e poster 方式呈現，並由海報投稿者分場次會會場中報告。本署本次共計由監測研究組投稿一篇（兒童家庭二手菸暴露之健康不平等探討），另國內尚有 4 篇投稿，與本署業務相關包括北醫陳品玲老師(機車與腳踏車使用者死亡率及相關因素探討)、高榮潘慧本醫師(乳房攝影儀器之 DR 與 CR 之差異分析)。另外在工作坊部分，與本署相關則有 10 月 16 日之健康促進學校 Lunch Symposium，由開南大學紀雪雲教授主持，約計近 40 人參加。與會日程如下：

日期	與會日程
10 月 13 日	由柏林啟程及轉機至米蘭
10 月 14-17 日	1 報到 2.參加 EPH pre conference，主題：setting scene: Evidence informed decision making(EPI) in Europe。 3.EPH 主要議題，包含:研討場次包括演講，圓桌研討會，海報會議、小組討論及 e-postor。 4.本署協同委外計畫承作單位及合作單位投稿，計獲大會接受 10 篇(大會接受篇數總計約 1300 篇)，包括口頭報告 1 篇、海報展示 7 篇、Roundtable 2 篇，主題涵蓋老人健康、口腔保健、婦女健康、青少年健康行為以及事故傷害等。
10 月 17-18 日	返程及轉機至桃園

參與會議相關報告如下：

1. 10 月 14 日參與 Enhancing evidence-informed decision-making in Europe 主題 pre conference：

主題 1：Setting the scene: Evidence informed decision making (EIP) in Europe

- (1) 過去歐洲公共衛生會議進行了廣泛討論妨礙收集及分析研究證據的因素，及找出更多具實證的解決策略及措施。此議題是討論:世界衛生組織歐洲區域辦事處分享及討論:於歐洲地區如何運用實證決策 (EIP) 路徑來強化研究人員及政策制定者，如何以實證就關鍵利益及政策間之聯繫，及進行決策協商及要求所有相關利益者。提高研究證據力，及對於實證決策 (EIP) 工具及資源的認識，並運用在支持與使用於衛生決策中。
- (2) evidence 是所有政策的基礎。研究 → 彙整 pack get → 知識 → 政策 → social project → evidence policy。政策者考量研究及實證的完整性及可用性。如何讓研究更實務性及可用性，個案資料如何在這些研究中呈現，研究試著找到有趣及有意義的故事，人們在想甚麼?社會需要什麼?這些都是政策者及政府所需要的。如果這個故事不能提供 how 則是無意義的資料，故事如果只是一個小小的議論，無意義的言論則不是適合的主題。以癌症為例，透過研究發現，實證提供有了一個貫穿過去、現在與未來的資料，讓政策者決定相關策略。
- (3) 經查世界衛生組織自 2005 年起，在 25 個中低收入及低收入國家政策制訂者、研究者及民間團體進行 EVIPNet (the Evidence Informed Policy Network)，推展以實證為基礎作為衛生決策的方法，其特點是採用系統性、透明的收集並評估證據，輸入至決策的過程 (如下圖，資料來源：<http://www.who.int/evidence/about/en/>)。透過此過程中，明確定義健康問題或問題；有效蒐集分析研究的證據；評價研究來源、予以綜合性解釋，找到的文獻內對於政策及實踐措施的選擇或建議；決定是否實施或調整政策或措施。最後進行執行工作有效性的評價。
- (4) EVIPNet 是世界衛生組織在全球性倡議增進使用以研究實證證據，轉譯運用於衛生決策系統。而世界衛生組織歐洲區域部分，在 2014 年於歐洲健康研究諮詢委員會 (European Advisory Committee on Health Research, EACHR)

成立了一個小組委員會，並以健康 2020 年的政策實施框架(implementation of the Health 2020 policy framework.)與 EIP 機制結合。然在本次歐洲公衛會的 pre conference 所討論的，多方仍是在初期、批判性及反思的共識建立上，並可看出目前歐洲地區以 EIP 運用於整個地區之觀點仍屬分散。相較於 WHS 的會議上，其在議題規劃及討論時，均已進入至以實證為基礎的政策運用結果。



主題 2：EIP in policy practice: Slovenia's experience

- (1) 2004 年前 Slovenia 主要參照 WHO 在實證決策項目，之後因為 WHO 的指標並非完全適合，以及相關研究及計畫發展，包括菸、酒等問題，自此之後即發展出自己的特定議題，以考量到自己國家的健康問題。Slovenia 運用 EIP 之目的及經驗，包括：提高及獲得國家決策者、利益相關者的支持與認同、加強領導人熟悉以實證（EIP）為基礎的政策形勢分析，以及界定國家在 EIP 的能力。
- (2) Slovenia 運用 EIP 活動及決策之效益，包括：將由研究以至轉譯至政策的提案制度，建立所有知識轉譯(KT)的標準化與建立 KT 清單，以採用最具實

證的來實踐、促進初級衛生保健運用 EIP 及以證據需求支持改革。依據其經驗歸納以下重點：(1)利害關係人的參與以及實證在決策的應用，依國情發展自己的研究及方向〈例如菸酒營養等〉。(2)需要更多與流行病學及社會研究者合作，發表更多的研究結果，發展實務性計畫，任何計畫都需要更多研究資訊，然對於政策決定者而言，他們並無時間可以做這些研究，這是政府最大問題，所以政府應該建立一個平台，讓所有公衛學者、流行病學者等等，一起進行研究與發表。(3)政府應編列相關經費予以支援。(4)針對情境加以分析、瞭解脈絡並諮詢利害關係人。(5)與專業及所有關係者進行對話，發覺更多需要及合作機會，發展更多有價值的實證及研究。(6)協同與社區及公部門之力進行研究。(7)政府部門流動率太高，如何使政策持續是一個重要問題，而且政府不一定採用實證。當民眾接受醫療服務開始有需求及問題時，政府需要專業意見，社會希望改善某項健康問題時，政府也會需要研究實證。也許可以給政府更多的教育訓練。實證施政是一個非常重要的結合，決策者與研究者語言上的差異，可能造成合作的障礙，需要不斷的教育訓練，用同一語言，並充分溝通。

主題 3：WHO needs evidences for policy-making?

- (1) Health 2020 歐洲在面對 21 世紀的政策架構及策略，到 The European health report 2015 的歐洲健康報告，其對象及新興議題即以實證為基礎。WHO/EU collaboration 是整合歐洲(53 member states)健康照護資訊系統的獨立單位，European Health Information Initiative 則是為提供決策支援，以提高歐洲地區民眾健康。
- (2) EHII(European Health Information Initiative)的基本價值在於：1. Maintaining compatibility with existing monitoring frameworks, including global ones，除了監測現有框架外，也監測全球；2. Applying the lifecourse perspective 運用以

生命歷程之觀點；3.Aiming to reduce inequalities 減少不平等；4. Enhancing interagency collaboration 加強部門合作；5. Enhancing intersectoral collaboration 加強跨部門合作。EHII 的重點領域包括:1.Development of information for health and well-being with a focus on indicators 發展以健康及安適資訊為核心的指標；2.Improved access to and dissemination of health information 改善獲取健康資訊；3.Capacity building 能力建置；4.Strengthening of health information networks 強化健康資訊網絡；5.Support for health information strategy development 支持健康資訊策略發展；6.Communications and advocacy 溝通及倡議。

- (3) Europe 實證政策網絡 (EVIPNet)，其自世界衛生組織倡議全球性的 EVIPNet，以推展運用衛生研究證據於決策系統之網絡，幫助收入和中等收入國家利用現有最好的全面性或局部的實證證據、提供會員國工具和能力，使其建立國家能力、建立從實證轉化為政策之機制等。EVIPNet 透過研討會，讓會員國了解可用不同的方式依循實證，支持他們的國家衛生政策，包括提供如何收集、評估調整和應用研究證據之培訓等。

主題：Member States call for a regional EIP regional action plan

- (1) new evidences, how culture impact, WHO need to know who need evidences。scientific evidences with policy have gap, who will make jointer→evidences
- (2) WHO/EIP collaboration with health care information system, capacity building, also indicators setting。歐洲可以做的事，包括 promotion 及 increases country capacity and ownership in development. 發展更多的 committee on health research。53 個國家如何合作，建立 key elements，邀請所有地區包括政府及社區組織共同參加。
- (3) Share research with community, need to improve the culture for the practice of

EIP ◦ Insufficient national EIP capacities to implement national health agendas ◦

A continuous dialogue with each region, including European advisory committee on health & research (EACHR),從對話開始，建立 work group 及召開多次會議，選擇重要議題形成行動計畫。

- (4) The accelerated roadmap to enhance evidence-informed policy-making (EIP) in the WHO European Region The roadmap strategic objective，歐洲運用 EIP 支持 2020 年衛生政策框架的戰略目標和具體行動，roadmap 步驟如下



- (5) 發展可行計畫 social practice，對政策者而言重要的是 capacity building, communication with 實務工作者，並進行所有的評估。行動計畫必須考量 capacity 及過程中所有評估 make roadmap。Roadmap's strategic objectives 及 12 個 Action，如下：

- i. SO1: develop awareness and create commitment within the Region to improve the culture for and practice of EIP
 - Action 1: stakeholder mapping and analysis a country and regional levels
 - Action 2: develop communication, outreach and engagement strategies
 - Action 3: provide incentives for EIP and establish high-level commitment
 - ii. SO2: build national EIP capacities for the implementation of health 2020 and other national health agendas
 - Action 4: institutionalization of platforms at national level on the use of evidence to inform policies
 - Action 5: provide locally adapted workshops and trainings for EIP
 - Action 6: assess country situation and monitor progress over time
 - iii. SO3: Convene regional networks of excellence and share best practices in EIP
 - Action 7: make an inventory of existing networks and subject matter experts of KT (knowledge translation) and EIP
 - Action 8: share lessons and learn from country and institutional experiences
 - Action 9: convene and build networks and partners
 - iv. SO4: develop, use and evaluate tools and mechanisms to support EIP
 - Action 10: map and develop or adapt existing EIP/KT tools
 - Action 11: develop, pilot and use new tools EIP/KT
 - Action 12: monitor and evaluate existing and new tools for EIP/KT
- (6) General reflections: (1) Are the strategic objectives and actions proposed in line with the purpose of the roadmap? (2) Are any elements missing/redundant? (3) Which action in the roadmap is most relevant and most pressing to you?
- (7) 發展行動計畫就是協助政府能知道如何處理 key elements, policy maker need work with network. 德國經驗是政府與研究者建立合作平台，彼此合作非常密切，政府建立了一個合作平台，包括 Information system, health care system 等等。
- (8) 歐盟國家狀況個不同，透過實證醫學及行動計劃建立與政府合作平台是目

前大部分國家共同的議題，促進政府能應用實證於政策中，研究結果應用於政策是研究者最大願望，開發一個與政府對話的平台，透過對話與教育訓練增加政府行動能力。Policy maker have different level 也需要兼顧各國文化及科學差異，creative evidences to policy making.

(9) 依講者所言，歐洲國家政府讓學者相當不信任，因為覺得政府不採用實證研究結果，也一直認為無任何平台與機會與政府對話。學者不了解政府要甚麼，建議透過研究及實證增加政府行動能力，並透過教育訓練達成溝通與語言之一致。

(10) 相關心得：國民健康署將 evidence 視為決策要件之一，並訓練同仁須在實證基礎下思考，沒有脫離 community need 或 research need。任何問題先從實證基礎下加以研議，讓政策與時俱進且走在正軌上。以癌症篩檢為例，歐盟仍在討論如何透過各式研究收集 community need,以發展各國可用政策。反觀本國真的發現我們與國際比較毫不遜色，我們的癌症篩檢符合實證、國內外經驗並且符合 stakeholders need.在與學者對話上，本署透過各式委員會及專家會議讓學者意見能充分表達，甚至與學者合作教育訓練，協助地方政府增加政策行動能力。

2. 10月15日開幕及專題演講：

開幕專題演講主題為 planetary health，講者以 Human health and well-being in the Anthropocene 為主軸進行演說，由人類存在相對於地球歷史僅瞬間 (a blink of eye) 但從過去數十年來之人類歷史與發展，全球人口增加、貧窮減少、平均壽命上升，但由地球及環境資源角度，卻面臨能源及用水量遽增，熱帶雨林減少、缺水情形日趨增、海洋酸化、生物多樣性減少、氣溫漸增等問題，攸關人類健康與福祉，演講內容摘要如下：

(1) 環境變遷引起各式挑戰，食物生產易受到影響及改變，對於下一代健康產生

環境改變及生態系統改變,造成健康狀況影響，直接產生的健康影響包括：食物及飲用水短缺、暴露在污染下等，另外生態改變對健康的影響包括，增加感染疾病危險因子、減少食物價值、depletion of natural medicine 及 mental health 等。

- (2) .因為空汙死亡 3.7 百萬人，其中包括弱勢的人例如婦女與小孩,甚至因為氣候改變會有移民潮，造成國際問題。政府必須啟動政府組織，許多政府有許多限制，必須繼續長期關注，環境改變是各國政府必須面對及積極處理的議題
- (3) .減少食物浪費，近 30%的世界農業生產用地，所生產的糧食從來未曾被食用, 世界各國須進行整合地球健康計畫。

3. 會議研討場次摘要：

(1) 治理

- i. 共同治理包括中央化及去中央化，中央化理由在於健康是國家級的問題，管理健康治理及預算是國家腳色與責任，如何整合照顧系統與照顧者是中央化的目的。去中央化理由則為照顧需要與民眾產生密切關係，增加彈性、發展地區性照護計畫
- ii. 國家計畫括照顧系統及基層醫療保健，關係到如何在國家計畫與地區計畫取得平衡，以及透過更多的政策研究、健康照護保險、專業人員訓練、政府的教育訓練及科學等，許多國家將國家級計畫及地區計畫合併並取得平衡，最重要的是計畫中間的串連及整合。

(2) 健康識能

- i. .建立健康識能（HL）必須收集包括 WHO 及各國經驗，一份歐洲調查發現，低社經地位及教育程度對於接受 HL 有差異，如糖尿病 CVD 、 COPD 、 Muscular disorders、 mental disorders、 cancer 等長期問題低教育程度者在 HL 較差
- ii. 處理建議：先確認他們是低社經、低教育或是獨居等等情形，發展一個可行的介入計畫，分享經驗給實務者及健康提供者，並且給政府正確的資料，發展系統性照護介入，重要的是要讓健康照護者知道他要做甚麼，

並持續從評估、計畫、執行及評價持續進行計畫執行成效評估。我們不能改變人們的社經地位會獨居等個人問題，但我們可以從改變健康照護系統做起。

- iii. HL 是多面向的，需要從不同的角度加以思考，幾個思考方向：健康照護者在想甚麼？我們有提供足夠的訊息嗎？有提供對這些訊息的領航嗎？

(3) Health good practice in European

- i. 對於公共衛生財務支援非常低，各國皆然，瑞典只占 3.5%的醫療保健總支出、法國 2.3%、英國 4%、義大利 4.2%，荷蘭、德國分別占公共支出之 0.75%和 0.6%
- ii. health in all policies 極為重要，在芬蘭外食問題非常嚴重，尤其是 buffet，該國一直在衛教民眾，但超市或是食物提供者卻不受控制。在歐洲公共衛生包括不同範圍與各國有不同優先順序，所以整合相對困難，每個國家如何平等，包括癌症篩檢有需許多國家提供乳癌、大腸癌及子宮頸癌，但許多國家對於乳癌有不同意義。針對這些問題要處理，此刻最重要的是實證基礎，必須有科學實證資料。
- iii. 未來發展：2016 年後建立多元分享平台、尋找財務支援、資訊發展等，同時發展一個更好的公共衛生服務，並且發展不同的 framework 及評估機制，network action 也是必要的。

(4) 健康資訊系統

- i. 歐洲的統計已經可以 online,將所有統計進行分享，類似維基，並使用不同語言，讓統計資料可以 online，這其中包括文章、研究調查資料等，所有參與者可從 on line 獲得及分享資料，未來希望增加內容及邀請不同參與者。
- ii. 三年前歐洲開始建立癌登系統，分享所有癌症資料，並可以藉由登錄系統進行品質分析，我們的發展就是 open，希望所有參與者都可以獲得資料。對於登錄系統癌症是一個例子，我們希望能製造一個平台，將所有 data setting，所以仍然需要財務資源。
- iii. WHO collaboration towards a single integrated health information system,包

括 53 個歐洲會員。目前已有發展 APP 將所有資料加以系統化，透過 APP 讓使用者可以清楚的搜尋甚至分享統計結果。

(5) 健康資訊系統

- i. 歐洲的統計已經可以 online,將所有統計進行分享，類似維基，並使用不同語言，讓統計資料可以 online，這其中包括文章、研究調查資料等，所有參與者可從 on line 獲得及分享資料，未來希望增加內容及邀請不同參與者。
- ii. 三年前歐洲開始建立癌登系統，分享所有癌症資料，並可以藉由登錄系統進行品質分析，我們的發展就是 open，希望所有參與者都可以獲得資料。對於登錄系統癌症是一個例子，我們希望能製造一個平台，將所有 data setting，所以仍然需要財務資源。
- iii. WHO collaboration towards a single integrated health information system, 包括 53 個歐洲會員。目前已有發展 APP 將所有資料加以系統化，透過 APP 讓使用者可以清楚的搜尋甚至分享統計結果。

4. 本署委託辦理「健康促進學校」專題場次：

- (1) 本場次主席紀雪雲老師於提及本計畫係由國民健康署主導，透過健康促進學校協會執行，並介紹署長在國際相關職銜，並說明本署相關政策除了遵循 WHO 指標外，更具有實證基礎。會中贈送本署 USB 給參與者，說明內含許多國家資料與政策。
- (2) 會議由輔大陳富莉教授說明健康促進學校發展過程及執行內印第安納大學 Noy Kay 教授提供台灣及泰國健康促進學校差異(台灣較低的是社區支持，另外在教育內容部分則酒、慢性病等等教育內容亦較少，在身體活動教育、午餐供應、喝瓶裝水及政策支持上則台灣高於泰國)，宜蘭大學邱教授分享健康促進學校執行原則
- (3) 會議參加人數約計 40-50 人。會議中有人提問健康促進學校的經費來自合作？陳富莉教授表示在台灣衛生與教育部門合作在健康促進學校，輔導計畫經費由健康署支持。

參、心得與建議

依據本次實地參與 WHS 及歐洲公衛大會之所見，我國全球健康論壇（GHF）在議題掌握與講者安排相較於 WHS 並不遜色，不同之處在於 WHS 是由各國卓越學術單位共同合作主導，各參與主辦國政府亦提供高度支持，醫藥衛生相關企業與民間團體提供贊助及共同參與對話討論，而 GHF 在年輕學者及企業和民間之參與規模與參與機制較小。而 WHS 藉由徵選及評定優秀國際健康照護新創公司（International healthcare startups）的方式，提供新創公司與學術界，商界，政界和民間社會的專家聯繫平台，對於年輕的公司建立與輔導及和贊助商接觸，建立合作夥伴關係的機會。

本屆出席 WHS 之各國部長級官員包括德國衛生部長 Hermann Gröhe、法國社會及就業部長 Myriam El Khormi、波茲瓦納(Botswana)衛生部長 H.E. Dorcas Makgato-Malesu、突尼西亞衛生部長 SaïdAïdi、日本厚生勞動省助理部長 Hiroki Nakatani 等，並邀 WHO 秘書長陳馮富珍於開幕演講，顯示本項會議與各國政府單位之重要關聯，而歷屆 WHS 由 M8 聯盟擔任智庫，該聯盟之組成與合作機構持續擴張中，目前由來自 16 個國家之 21 個卓越衛生研究中心、大學或國家級研究單位所組成合作網絡，參與學者遍及全球 67 國家，專長涵蓋基礎研究、臨床研究以及群體健康領域等，為一常設之合作網絡。我國在臺灣大學詹長權教授等人之努力下，於本屆 WHS 正式申請加入 M8 聯盟，為本年度三個新申請入會國家之一，預期有助國內各單位參與 WHS 區域性會議及年度會議，對我國參與國際衛生事務應具實質助益，然而除了學術單位，政府部門亦可善用此一平台。


而在歐洲公衛大會方面，本次國民健康署參與會議方式包括：參與摘要投稿及報告及提供委外或合作單位參加會議出國補助、由委外單位辦理健康促進學校 lunch symposium，以及派員與會收集業務參考資料與未來與會建議。依會中觀察，歐洲公衛會與美國公衛年會之辦理方式極為類似，研討議題廣泛而多樣，各場次內容深廣

度不一，雖有 WHO 及 OECD 等組織，依其專業於會中就實證施政及單一健康資訊系統等區域性議題或未來方向提出概念架構或思維，但整體而言，仍以個別案例層次之分享與交流為主。

綜合本項出國報告，提出建議如下：

- 一、常態參與世界健康峰會及歐洲公共衛生大會：藉以掌握當前重要健康議題，透過對話討論與我國案例經驗分享，對全球衛生發生實質影響力，建議可由司署長或部長級高層官員與會，並與會員國共同規劃專題場次，其議題可依與會者屬性，以產、官、學、民共同參與之全政府與全社會動員進行案例分享。
- 二、藉由會議參與延續及拓展既有國際合作研究：我國已將科學實證視為第一決策要件，若欲發揮專題場次之較大效果，可擇我國推行有成之實證施政案例（例如：癌症防治、慢性病共同照護）、全政府及全社會動員之健康減重案例、糖尿病共同照顧模式或具實證且經科學方法進行成本效益驗證之推動癌症篩檢經驗等進行分享，並可嘗試結合歐洲區域或全球推動類似工作之單位舉辦 Workshop，以達成較大之效果。
- 三、提供年輕學者參與國際衛生事務及學習機會：建議比照加斯坦歐洲健康論壇及 GHF 模式，循適當方式補助年輕學者或學生參與 WHS 會，提供國內衛生相關領年輕學者參與國際重要衛生會議機會，與全球各方年輕學者共同關心及研習國際衛生現況，儲備其未來參與國際衛生事務之能力。

附錄 1 海報展示



Reductions on Inequalities in Secondhand Smoke Exposure at Home among Children in Taiwan

Shih-Chia Liu, Fang-Chiao Chen, Kai-Hsun Wang, Yu-Hsuan Lin, Baai-Shyun Hung
Health Promotion Administration, Ministry of Health and Welfare, Taiwan

Introduction:

- Exposure to secondhand smoke (SHS) may cause numerous health problems in infants and children and there is no risk-free level for SHS.
- The amendments of the Tobacco Hazards Prevention Act in Taiwan, that came into effect in 2009, expanded smoke-free places. SHS exposure among nonsmokers has declined substantially thereafter. However, the exposure of children at home remains an issue.
- The aim of this study was to explore socioeconomic and geographic inequalities in SHS exposure at home among children in Taiwan.

Materials and Methods:

- Data from the 2009 and 2013 Taiwan's National Health Interview Survey conducted by the Taiwan Health Promotion Administration (THPA) and the National Health Research Institutes (NHRI) were used. A national representative sample of children aged under 12 years were included for analysis.
- Children's SHS exposure was assessed by their main care giver's response to the question "In the past week, did the child ever secondhand smoke at home?"
- Health Disparities Calculator (HD*Calc), a methodologically rigorous tool, was used to examine inequalities in children's SHS exposure across socioeconomic and geographic groups.

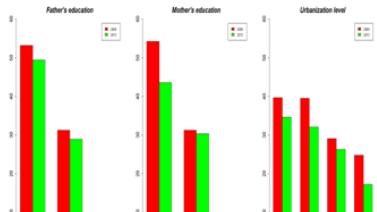
Results:

- The prevalence rates of children under 12 years of age exposed to SHS at home changed from 32.5% in 2009 to 26.1% in 2013 (Figure 1).
- The indexes of disparity (IDisp) of father's education decreased from 456.2 in 2009 to 446.1 in 2013, and from 525.2 to 349.0 for mother's education (Table 1).
- IDisp due to different areas of residence were 45.7 in 2009 and 80.0 in 2013, respectively (Table 1). However, the inequalities were widening.
- Higher level of socioeconomic status had a lower prevalence of SHS exposure at home (Table 2).

Table 1 Indexes of disparity (IDisp) in geographic and educational inequalities in children SHS exposure at home, 2009 and 2013

Year	Geographic inequalities	Educational inequalities	
		Father	Mother
2009	45.69	456.18	525.22
2013	80.03	446.10	349.03

Figure 1 Changes in educational and geographic inequalities in SHS exposure among children from the 2009 and 2013 Taiwan National Health Interview Surveys



Conclusions:


- The results of this study showed that there was a decline in children's SHS exposure from 2009 to 2013. However, the gaps between different socioeconomic status and geographic location were not significantly reduced, especially for inequalities due to parent's education.
- Therefore, education on health harm of SHS to parents or care giver and advocates for smoke-free home are essential.

Table 2 Logistic regression model of SHS exposure at home among children from the 2009 and 2013 Taiwan National Health Interview Surveys

	2009		2013	
	OR	95% CI	OR	95% CI
Father's Education				
College or higher	1.00		1.00	
High School	3.07	1.93-4.88 ***	3.15	2.00-4.95 ***
Secondary or less	6.16	3.84-9.89 ***	6.58	3.77-11.5 ***
Mother's Education				
College or higher	1.00		1.00	
High School	3.06	1.99-4.69 ***	2.41	1.56-3.72 **
Secondary or less	5.14	3.09-8.56 ***	2.55	1.39-4.67 ***
Urbanization level				
Metropolitan	1.00		1.00	
Urban	1.05	0.73-1.51	1.49	1.10-2.01 *
Suburban	1.51	1.15-1.99 **	1.52	1.06-2.18 *
Rural	1.32	0.99-1.75	1.74	1.32-2.31 ***

Note:
 1. Models control for children's age, gender, mother's ethnicity, parent's marital status and family income.
 2. *P<0.05, **P<0.01, ***P<0.001

Contact Information:
 Baai-Shyun Hung, PhD, Division Director, Surveillance and Research Division, Health Promotion Administration, Ministry of Health and Welfare, Taiwan
 Phone: 886-4-2217-2300, E-mail: hbs@hpa.gov.tw



本次參與 EPC 海報展示之一

主題：Reductions on Inequalities in Secondhand Smoke Exposure at Home among Children in Taiwan

附錄 2 相關合影

	
<p>WHS 會議</p>	<p>於 WHS 議場與台大詹長權老師合影</p>
	
<p>健康促進學校場次相片</p>	<p>電子海報展示</p>
	
<p>EPC 攤位展示區</p>	<p>台灣與會者北醫陳品玲老師解說海報內容</p>