

出國報告（出國類別：國際會議）

參加 2016 年美國公共衛生協會  
第 144 屆年會及博覽會  
(APHA 2016 Annual Meeting & Expo)

服務機關：衛生福利部國民健康署

姓名職稱：王英偉署長、監測研究組趙美雲科長

派赴國家：美國

出國期間：105 年 10 月 29 日至 11 月 2 日

報告日期：106 年 1 月

## 摘 要

美國公共衛生協會(American Public Health Association, APHA) 為擁有140多年之國際公共衛生專業組織，集合所有公共衛生領域的成員，致力於所有民眾及所有社區的健康，是影響美國聯邦政策的唯一組織，且每年由其科學委員會(APHA's Science Board)決定不同之重要公共衛生議題，並召開年會及博覽會。今年(2016)年會主題為「創造更健康的國家：確保獲取健康的權利 (Creating the Healthiest Nation: Ensuring the Right to Health)」，強調健康是基本人權，它不是選擇議題，而是一個如何獲得、如何公平對待的議題，而健康需要面要特別關注；「每個人」都應該有機會達到健康的最高水平，成為更健康國家表示某些社區和民眾可能需要比其他人更多的資源關注，而朝向健康公平的目標是提醒我們必須同等重視所有的人、致力於健康促進及預防工作和讓影響健康的社會決定因素差異趨於零。

本次出國行程主要目的為分享本署研究成果，1篇海報展示「Changes in Geographic Disparities in Secondhand Smoke Exposure at Home among Children in Taiwan」顯示兒童家庭二手菸與居住地都市化程度有關，呼應年會所提重視影響健康之社會決定因子。同時，參觀博覽會所設之海報展示及攤位展覽，聽取年會各領域之學者專家報告及經驗分享，以瞭解目前國際公共衛生概況及未來趨勢發展。

# 目 次

壹、目的 .....	4
貳、過程 .....	5
參、心得及建議.....	13
附錄 1 海報展示.....	18
附錄 2 相關照片 .....	19

## 壹、目的

美國公共衛生協會(American Public Health Association, APHA) 為擁有 140 多年之國際公共衛生專業組織，集合所有公共衛生領域的成員，致力於所有民眾及所有社區的健康，是影響美國聯邦政策的唯一組織，且每年由其科學委員會(APHA's Science Board) 決定不同之重要公共衛生議題，並召開年會及博覽會。今年年會暨博覽會於 10 月 29 日至 11 月 2 日，於美國丹佛市科羅拉多會議中心召開，城市係座落於洛磯山脈西邊，又稱 the Mile-High City，擁有豐富文化、戶外活動和運動，步行或騎自行車皆適宜，且始終維持在美國最健康城市排行前 10 名內。

本次會議主題為「創造更健康的國家：確保獲取健康的權利 (Creating the Healthiest Nation: Ensuring the Right to Health)」，參加者來自世界各地，計有超過 12000 位公共衛生實務工作者及專家，透過專題演講、口頭報告、海報及攤位展示等方式，獲取最新研究發展及討論最近公共衛生發展趨勢。本次出國行程主要目的：

- 一、展示「Changes in Geographic Disparities in Secondhand Smoke Exposure at Home among Children in Taiwan」海報，以分享研究成果。
- 二、參觀博覽會所設之海報展示及攤位展覽，聽取年會各領域之學者專家報告及經驗分享，瞭解目前國際公共衛生概況及未來趨勢發展。

## 貳、過程

### 一、行程

日期	與會日程
10/29	啟程及轉機
10/30 - 11/2	1. 參與開幕、閉幕專題演講、專題報告及博覽會。 2. 「Changes in Geographic Disparities in Secondhand Smoke Exposure at Home among Children in Taiwan」海報展示與解說 3. 台美公共衛生學人聯絡網 2016 年度 (第十屆) 年會
11/2 - 11/4	返程及轉機

### 二、會議相關報告

#### (一)開幕專題演講

本屆開幕大會由 APHA 執行長 Dr. Georges Benjamin 主持，請 APHA 理事長 Dr. Camara Jones、科羅拉多州健康促進聯盟理事長 Brian Turner、科羅拉多州州長 John Wright Hickenlooper 及丹佛市公共衛生主任 Judith Shlay 致詞，並邀請美國聯邦生育計畫理事長 Cecile Richards 作主題演講：

#### **Dr. Georges Benjamin :**

APHA 從 1872 年成立以來，就始終認為「健康是一項基本權利」，但很可惜的是很多人都不明白，直到生病才會真的瞭解這個道理。所以在此重申：雖然我們不是最健康的國家，但這不是一個不可實現的目標，只要我們努力，再堅持一下就會達到。

#### **Camara Jones :**

提到要朝著更健康的社區和實現健康公平的關鍵步驟，就是解決種族主義的所產生的系統性問題。被稱做種族主義並不是件可怕的事，應視它為是一個賦權的事；去年起她發起反對種族主義運動，並關注下列三個主要項目：命名種族主

義(naming racism)，詢問種族主義是如何運作，以及如何組織和策劃行動。她擔任 APHA 理事長期間，學到要達到健康公平(health equity)需要三個步驟：公平地評價所有個人和群體、承認和補正歷史不公正，以及根據需要提供資源。提到實現健康公平的最大障礙是：生活在現在與過去脫節的歷史文化中，狹隘地只關注到個人層級，缺乏系統面和結構面思考，以及過份強調如果你努力你會做到的菁英文化。我們不是生活在一個機會平等的土地，在這個已經過時的菁英文化思維下，種族主義只是這些不平等的競爭環境中的一部分而已。

**Brian Turner：**

每次談到基本健康權時都有反對聲音出現，這特別讓他沮喪，但每當這個悲觀想法來臨時，就特別需要依靠 APHA 伙伴們支援、打氣，使他能堅持下去，繼續作對的事情。

**John Wright Hickenlooper：**

承諾要讓科羅拉多州成為全國健康狀況最好的州，而且也正在進行許多健康議題上應做的事，如透過私人資助 2500 萬美元提供生育保健為 5 萬多名婦女提供服務，在短短 5 年內將青少年的生育率和墮胎率降低一半，雖然經費快用盡，但羅拉多州計劃會持續爭取公務預算以支持這項工作；本州也是首先制定甲烷排放規定，在過去 5 年將石油和天然氣部門的空氣污染減少 45% 以上；關於大麻合法問題，他報告合法化並未導致使用大麻的年輕人飆升，但卻有數百萬美元的大麻稅收是用於支持精神衛生治療；在藥物濫用防治，科羅拉多州擴大納洛酮的使用，這逆轉鴉片類藥物過量的影響，並做有效的管理。雖然科羅拉多州已有很大的進步，但它仍面臨挑戰，如科羅拉多州去年是全國自殺率排名第七，超過 1,000 名因自殺而死亡，如何有效的管制槍枝使用是預防自殺重要因素。最後，他強調期勉所有公共衛生同仁，你們要去拯救這個世界，而所有偉大的成功總是基於許多以前的失敗或挫折，關鍵就是永不放棄。

**Cecile Richards：**

美國聯邦生育計畫(Planned Parenthood)成立 100 週年，它源由是在 1912 年一位

紐約懷孕婦女不想要有小孩，但請求醫院無回應，只好要求提供預防懷孕的資訊，惟3個月後她還是死了，這點對照顧她的護士產生重大影響，成立美國聯邦生育計畫，無論人們收入多少，始終提供生育保健相關服務給需要的婦女。今年6月27日對婦女同胞來說是一個重大勝利，因許多地區合法流產幾乎不可能的事，但最高法院打破德克薩斯州墮胎限制法規，贊成整體婦女健康原告們的裁決，作為一個公共衛生倡導者這是值得驕傲的地方，但在缺乏資金的計劃生育的州和聯邦地方，對於婦女獲得安全和合法墮胎仍存在著許多障礙，特別是低收入的婦女，後續仍有更多的工作仍待努力完成。生育保健議題時常被衛生保健服務體系和補助系統所遺忘，例如每年約有200萬患者提供醫療服務，但幾乎都在醫療補助，然而生殖保健相關服務不是只有生育，它是預防保健服務，包括癌症篩查、健康訪視，性傳染感染疾病的檢查和治療，透過這些服務提供，對於婦女和青年人的健康狀況是如此顯著，這是國家一個非常重要的投資。而有些人把這個議題當做政治操作，是非常不好的。目前生育計畫面臨最大挑戰，就是建立美國醫療公平性，雖然我們在各類藥品、服務提供可用性及保險涵蓋率有進展，但在照顧可近性仍存在重大不平等，像膚色，移民，同志等存在著保健服務限制的影響，其他相關問題包括產婦和嬰兒死亡率、意外懷孕的發生率，感染HIV或其他性傳染疾病等，作為一個國家我們必須做更多的行動，以提供更多人的健康服務保障。總結來說，現行體制上仍存在某些特定群體對健康的生活，更長久壽命和更大的繁榮保有優勢，其原因來自於種族、性別及認同、甚至是階層等所產生健康不平等狀況，而確保健康的權利，就是意味著要能認知、承認及發覺對抗這些社會障礙，因為每個人都意味著每個人(everyone means everyone)。

## (二)閉幕專題演講

本次閉幕由新任 APHA 理事長的 Thomas Quade 主持，邀請即將卸任的 APHA 理事長 Dr. Camara Jones、全國縣和市衛生協會 (NACCHO) 理事長 Claude Jacob 及州和領地衛生協會 (ASTHO) 主席 Edward Ehlinger，這三個在美國最大的公共衛生相關協會代表，共同討論健康不平等議題--啟發、產生動機、採取行動(Inspired,

motivated and compelled to action)。

**Camara Jones :**

健康公平(health equity)定義，在 the Health People 2020 是「實現所有人的最高健康水平」(attainment of the highest level of health for all people)，但她個人則定義為「確保所有人的最適健康狀況」(assurance of the conditions of optimal health for all people)，她特別強調，健康公平不是一個結果，而是一個過程，並且需要時時警惕維持。

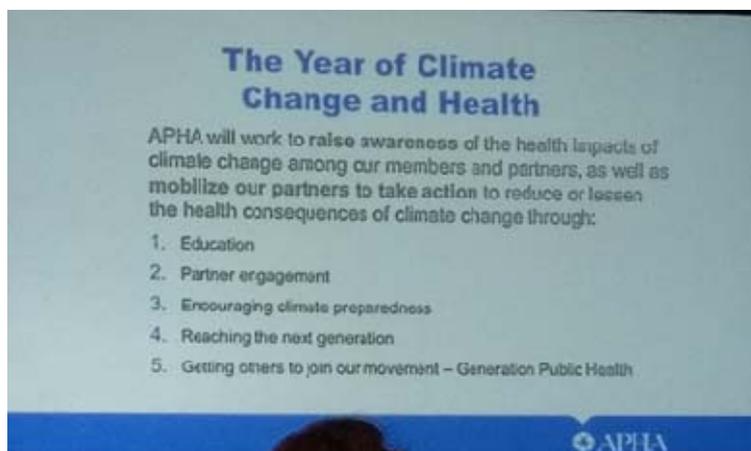
**Edward Ehlinger :**

為成功實現健康公平，我們需要一個「變革理論」，幸運的是現在已有一個可用。在發展健康蒙大那州 2020 推動架構時，當地的公共衛生專家就提出健康公平的三個目標(the Triple Aim for Health Equity)，就是所謂的衛生體系改革理論，亦即擴大我們對什麼可以創造健康的瞭解，以健康公平為目標並將所有政策都納入健康考量的方式，及強化社區創造自己健康未來的能力。雖然公共衛生知道如何提供重要的衛生保健服務，但較缺乏的是可以影響生活條件和建立社區內部力量的技能。如果我們能一起合作，我們就能創造出增進健康的改變，另外，在政府機構公開談論健康公平的議題如種族主義等，有助於為社區創造一個可組織和討論困難主題的空間。

**Claude Jacob :**

公共衛生工作者對推動健康公平是很重要，而且投資在公共衛生人力培養建立公平相關能力也很重要，因這些人是有能力將這個議題往前推。同時強調將健康公平概念帶入社區和非傳統場所的重要，這是一個艱難的工作，但它卻可以將我們緊密結合在一起。實現健康公平的第一步是改變什麼產生健康的論述，也就是創造更健康的國家，它不僅只有醫療造成，而是由許多公共衛生方面的介入，這些都已有數據和經驗來支持這樣的論點，而當這論述發生改變時，才能吸引新的合作夥伴參與健康公平。因此，我們必須有強化社區能力的策略，以因應這個時代的改變。

本次會議最後，由 APHA 執行長 **Dr. Georges Benjamin** 上台呼籲：APHA 宣布 2017 年為氣候變遷與健康年，明年的會議主題定為「Creating the Healthiest Nation: Climate Changes Health」，這表示明年 APHA 策略上要提高氣候變遷對健康影響的認知，並動員成員及合作夥伴採取行動，以減少氣候變遷對健康的影響。



### (三) 參與專題報告：CDC 6/18 Initiative: Making the Case for Health Education Specialists as an Integral Component of Value-Based Care

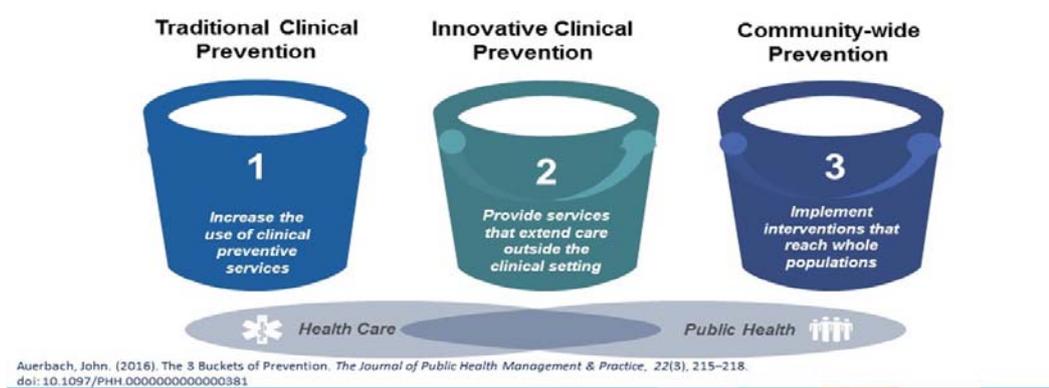
美國目前正處於醫療保健服務提供模式重要轉變時期，醫療保健服務提供者從論量計酬轉為論質計酬，並重視社區整體健康狀況，各項服務除提供具實證基礎的治療和技術外，服務提供者還須瞭解病人個人的文化、語言、照護偏好，以及增進群體健康價值之健康公平及社會決定因素。2015 年起，美國 CDC 為改善健康及控制醫療保健成本，與醫療保健購買者(purchasers，即保險人)、受款人(payers，即民眾)和服務提供者(providers，即醫療院所)三方合作，推動 6/18 Initiative：Accelerating Evidence into Action 政策，針對 6 個最常見且醫療保健成本最高健康狀況（即菸害防制、高血壓控制、預防健康照護相關感染、氣喘、預防意外懷孕及控制及預防糖尿病），提出 18 項有證據基礎的介入措施。

#### **Laura Seeff：**

衛生保健服務目前主要趨勢，是健康保險包括更多人，廣泛的支付改革以及新的醫療保健服務提供模式測試和擴展，而這些都是提供預防疾病、改善人口健康的機會，同時也是建立公共衛生和衛生保健部門間更密切聯繫。CDC 所發展的預防及群體健康架構--三個水桶預防理論，描述在臨床場域及社區場域之群體預防

架構：在臨床場域，群體健康就是健康服務提供給病人；在社區場域，不論是在醫療服務體系內或體系外，群體健康則是在地理環境定義的社區內提供個人完整健康。6118 Initiative 主要針對是第 1 及 2 個水桶作預防：第 1 個水桶是臨床預防服務，也是一般傳統的臨床預防，像施打疫苗或是癌症篩檢，著重在 Health Care；第 2 個水桶是從臨床到社區的服務，是創新臨床預防，個人醫療保健服務從醫療院所向外延伸至社區，像利用社區健康工作者去評估居住氣喘過敏原，Health Care 與 Public Health 二者併重；第 3 個水桶是社區介入，以社區為基礎的預防，對整個群體作介入並塑造支持性環境，像推動健康體能是以學校為單位推動，或是菸害防制推動，著重在 Public Health。

## Prevention and Population Health Framework



Health Education Specialists 在推動 6118 Initiative 佔有重要組成，因它是預防理論之三個水桶間互相連接、溝通的重要角色，結合公立及私人醫療保健服務提供者，並倡導現今重視效率與品質同等重要之基礎健康照護服務 (Value-Based health care) 有所貢獻。CDC 在推動 6118 Initiative 政策時，有納入 Health Education Specialists 為照護團隊成員之一，因其具有研究與溝通能力，可在個人與社區間推動之健康照護模式找出成功相關因素，以利照護經驗複製，當醫療照護團隊與社區民眾溝通橋樑；亦可對創新之健康照護模式提出成效評估，以作為實證基礎給付相關照護費用，以更有效的方式推動健康照護並降低照護成本。從 6118 Initiative 計畫可看

到，有這些 Health Education Specialists 的工作環境中，可看到降低衛生保健成本、提高照護質量及增加醫療可近性等顯著成效。

**Larry Cohen :**

通過 Affordable Care Act 是健康體系重大突破，而其中一項關鍵是將臨床服務提供與社區預防相結合，以減少對資源和服務的需求，改善健康、安全和公平結果，並向醫療提供者提供技能和策略，以改變影響患者健康的社會環境。Community Centered Health Homes (CCHH)與社區保健中心合作，除提供醫療服務外，亦推動氣喘控制、糖尿病及行人安全改善等，以醫療保健提供者和公共衛生專家合作以創新方式，在確保社區及其居民健康方面發揮很大作用，另 Health Education Specialists 在政策、系統和環境變化上做出貢獻，包括收集數據、發展夥伴關係及訂定介入措施，以改善整個人口和個人的健康。

**Leonard Jack :**

在美國糖尿病影響甚大，特別是第 2 型對於非裔、美裔、拉丁裔等美國人，而且以低收入、醫療服務提供不足、沒有保險和保險不足人口亦佔不少人。鑑於糖尿病醫療照護費用上升，有必要著重於預防和管理策略，並配合國家糖尿病預防計(The National Diabetes Prevention Program, NDPP)政策，即利用生活方式改變以預防第 2 型糖尿病，利用 Health Education Specialists 解決在社區服務不足的社會決定因素，例如對環境因素作介入，對低收入地區加強健康食物選擇，或提供安全體能活動，以降低糖尿病風險。

**Cherylee Sherry :**

Health Education Specialists 具研究能力，這對 the Triple Aim (即健康、照護、成本)很重要，因他們可補足其他健康照護專業人員，且能連接健康照護和社區健康間長期隔閡，以達效率與品質皆具之保健服務。明尼蘇達州用這些人員協助推動菸害防制，包括訂定政策、制度和改變環境以擴大實證基礎的戒菸治療，降低影響利用戒菸治療的障礙，並使吸菸者能接受到更多戒菸治療。

#### (四)海報展示與解說

海報展示題目為「Changes in Geographic Disparities in Secondhand Smoke Exposure at Home among Children in Taiwan」，安排於 10 月 31 日 16:30~17:30 之主題 International research on tobacco use 場次中展出。

本研究係利用 2009~2013 年國民健康訪問調查資料，以問卷方式收集 3 至 11 歲年齡層兒童主要照顧者對其照顧兒童於訪問前一周內是否有暴露家庭二手菸，分析可能造成健康不平等之社會決定因素如父母社經地位及居住地理區域等，以探討這些原因與家庭二手菸暴露關係，並以絕對測量(slope index of inequality, SII)及相對測量(relative index of inequality, RII)來評估健康不平等的變化。結果顯示，兒童家庭二手菸暴露率從 2009 年 32.6%降低至 2013 年 27.8%，並受父母教育程度及居住地都市化程度影響。在調整相關社會學變項如兒童年齡、性別、母親種族、父母婚姻狀況及家庭收入後，可看到地區顯著差異，SII 從 2009 年 0.09 拉大為 2013 年 0.10，RII 從 2009 年 1.58 拉大為 2013 年 1.68，這個結論雖然提到從 2009 到 2013 年兒童家庭二手菸暴露率整體有下降，但在兒童所居住都市化程度的差距卻是在擴大，因此須後續政策推動時，須要思考相關策略以拉近兒童家庭二手菸暴露城鄉差距。

#### (五)台美公共衛生學人聯絡網 2016 年度 (第十屆) 年會

台美公共衛生學人聯絡網年度聚會始自 2007 年，以各公共衛生領域為單位進行台美學人交流、資源分享及需求互助討論，邀請在美國及在台灣各學府任教或公私立機構任職的公共衛生相關專業人士及學生參加。第十屆年會同時在美國 APHA 2016 年會場地舉辦，邀請衛生福利部國民健康署王英偉署長、中央健康保險署高屏業務組林立人組長，駐丹佛台北經濟文化辦事處也派員列席，和與會者共同分享台灣在健康促進及健保方面的成就，並提及日後若有機會可共同合作相關研究。

## 參、心得及建議

### (一)心得

#### 1. 公共衛生推動應由單打獨鬥模式轉型為打群架模式

公共衛生(Public health)領域廣泛，它影響到我們日常生活各方面，且影響層面迅速擴大從不良健康行為、疾病到健康不公平，Public health 正促使各項健康問題處理從根本著手。這是因為健康不是一種選擇，「每個人」都應該有機會達到健康的最高水平，需同樣重視所有的人，且在需求面上有更多的著力，促使醫療保健衛生預防工作及影響健康社會決定因素差異趨於零。至於如何注重健康權益並確保健康權，APHA 年會上有提到，政府單位除公共衛生、健康照護部門要努力外，其他跨部門協助也是很重要，也就是健康影響層面甚廣，而部門單打獨鬥的效益有限，惟有跨部門合作一起打群架方可有效率的達到目標，像美國研究報告有提到，在協助偏遠地區居民就醫、就學等，就是衛生、醫療單位結合交通運輸單位，以社區整體概念共同合作，將民眾健康融入在生活中。

#### 2. 預防重於治療很重要，但沒事發生時就不會知道預防很重要

當開幕主講人 Cecile Richards 台上慷慨激昂講起今年年中在美國最高法院判決婦女擁有生育保健服務的權利時，台下聽眾熱情鼓掌起立回應；美國聯邦生育計畫提供保健服務，不是只有生育、節育服務，也含括癌症篩查、高風險婦女訪視、性傳染疾病檢查和治療等預防保健服務，過去保險公司對性別存有差異，同樣健康保險費經費支付下婦女預防保健並沒有得到支付，使得多年來阻礙婦女得到保健服務，直到 Affordable Care Act 通過，才對女性健康保障有很大的進步。這也讓人感到「預防重於治療」理念終於得到勝利，因「預防保健服務」很多時候都從主流的醫療服務體系和保險補助系統所遺忘，特別是當政府衛生經費、人力缺乏時，那是因它所產生的結果不是立即發生，不像醫療臨床服務針對症狀立即減輕或消除不適狀況，亦不像疫病發生時立刻動員切斷病原、傳播途徑即可降低；預防保健服務比較像是做整體基礎建設，也做整體風險管理，做的好，長期來看是

節省政府整體的長期照護成本，也讓我們的國民更健康，是國家非常重要的一項投資。

### 3. 國際已看到我國推動菸害防制成果

台灣自 2009 年 1 月 11 日菸害防制新法上路實施以來，已減少了 89 萬吸菸人口，成年人吸菸率由 2008 年 21.9% 降至 2014 年的 16.4%，而世界衛生組織 (WHO) 所推薦的 MPOWER 策略中，菸害的監測 (Monitoring)、無菸環境 (Protecting)、戒菸服務 (Offering cessation help)、禁止菸品廣告 (Enforcing ban) 四項被評為最高等級，顯示政府在菸害的監測與政策、執行無菸公共場所法令、二代戒菸服務及禁止菸品廣告促銷贊助等菸害防制策略推動具卓越成效。本次 APHA 年會在海報國際菸害防制研究主題張貼展示時，來自路易斯安娜州大學研究生，主動提到台灣菸害防制成果令人讚賞，特別對室內禁菸場所規定印象深刻，並詢問我國對於行車時吸菸是否有處罰？私人車內兒童二手菸危害防制有無規定？另外，來自佛羅里達大學研究生則對於菸害防制調查有興趣，特別是針對特定族群像愛滋病族群等，這些國際上菸害防制共通的問題，都須待大家繼續努力。

### 4. 年會活動動員社區，整合行銷

美國丹佛市街道是接近棋盤式，南北向的街道都以數字命名，本次 APHA 年會位於第 14 街上之科羅拉多會議中心召開，它緊臨當地熱鬧商店街第 16 街，整條街上有各種大大小小的商店、餐廳等，這條街是禁止汽車進入，是行人徒步逛街的好地方，因距離約 2 公里，因此有提供免費的接駁公車，在每個路口都有設站牌，循環式在 16 街上載客，以方便民眾逛街購物需求。當我們在講健康、低碳，永續目標時，這就是最佳的實踐範例：走路有益健康，搭乘大眾交通工具符合低碳，而科羅拉多會議中心接合當地社區共同辦理就是永續；在 APHA 年會期間，熱鬧的 16 街上隨處皆可看到 APHA 年會開會訊息的宣導旗幟，而不是僅侷限於會議所在地 14 街，這顯示辦理城市(或社區)對公共衛生議題會議的重視，也是在台灣辦理的國際會議所沒看到的。

## (二)建議

### 1. 衛生部門跨單位結合，因地制宜推動衛生醫療保健服務

CDC 與醫療保健購買者(purchasers，即保險人)、受款人(payers，即民眾)和服務提供者(providers，即醫療院所)三方合作，共同推動 6118 Initiative (如下圖)，以促進民眾健康及控制健康照護成本。CDC 為有效預防傳染性和非傳染性疾病，提供影響健康狀況最重要的因素及其相關介入措施之實證研究，透過增加醫療保健服務之涵蓋率、可近性、利用率及品質，使基於證據所做之基礎或創新健康照護服務，醫療院所可以得到保險經費支付，並提供高效率與高品質服務，以維護民眾健康，達到三贏的地步。

 <b>REDUCE TOBACCO USE</b> <ul style="list-style-type: none"><li>Expand access to evidence-based tobacco cessation treatments, including individual, group, and telephone counseling and FDA-approved cessation medications—in accordance with the 2008 Public Health Service Clinical Practice Guideline.</li><li>Remove barriers that impede access to covered cessation treatments, such as cost sharing and prior authorization.</li><li>Promote increased utilization of covered treatment benefits by tobacco users.</li></ul>	 <b>PREVENT HEALTHCARE-ASSOCIATED INFECTIONS</b> <ul style="list-style-type: none"><li>Require antibiotic stewardship programs in all hospitals and skilled nursing facilities.</li><li>Prevent hemodialysis-related infections through immediate coverage for insertion of permanent dialysis ports.</li></ul>	 <b>PREVENT UNINTENDED PREGNANCY</b> <ul style="list-style-type: none"><li>Reimburse providers for the full range of contraceptive services (e.g., screening for pregnancy intention; tiered contraception counseling; insertion, removal, replacement, or reinsertion of long-acting reversible contraceptives (LARC) or other contraceptive devices; and follow-up) for women of child-bearing age.</li><li>Reimburse providers or health systems for the actual cost of LARC or other contraceptive devices in order to provide the full range of contraceptive methods.</li><li>Reimburse for immediate postpartum insertion of LARC by unbundling payment for LARC from other postpartum services.</li><li>Remove administrative and logistical barriers to LARC (e.g., remove pre-approval requirement or step therapy restriction and manage high acquisition and stocking costs).</li></ul>
 <b>CONTROL HIGH BLOOD PRESSURE</b> <ul style="list-style-type: none"><li>Promote strategies that improve access and adherence to anti-hypertensive and lipid-lowering medications.</li><li>Promote a team-based approach to hypertension control (e.g. physician, pharmacist, lay health worker, and patient teams).</li><li>Provide access to devices for self-measured blood pressure monitoring for home-use and create individual, provider, and health-system incentives for compliance and meeting of goals.</li></ul>	 <b>CONTROL ASTHMA</b> <ul style="list-style-type: none"><li>Promote evidence-based asthma medical management in accordance with the 2007 National Asthma Education and Prevention Program guidelines.</li><li>Promote strategies that improve access and adherence to asthma medications and devices.</li><li>Expand access to intensive self-management education for individuals whose asthma is not well-controlled with guidelines-based medical management alone.</li><li>Expand access to home visits by licensed professionals or qualified lay health workers to improve self-management education and reduce home asthma triggers for individuals whose asthma is not well-controlled with guidelines-based medical management and intensive self-management education.</li></ul>	 <b>CONTROL AND PREVENT DIABETES</b> <ul style="list-style-type: none"><li>Expand access to the National Diabetes Prevention Program, a lifestyle change program for preventing type 2 diabetes.</li><li>Promote screening for abnormal blood glucose in those who are overweight or obese as part of a cardiovascular risk assessment.</li></ul>

美國 CDC 業務為疾病管制及健康促進，在我國因法定職掌不同而分屬不同機關--傳染病防治為疾管署，健康促進及非傳染病防治為健康署；我國 84 年起實施全民健保，透過醫療院所、民眾及中央健康保險署(以下稱健保署)合作與努力下，在醫療服務內涵、醫療品質提升及健保資訊化等各方面，皆受民眾肯定，惟範圍未含括前端預防部分，未能有效控制醫療成本上升。若按 6118 Initiative 模式--醫療保健購買者(purchasers，即保險人)、受款人(payers，即民眾)和服務提供者(providers，

即醫療院所)三方合作提供服務，而三方單位依我國政府組織架構皆有政府單位：保險人代表就是健保署，而所推行的健保制度已逾 20 年，有豐富數據資料庫可分析各地區醫療利用狀況；民眾可以由各地方衛生局、所代表，深刻瞭解當地民眾需求，醫療院所則有部立醫院或公立醫院提供醫療保健服務。

因此，由中央健保署、疾管署、健康署以及當地衛生局共同研擬提出具實證效益之衛生醫療保健服務項目、給付方式等原則規範，先依臺北區、北區、中區、南區、高屏區及東區等 6 區所在之健保署業務組、疾管署管制中心及當地衛生局、醫療院所合作，因地制宜推動各區衛生醫療保健服務(含括預防保健服務、疫病防治、生育保健等)，以降低醫療成本、增加照護品質。然而，推動新興政策時，推動人力是成敗關鍵，依目前中央衛生人力編制狀況，僅健康署沒有 6 區編制人力，以下擬出三個解決方案：

方案一、增加 6 區健康促進中央人力，以能充分瞭解中央政策作法，並結合地方特色能完整推行相關公共衛生政策；惟本方案困難處在於政府員額管控，公職人力增補困難。

方案二、加強 6 區疾管署管制中心人員有關非傳染病防治及健康促進知能，期於社區訪查時，能將防疫及保健並作；惟機關組織職掌未明訂，且業務量增加，易遭反彈。

方案三、擴大現有防疫醫師功能，因醫師在養成訓練時是以全人健康為主，惟因聘用規定，造成只作社區防疫業務，像前一陣子疾管署利用防疫醫師宣導孕婦打流感疫苗影片，但若能善用，拍一系列與孕婦或嬰幼兒健康相關宣導，如提倡母乳哺育、照顧嬰兒營養等影片，應能發揮更大作用。

## 2. 台灣公共衛生年會可結合政府辦理之保健大會、防疫大會、醫政大會等，以增加經驗傳承

美國 APHA 年會除了與公共衛生相關學會共同辦理外，亦結合產、官、學、研各領域，像健康促進產業可於展場設攤展示、公共衛生學校可於會場招生、研

究機構於會場呈現研究相關成果，以及政府單位呈現推動政策成果，各路人馬齊聚一堂，作學術交流、經驗分享及意見交換等，參與人員從學生、老師到各地方公共衛生實務工作者，甚至是退休人士都有，在會場隨處可見三五朋友齊聚交談，把握這一年一度難得機會。

反觀我國台灣公共衛生學會，主要是以學會及學校為主，發表內容主要仍以學術為主，以致各地方之公共衛生實務人員參與較少，缺乏學生與實務工作者交流機會；而中央衛生單位辦理之保健大會、防疫大會、醫政大會等，是針對各地方公職之公共衛生實務工作者，每個單位都自行辦理，大家都沒有跨領域交流機會，且現場就缺乏學生族群參與，缺乏未來會進入此領域新血培育機會。建議將來在辦理這類型的會議時，可以合併辦理，並運用退休保健志工參與活動，以老、中、青三代歡聚一堂，以利經驗傳承及分享。

# 附錄 1 海報展示



## Changes in Geographic Disparities in Secondhand Smoke Exposure at Home among Children in Taiwan

Shih-Chia Liu, Fang-Chiao Chen, Yu-Hsuan Lin, Bai-Shyun Hung, Mei-Yun Chao, Ying-Wei Wang  
Health Promotion Administration, Ministry of Health and Welfare, (R.O.C) Taiwan

### Background

Secondhand smoke (SHS) is harmful to health. Evidence showed a causal relationship between SHS and asthma induction, respiratory and middle ear infections and reduced lung. In Taiwan, smoking is banned in all public places; however, the exposure of children to (SHS) at home remains an issue and gaps in socioeconomic status or geographic areas need to be examined. The aim of this study was to explore socioeconomic and geographic disparities in SHS exposure at home among children in Taiwan.

### Methods

We used data from the 2009 and 2013 Taiwan National Health Interview Survey (NHIS). Children aged 3 to 11 years were included for analysis. Exposure to SHS at home was assessed according to the information provided by main care giver of the sampled child. Response to the question "In the past week, did the child over secondhand smoke at home?" was dichotomized to "with SHS exposure" and "without SHS exposure" at home. Both absolute measure (slope index of inequality, SII) and relative measure (relative index of inequality, RII) were applied to evaluate the changes in disparities.

### Results

The overall prevalence of children's SHS exposure at home reduced from 32.6% in 2009 to 27.8% in 2013. Variations were observed across parent's education and urbanization level of residence. After adjustment for covariates, SII for geographic disparities in children's SHS exposure increased from 0.09 in 2009 to 0.10 in 2013. RII increased from 1.58 in 2009 to 1.68 in 2013.

### Conclusions

The results of this study demonstrate that in spite a decline in children's SHS exposure from 2009 to 2013, the gaps across urbanization level of residence were widened. Strategies to further reduce children's SHS exposure at home and close the gaps between different geographic locations may be warranted.

Table 1 Characteristics of sampled children (aged 3 to 11 years), the 2009 and 2013 Taiwan NHIS

	2009		2013	
	N	%	N	%
<b>Total</b>	2904	100.0	2322	100.0
<b>Father's Education</b>				
College or higher	513	19.9	596	27.5
High School	1544	53.1	1189	51.6
Secondary or less	802	25.6	507	19.4
Missing	45	1.4	30	1.5
<b>Mother's Education</b>				
College or higher	412	16.0	536	24.7
High School	1755	61.1	1318	58.1
Secondary or less	683	20.7	420	15.7
Missing	54	2.2	48	1.5
<b>Urbanization level</b>				
Metropolitan	794	28.2	2322	30.7
Urban	686	28.4	731	31.4
Suburban	597	19.1	582	16.9
Rural	826	24.3	420	21.0
Missing	1	0.03	0	0.0

Table 2 Prevalence of among age 3 - under 12 children's exposure to SHS at home, the 2009 and 2013 Taiwan NHIS

	2009		2013	
	N	%	N	%
<b>Total</b>	2887	32.6	2320	27.8
<b>Father's Education</b>				
College or higher	509	7.6	595	7.1
High School	1537	31.4	1188	30.7
Secondary or less	798	53.0	507	48.6
<b>Mother's Education</b>				
College or higher	409	6.9	535	7.0
High School	1748	31.3	1317	32.1
Secondary or less	677	54.4	420	43.9
<b>Urbanization level</b>				
Metropolitan	788	24.9	731	18.4
Urban	683	29.2	581	28.7
Suburban	593	39.6	420	33.5
Rural	823	39.8	588	35.7

Table 3 Logistic regressions of SHS exposure at home among children, the 2009 and 2013 Taiwan NHIS

	2009		2013	
	OR	95% CI	OR	95% CI
<b>Father's Education</b>				
College or higher	1.00		1.00	
High School	3.03	1.91 - 4.81 ***	2.88	1.74 - 4.77 ***
Secondary or less	5.86	3.67 - 9.36 ***	5.36	2.95 - 9.74 ***
<b>Mother's Education</b>				
College or higher	1.00		1.00	
High School	3.15	2.06 - 4.82 ***	3.42	1.94 - 6.01 **
Secondary or less	5.41	3.27 - 8.92 ***	3.83	1.92 - 7.65 ***
<b>Urbanization level</b>				
Metropolitan	1.00		1.00	
Urban	1.03	0.71 - 1.49	1.54	1.10 - 2.17 *
Suburban	1.47	1.11 - 1.94 **	1.53	1.05 - 2.24 *
Rural	1.29	0.97 - 1.72	1.64	1.22 - 2.20 ***

Note:  
1. CI: confidence interval; OR: odds ratio.  
2. Models control for children's age, gender, mother's ethnicity, parent's marital status and family income.  
3. \* $p < 0.05$ , \*\* $p < 0.01$ , \*\*\* $p < 0.001$

Table 4 Changes in socioeconomic and geographic inequalities in SHS exposure among children, the 2009 and 2013 Taiwan NHIS

	2009		2013	
	SII	RII	SII	RII
Father's Education	0.38 ***	7.39 ***	0.38 ***	7.51 ***
Mother's Education	0.34 ***	6.81 ***	0.23 **	4.61 ***
Urbanization level	0.09 *	1.58 **	0.10 ***	1.68 ***

Note:  
1. SII: slope index of inequality (similar to linear coefficient) according to linear regression model.  
2. RII: relative index of inequality (similar to OR) according to logistic regression model.  
3. Models control for children's age, gender, mother's ethnicity, parent's marital status and family income.  
4. \* $p < 0.05$ , \*\* $p < 0.01$ , \*\*\* $p < 0.001$

### Contact Information

- Yu-Hsuan Lin, Division Director  
Surveillance and Research Division, Health Promotion Administration  
Ministry of Health and Welfare (R.O.C) Taiwan
- Email: yuhsuanl@hpa.gov.tw
- Tel: 886-4-22172301 Fax: 886-4-22277581



## 附錄 2 相關照片



科羅拉多會議中心外觀著名地標



科羅拉多會議中心大廳



王署長英偉與健保署高屏分組林組長立人合照



APHA 年會報到櫃台



開幕會場



2樓博覽會入口



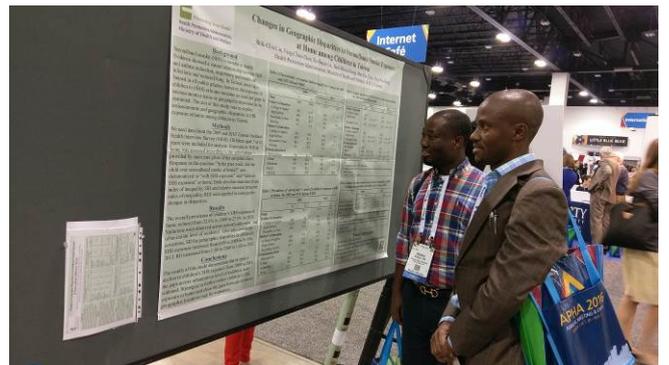
攤位展示處



參觀攤位



海報展示處



「Changes in Geographic Disparities in Secondhand Smoke Exposure at Home among Children in Taiwan」  
海報展示



參加台美公共衛生學人聯絡網  
2016 年度 (第十屆) 年會座談



參加台美公共衛生學人聯絡網  
2016 年度 (第十屆) 年會(二)



16 街街景(一)：APHA 年會旗幟



16 街街景(二)：科羅拉多州政府



APHA 年會就業諮詢處



閉幕會場