

台灣與西太平洋五國非傳染性疾病防治現況

林宛禎¹ 曾育慧^{2,*} 林宜靜¹ 林峻吉^{1,3}

目標：非傳染性疾病（non-communicable diseases, NCD）為導致全球死亡及失能最主要原因之一，約68%的死亡與罹患NCD有關，因此降低NCD的負擔，已成為各國永續發展的首要任務。本文旨在探討我國與5個西太平洋國家NCD監測指標趨勢，探究其國家社經環境背景或健康促進政策發展情形，據以呼籲我國應積極參與全球行動，及提出未來國家政策制定的參考建議。**方法：**運用聯合國全球永續發展指標資料庫及世界衛生組織全球衛生觀察站資料取得各國從2000年至2015年每5年NCD監測指標資料，如NCD過早死亡機率、酒精消費量、目前吸菸率、過重與肥胖率等，我國則以國家監測或運用國家調查資料計算取得。**結果：**隨著NCD過早死亡機率降低趨勢，各國平均餘命亦隨之增長，並以日本及韓國的NCD過早死亡機率相對較低。在危害行為表現上，韓國酒精消費量相對較高，中國及越南的消費趨勢有上升；各國目前吸菸率均呈現降低趨勢，其中男性目前吸菸率以台灣相對較低。各國過重與肥胖率仍呈現上升趨勢，其中馬來西亞及台灣男性相對較高，且兩國之身體活動不足率亦相對較高。**結論：**我國NCD防治仍有待改善，未來應持續重視國家整體NCD防治政策，及建置監測指標蒐集平台，以評估政策進展並與國際接軌。（台灣衛誌 2019；38(4)：372-385）

關鍵詞：非傳染性疾病、過早死亡、健康促進政策

前 言

全球正一致面臨人口老化及非傳染性疾病（non-communicable diseases, NCD）的健康威脅。降低NCD的全球健康負擔已成為各國永續發展的首要任務，規劃國家整體NCD防治策略刻不容緩。聯合國（United Nations, UN）及世界衛生組織（World Health Organization, WHO）已提出未來15年全球行動計畫及目標，俾利各國因應NCD的挑戰。我國必須掌握國際與國內趨勢，適時

檢討整體NCD策略。

NCD健康威脅

非傳染性疾病為導致全球死亡及失能的主要健康威脅。約68%的死亡與罹患心血管疾病、癌症、慢性呼吸道疾病及糖尿病等NCD有關，其中超過40%為70歲以下的過早死亡，這在中低收入國家情形更為嚴重[1]。世界衛生組織在2002年世界衛生報告即指出，在北美、歐洲及亞太地區的工業化國家，至少三分之一的疾病負擔可歸因於菸草、酒、血壓、血脂與肥胖等問題，而這些風險亦同時存在於開發中國家[2]。NCD的四大項共同危害行為即是吸菸、不健康飲食、身體活動不足及危害飲酒[3]。

全球行動概況

為協助全球因應NCD的重大挑戰，

¹ 衛生福利部國民健康署

² 衛生福利部國家中醫藥研究所

³ 國立台灣大學公共衛生學院健康政策與管理研究所

* 通訊作者：曾育慧

地址：台北市北投區立農街二段155-1號

E-mail: mayeeshat@nricm.edu.tw

投稿日期：2019年3月6日

接受日期：2019年6月19日

DOI:10.6288/TJPH.201908_38(4).108018



WHO於2013年5月第66屆世界衛生大會提出「預防與控制非傳染性疾病全球行動計畫」(Global action plan for the prevention and control of noncommunicable diseases 2013-2020) [3]，聯合國亦於2015年永續發展目標(Sustainable Development Goals, SDG) [4,5]的第三項目標「健康與福祉」中，將NCD防治列為重要課題，以下將依序介紹其架構內容。

WHO的「預防與控制非傳染性疾病全球行動計畫」共有6大總體目標，提出9項全球行動目標及25個監測指標，旨在遏止四大非傳染性疾病(心血管疾病、癌症、慢性呼吸道疾病及糖尿病)所導致的全球死亡率，加速對主要危害風險採取行動及強化國家健康體系的應對，期望全球以2010年為基礎，在2025年達到NCD過早(30-70歲)死亡率降低25%的目標(即「25×25目標」)。

聯合國於2015年正式宣布後2015年永續發展議程，提出17項永續發展目標和169項具體目標，並在2016年生效，作為2030年全球永續發展之工作指導。從2000年千禧年發展目標(Millennium Development Goals, MDG)進展到2016年的SDG，因應NCD導致全球健康負擔增加，於第三項目標「健康與福祉」(Goal 3: Ensure healthy lives and promote well-being for all at all ages)將四大NCD過早死亡機率減少三分之一列為指標，並強調NCD相關防治，如：預防和治療危害使用酒精、交通事故傷害減半、加強執行WHO菸草控制框架公約等[5]。

為利我國與全球共同對抗NCD，本文參照WHO及聯合國作為評估各國NCD防治進展之監測指標，與5個地理位置、生活型態及文化背景相近的西太平洋國家進行比較，將呈現各國從2000年起的NCD監測指標趨勢；接著，探討其中的社經環境或健康促進政策發展情形。最後，提出國家政策制定的參考建議。

材料與方法

為取得一致性和可比較性高的各國

NCD監測指標趨勢數據，本文以二項全球指標資料庫作為資料來源，包含聯合國全球SDG指標資料庫(the Global SDG Indicators Database)及WHO全球衛生觀察站(Global Health Observatory Data Repository)，以下將依序簡述。

2015年聯合國統計委員會(UN Statistical Commission)成立「SDG指標之跨機構暨專家小組」(Inter-agency and Expert Group on Sustainable Development Goal Indicators, 簡稱IAEG-SDGs)，著手研議建立SDG全球指標框架，以評估各國投入的資源並衡量達成SDG的進展，最終於2017年7月聯合國大會通過全球指標框架(A/RES/71/313)，計約232個指標。在本文探討的SDG第三項目標「健康與福祉」中所列NCD指標，包含心血管疾病、癌症、糖尿病或慢性呼吸道疾病過早死亡機率(指標3.4.1)、酒精有害飲用量，並根據國情界定為一年內以純酒精升數表示的15歲以上人均消費量(指標3.5.2)、15歲以上人口年齡標準化之目前吸菸盛行率(指標3.a.1)等。另聯合國於2018年4月開放全球SDG指標資料庫平台[6]，提供全球、地區和國家數據查詢，各指標之詮釋資料(Metadata)查閱，以及為編製SDG指標進展年度報告所用。

為達全球一致性，該資料庫儘可能依據可比較的標準化國家數據，由各國經通報機制提交國際統計系統，且需採用國際標準。國際組織從國家統計系統蒐集數據，地區或次地區資料以參照人口為權重的國家數據加權計算而得。為具國際可比較性，通常會對國家數據進行調整；缺乏相關數據時則使用估計值，也會與國家統計機構充分溝通。

而WHO全球衛生觀察站[7]則匯集194個會員國約1千多項衛生相關統計數據，並以SDG目標為監測架構，包括監測總體衛生進展的健康指標、追蹤健康平等的指標，及與特定健康或相關的具體目標等。該平台一樣提供全球、地區和國家數據資料，以及各指標之詮釋資料(Metadata)。不過在SDG 3.4之NCD目標中，蒐集包含NCD死亡率、危害風險(包含代謝性風險如血壓、血糖、

過重與肥胖，以及行為性風險如吸菸、飲酒、身體不活動等）指標進展及國家能力建構情形（如基礎設施、政策、策略與行動計畫、監測機制、管理措施、初級衛生保健及用藥情形等）。為了提供指標數據之透明度及一致性，當無法取得完整衛生數據，且可能因資料來源不同而無法直接進行年度比較或結果存在明顯不同時，亦採用估計值。

本文為我國與鄰近國家NCD監測指標趨勢比較，首先選定五個與我國地理位置、生活型態及文化背景相近的西太平洋國家，包含日本、韓國、中國、馬來西亞及越南。各國的人口數、零歲平均餘命、經濟收入及醫療保健支出情形如表一。並從2000年至2015年（或相近年）間蒐集各國每五年的零歲平均餘命（下稱平均餘命）[8]及以聯合國全球SDG指標資料庫中二項NCD指標為基礎，再加上WHO全球衛生觀察站之三項危害風險指標：30歲至70歲四大非傳染性疾病死亡機率（下稱NCD過早死亡機率）[9,10]、15歲以上人口每人每年平均酒精消費量（下稱酒精消費量）[11]、15歲以上人口目前吸菸率（下稱目前吸菸率）[12,13]、18歲以上人口過重與肥胖率（即身體質量指數（body mass index，簡稱BMI） $\geq 25 \text{ kg/m}^2$ ）與肥胖率（即BMI $\geq 30 \text{ kg/m}^2$ ）（下稱過重與肥胖率）[14-16]、18歲以上人口身體活動不足率（下稱身體活動不足率）

[17,18]；台灣則以國家監測與調查資料，參照國際指標詮釋資料之定義及統計方法，並經年齡標準化計算取得相應NCD指標歷年數據，資料來源包含內政部統計處簡易生命表、行政院主計總處社會指標統計表、衛生福利部統計處死因統計、衛生福利部國民健康署國人吸菸行為調查、衛生福利部食品藥物管理署與國民健康署國民營養健康狀況變遷調查及教育部體育署運動城市調查。

結 果

如圖一所示，各國男、女性平均餘命及30-70歲四大NCD過早死亡機率趨勢，隨著NCD過早死亡機率降低，各國平均餘命亦隨之增長，且女性NCD過早死亡機率較男性低、平均餘命較高。其中，在15年期間日本男、女性的NCD過早死亡機率皆相對較低（2015年已分別達11.5%、5.8%），且其平均餘命亦較高（2015年分別達80.8歲、87.0歲）；而越南男性的NCD過早死亡機率則相對較高（2015年達23.6%），且其平均餘命相對較低（2015年達71.5歲）。

近15年間，韓國男、女性的NCD過早死亡機率降低趨勢及平均餘命增加趨勢最為明顯。兩性NCD過早死亡機率年均降幅分別約為3.3%、3.5%，且2015年男性已與日本相當達11.6%、女性則低於日本達5.1%。人民平均餘命雖仍不及日本，但年均增加

表一 各國基本資料比較

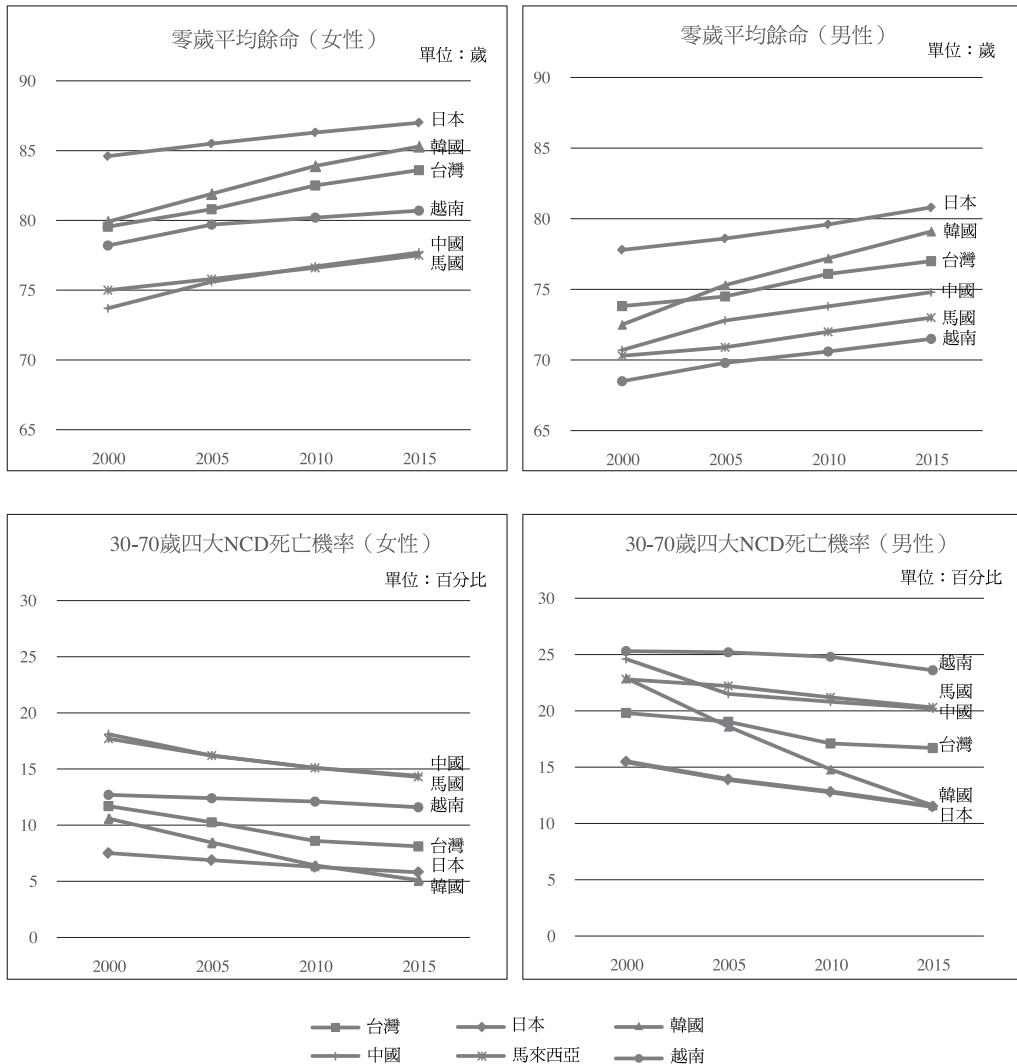
國家	人口數 ¹ (千人) (2016)	零歲平均餘命 ¹ (歲) (2015)			世界銀行 收入分類 ^{2,3} (2016)	經常性醫療保健支出 占國內生產毛額比重 ⁴ (%) (2015)
		全體	女	男		
台灣	23,540	80.2	83.6	77.0	高	5.9
日本	127,749	84.0	87.0	80.8	高	10.9
韓國	50,792	82.3	85.3	79.1	高	7.4
中國	1,411,415	76.2	77.7	74.8	中高	5.3
馬來西亞	31,187	75.1	77.5	73.0	中高	4.0
越南	94,569	76.2	80.7	71.5	中低	5.7

註：¹資料來源為WHO全球衛生觀察站，台灣為內政部統計處。

²資料來源為世界銀行。

³世界銀行收入分類標準：以平均每人國民所得毛額（Gross national income per capita）為基準，高收入為 $>12,235$ 美元；中高收入為 $3,956-12,235$ 美元；中低收入為 $1,006-3,955$ 美元；低收入為 $\leq 1,005$ 美元。

⁴資料來源為WHO全球衛生觀察站，台灣為衛生福利部統計處。

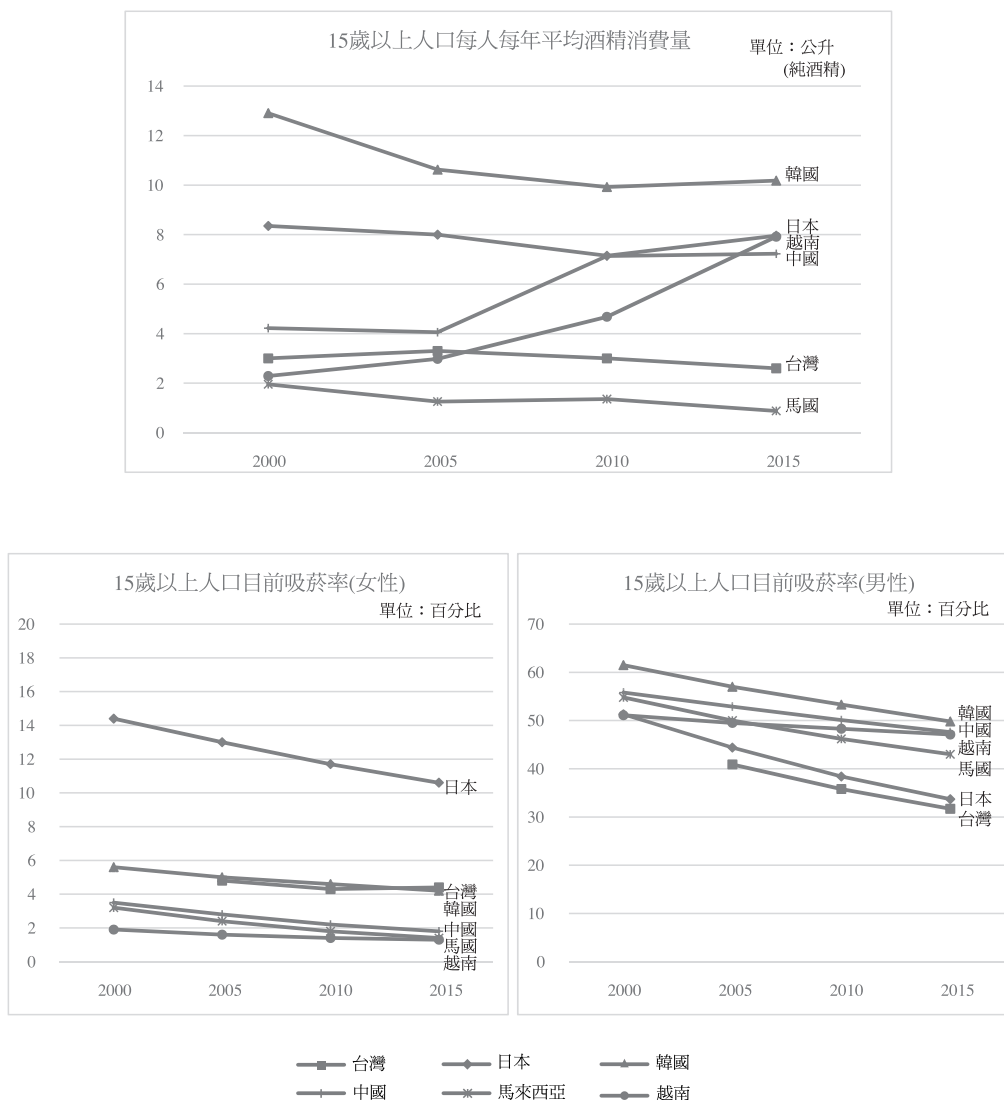


圖一 各國男、女性零歲平均餘命及30-70歲四大NCD死亡機率趨勢

- 註：1. 四大NCD為心血管疾病、癌症、慢性呼吸道疾病及糖尿病。
 2. 零歲平均餘命的資料來源為WHO全球衛生觀察站；台灣為內政部統計處簡易生命表。
 3. 30-70歲四大NCD死亡機率的資料來源為聯合國全球SDG指標資料庫；台灣為衛生福利部國民健康署運用衛生福利部統計處死因統計資料計算取得，其中在2005年以前數據，採國際疾病傷害及死因分類表第九版（ICD-9）分類標準為140-208、250、393-459、490-519；而2010年後採第十版（ICD-10）分類標準為I00-I99、C00-C97、E10-E14及J30-J98。

幅度較高，約在0.4歲上下；日本的男、女性NCD過早死亡機率年均降幅約為1.7%、1.5%，平均餘命年均增加約0.2歲；而台灣的男、女性NCD過早死亡機率年均降幅約為1.0%、2.0%，平均餘命年均增加則約達0.2、0.3歲。

圖二上方為各國15歲以上人口每人每年平均酒精消費量趨勢。酒精消費量以韓國較高，馬來西亞較低；以消費量趨勢來看，中國及越南不降反升，年均純酒精增加分別約為0.2與0.4公升，而韓國及其他3國家在10-15年間則沒有明顯變化。



圖二 各國15歲以上人口每人每年平均酒精消費量及男、女性15歲以上人口目前吸菸率趨勢

註：1. 15歲以上人口每人每年平均酒精消費量資料來源為聯合國全球SDG指標資料庫；台灣為行政院主計總處社會指標統計表，並為18歲以上人口資料，資料年度為2002、2005、2010、2013年。

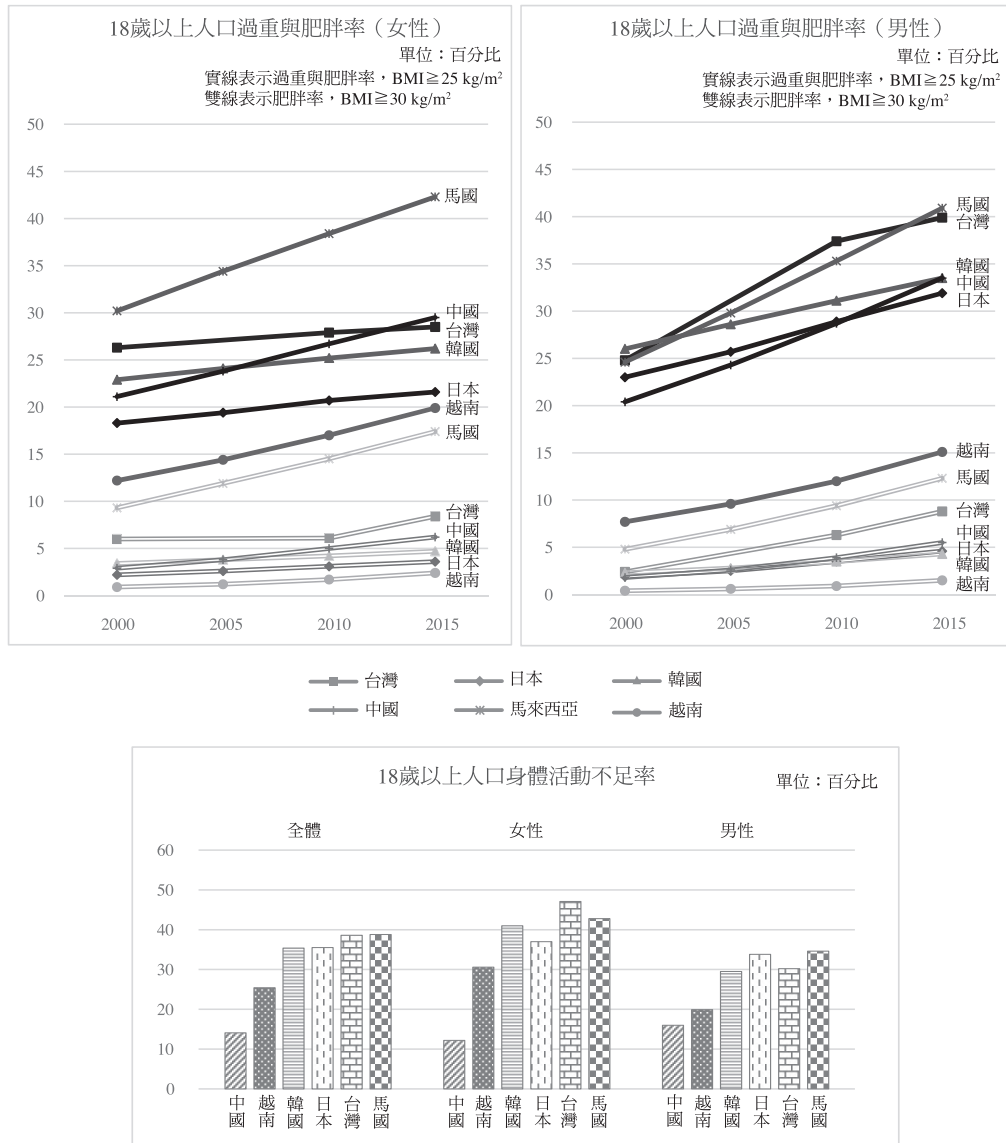
2. 15歲以上人口目前吸菸率資料來源為WHO全球衛生觀察站，以人口為基礎的國家調查資料，再以貝氏階層模式 (Bayesian hierarchical meta-regression model) 估算各國在期間內的盛行率趨勢；台灣為衛生福利部國民健康署國人吸菸行為調查計算取得，為18歲以上人口資料，且僅為紙菸 (cigarette) 使用情形。

依圖二下方各國男、女性15歲以上人口目前吸菸率趨勢，可看出各國男性目前吸菸率較女性高，但皆呈降低趨勢。其中，各國女性目前吸菸率以日本相對較高（2015年達10.6%），其餘國家則皆已低於

5%；各國男性目前吸菸率，以台灣（2015年達31.7%）及日本（2015年達33.7%）相對較低，年均降幅亦相對較高（台灣約2.2%、日本約2.3%），而韓國目前吸菸率則相對較高（2015年達49.8%），其年均降幅約1.3%。

圖三上方顯示18歲以上人口過重與肥胖率趨勢。無論是肥胖率（ $\text{BMI} \geq 30 \text{ kg/m}^2$ ）及過重與肥胖率（ $\text{BMI} \geq 25 \text{ kg/m}^2$ ），各國

均呈現上升，且年均增幅皆以男性較女性高，而肥胖率年均增幅又較過重與肥胖率高。馬來西亞在肥胖率及過重與肥胖率皆



圖三 各國男、女性18歲以上人口過重與肥胖率及身體活動不足率趨勢

- 註：1. BMI指身體質量指數（body mass index, BMI），計算方式為體重（kg）÷身高的平方（ m^2 ）。
2. 過重與肥胖率資料來源來自WHO全球衛生觀察站，以人口為基礎的國家調查資料，再以貝氏階層模式（Bayesian hierarchical model）估算各國在期間內的盛行率趨勢；台灣為衛生福利部國民健康署運用國民營養健康狀況變遷調查之1993-1996年、2005-2008年及2013-2016年資料計算取得，其中2005-2008年僅為19歲以上人口資料。
3. 身體活動不足率資料來源來自WHO全球衛生觀察站，資料年度為2016年；台灣則為教育部體育署運動城市調查資料取得，並為13歲以上人口資料，資料年度為2015年。

相對高於其他國家，且女性較男性高；而男性的肥胖率及過重與肥胖率年均增幅（約為10.4%、4.4%）則高於女性（約為5.8%、2.7%）。台灣的肥胖率及過重與肥胖率僅次於馬來西亞，其中男性過重與肥胖率2015年達39.9%，趨近於馬來西亞的40.9%，且男性的肥胖率及過重與肥胖率年均增幅達13.3%、3.0%，亦接近馬國。另一方面，越南的男、女性在肥胖率及過重與肥胖率雖皆相對其他國家低，但增幅亦高，男性年均增幅分別約為18.3%、6.4%，女性年均增幅分別約為11.1%、4.2%。

圖三下方為18歲以上人口身體活動不足率趨勢。馬來西亞、台灣、日本及韓國全體身體活動不足率已趨近於4成，且四國家中女性又較男性高，其中以台灣女性最高，馬來西亞女性次之，第三為韓國女性。

綜觀圖一至圖三，就六國整體現況而言，日本與韓國在健康結果的NCD過早死亡機率相對較低且平均餘命相對較高，而NCD過早死亡機率降低幅度及平均餘命增加的趨勢較其他國家明顯，韓國尤為顯著；但在危害行為的表現，如：兩國酒精消費量相對較高、韓國男性目前吸菸率較高。台灣在健康結果的NCD過早死亡機率及平均餘命次於日韓，而男性過重與肥胖率相對偏高；危害行為的表現上，男性目前吸菸率較其他國家低，女性身體活動不足率則較高。中國、馬來西亞及越南的NCD過早死亡機率相對較高且平均餘命較低；在危害行為的表現，如：中國及越南的酒精消費量有上升趨勢，三國男性目前吸菸率降低幅度相對偏低，而馬來西亞的過重與肥胖率、肥胖率及身體活動不足率亦相對較高，越南的過重與肥胖率及中國的身體活動不足率則較低。

討 論

健康結果

日本與韓國在2000年至2015年間，兩性皆維持相對較低的NCD過早死亡機率及較長

的平均餘命，其中韓國在15年間NCD過早死亡機率降幅及平均餘命增長甚至較日本多，這與兩國社經狀況、人民健康狀況及醫療保健發展程度有關；而台灣這15年來NCD過早死亡機率降幅及平均餘命增長趨勢已趨近日本，但尚不及韓國。

過去30年間，韓國與日本平均餘命得以迅速增長，除為降低嬰兒死亡率及感染死亡人數等原因外，還有心血管疾病死亡率（特別是高血壓性疾病及中風）的降低，推測可能與兩國高血壓盛行率下降、改善中風和高血壓控制與藥物治療，以及擴大國家健康保險提供的醫療照護有關[19,20]。在健康部門之外，兩國因其經濟能力和社會資本（如：教育）的投入，改善兒童與青少年營養狀況、擴大初級與次級醫療保健可及性、提升醫療技術水準等，推遲慢性疾病導致的死亡，因而使國民平均餘命延長，預期未來兩國仍會有較長的平均餘命[21]。

在高血壓與高血糖方面，日韓兩國高血壓盛行率在2000-2015年皆呈降低趨勢，分別由22.3%降至17.6%與17.4%降至11.0%[22]。在台灣，成人死因主要導因前三位為高血糖、吸菸及高血壓等危害風險[23]。近兩次國民營養健康狀況變遷調查資料顯示，18歲以上人口高血壓盛行率雖較日本與韓國低，但整體趨勢卻是從2005-2008年的9.4%升高到2013-2016年的10.6%，高血糖盛行率亦由8.1%略升至8.9%，高於日本與韓國（2014年分別為6.7%、8.0%）[24]。

為了加速四大NCD過早死亡機率的改善，政府必須重新檢視及提出下一階段有效的NCD防治措施，除了協助民眾提升健康識能（health literacy）和建立健康生活型態、高風險族群的預防保健服務、血壓血糖控制與治療之外，更重要的是挹注更多社會資本，也將生命歷程與健康平等觀點融入國家整體的NCD防治策略。從生命早期開始介入是最佳的時機，WHO在《預防與控制非傳染性疾病全球行動計畫》即明白指出生活條件與生活方式的不平等及生命早期狀況對於未來健康風險的影響[3,25,26]，我國應及早正視這些重要的健康決定因素，擬定相應的

公共衛生政策，才可能有效且平等地改善人民的健康。

接下來的討論，將逐一探討其他NCD主要危害風險，包含飲酒、吸菸行為、過重與肥胖及身體活動情形。

飲酒行為

WHO估計危害飲酒每年造成全球250萬人死亡，是造成健康不良的第三大因素。危害飲酒絕大部分發生在年輕族群，與酒精有關的各類問題也會影響個人、家庭及社區生活。然而，危害飲酒是可改變並預防的主要NCD風險因素之一，亟需採取有效的防控措施，並列為國家發展議題，特別是開發中國家[27]。

越南及中國的酒精消費量在2000年至2015年的上升趨勢，應與加入全球化市場、經濟發展及管制不足有關；韓國酒精消費量則持續高於全球平均值，與其傳統文化及消極的管理政策有關；而台灣則缺乏具公共衛生精神的整體酒害防制政策，酒精消費量亦無明顯變化。

越南與中國的飲酒趨勢與其經濟發展有關。兩國經歷全面改革，積極融入區域和全球經濟體系，促進經濟快速成長，亦影響當地文化、社會風氣及人民飲酒習慣，結果之一是國民酒精消費量顯著增加，酒類引起的健康危害與疾病負擔亦隨之增加[28-30]。另一方面，貿易自由化使進口酒類價格降低，直接改變酒類消費生態，如中國在2001年加入世界貿易組織（World Trade Organization, WTO）後，葡萄酒進口總額從4.98百萬美元大幅增長至2011年的12.74億美元[31]。但在酒類管理方面，兩國皆存在管制不足或執法力道不彰的困境，比如未成年人可輕易獲得酒精飲料、酒駕或違規廣告取締不力、缺乏酒害治療服務、民眾對酒類危害與治療認知程度不足等[29,30,32,33]。

飲酒在韓國是常態，不但不限制酒類供應，對其帶來的經濟利益更重於公共衛生。社會對酒精危害不夠關注，可由未成年人可購買到酒類、高酒精含量的烈酒及燒酒的價格比啤酒便宜等現象看出[34]，或可說

明韓國國民酒精消費量較全球平均高約1.6倍，與西太平洋國家相比亦較高[35]。韓國衛生福利部在2006年8月首度推行國家酒類防制政策（National Alcohol Policy: Blue Bird Plan 2010），重點在改變傳統的飲酒文化，主要目標包含提高民眾對酒類危害的認知，營造防止酒類危害的社會安全環境，比如在公園等場所設立無酒區域、立法要求對酒駕及其他違規者的教育與義務治療，並在中長程規劃限制酒類的廣告、贊助、銷售及飲酒行為。但該政策推行之後，國民飲酒行為似乎尚未在短期內獲得顯著改善，成人的高風險飲酒比例持續上升，年輕族群（19-28歲）更從2005年的14.0%增加至2008年的23.0%，因此該國學者呼籲政府應從公共衛生角度制定整體的酒害防制政策[34,36]。

台灣國民酒精消費量低於全球平均值[35]，但消費量變化不大，政策上與韓國類似，缺乏具有健康意涵的酒害防制架構。本土研究發現，狂飲且日飲之青壯年酒駕盛行率達22.6%[37]，亦不能忽視酒類可及性、廣告等對青少年飲酒的影響[38]。WHO於2010年即提出減少危害飲酒的全球策略（Global strategy to reduce harmful use of alcohol）[27]，建議各國採取10項目標，包含1、領導、認識與承諾；2、衛生機構的因應機制；3、社區行動；4、酒後駕駛的政策和對策；5、酒類供應；6、酒精飲料的推銷；7、價格政策；8、減少飲酒和酒精中毒的負面後果；9、減少非法酒類和非正規生產酒類的公共衛生影響；10、監督和監測。因此，建議政府參考上述策略，進一步建立衛生、財政與交通等跨部門合作機制，在兼顧國民健康的前提下，推動符合國情之酒害防制整體策略，並研擬過量飲酒傷害及年輕族群的酒害防制對策。

吸菸行為

WHO資料顯示，西太平洋地區的菸害問題特別嚴重，成人吸菸率為24.5%（男性46.0%，女性3%），和歐洲地區29.4%（男性38.1%，女性20.7%）一樣皆超過全球平均19.9%（男性33.7%、女性6.2%）[39]。依

本文探討之六國來看，從2000年起各國無論男、女性目前吸菸率皆呈現降低趨勢，而女性目前吸菸率除日本外，皆已低於5%；男性則以日本及台灣降幅相對較高，並趨近於全球平均值。

繼2003年通過菸草控制框架公約（Framework Convention on Tobacco Control, FCTC）[40]，WHO為協助各國執行，再於2008年提出6項具實證基礎的MPOWER行動策略[41]，包含監測菸品使用與預防政策（Monitor tobacco use and prevention policies）、預防二手菸危害（Protect people from tobacco smoke）、提供戒菸服務（Offer help to quit tobacco use）、菸品危害之警示（Warn about the dangers of tobacco）、禁止菸品廣告、促銷與贊助（Enforce bans on tobacco advertising, promotion and sponsorship）及提高菸稅（Raise taxes on tobacco）。

在WHO提出MPOWER行動策略後，一篇研究分析2008年至2011年日本、韓國及中國的菸害防制政策進展指出，未全面實施的職場與公共場所無菸政策、戒菸支持系統不足，或無法全面管制菸草產業活動等，使得三國吸菸率沒有迅速降低[42]。韓國政府近年努力落實MPOWER策略，於國家健康計畫2020提出成年男性吸菸率降至29%及女性至6%的目標，並於2015年大幅調漲菸稅，強化菸品警示、公共場所禁菸及菸品廣告規範，國家健康保險開始補助戒菸治療，及設立多處戒菸中心等，2017年底擴大實施菸品圖片警示[43,44]，未來可再持續觀察其防制成效。相對而言，日本在執行MPOWER策略上較為緩慢，可能與境內強大的菸草產業有關[43,45-47]。另根據衛生福利部國民健康署委託研究計畫[43,48]，依WHO訂定八大指標評估我國MPOWER策略執行進展，相較其他五國執行較全面性，已有完善的戒菸服務、公共場所禁菸及全面禁止菸品廣告、促銷與贊助，仍有待改進之處，包含菸品警示圖文占菸品面積僅達35%（達評估標準第二級）、菸價占最銷售品牌菸品售價約56%（達評估標準第二級）及菸品不可負擔性（較2008年）減少等。

雖然我國吸菸率降低，吸菸仍是致生命損失及男性死因主要的風險因素[23]。以SimSmoke菸草控制模擬模式發展對菸害防制政策實施成效評估之研究指出，當台灣全面實施MPOWER並大幅提高菸價，將可顯著降低吸菸率，但對於影響吸菸致死人數有限[49]；並需要更積極的管制措施，才能達成WHO 25×25心血管疾病過早死亡機率降低25%目標[50]。近年新興菸品崛起，我國15歲以上人口曾經使用過電子煙盛行率為2.7%，與其他亞洲國家相近；然吸菸者之電子煙使用率卻升高為14.2%，且15-24歲年輕人口當中約有一半曾經使用過電子煙[51]。正待立法院審議的菸害防制法修正案將加強管制電子煙、擴大室內公共場所禁菸及菸品警示圖文比例等，但仍不能忽視相關團體會在過程中造成修法的阻礙[52]。另外，我國菸價偏低與菸品不可負擔性減少，是菸品可近性偏高的主因，亟需調整菸價。

過重與肥胖及身體活動情形

本文研究的六個國家，一致出現人口過重、肥胖率上升的趨勢。肥胖問題也是全球NCD防治重要議題，從1980年至2013年，全球男女性及男女孩過重與肥胖盛行率（BMI $\geq$ 25 kg/m²）都在提高。自2006年起，已開發國家的成人肥胖率（BMI $\geq$ 30 kg/m²）增長趨於穩定。即便如此，近30年幾乎沒有研究證實有成功的群體介入策略，亦沒有成功的國家案例[53]。研究與評估有效介入措施、研擬國家肥胖防治計畫等，已成為迫切的挑戰。

亞太地區的過重與肥胖成因複雜，包括傳統飲食習慣快速演變為高油、高熱量型態，同時伴隨著職業及休閒模式造成身體活動減少[54]。目前，馬來西亞過重與肥胖情形較其他國家高，而台灣男性過重與肥胖率亦趨近馬國達4成；身體活動不足情形則除了中國、越南外，我國與日、韓、馬國均遠高於全球平均值27.5%及西太平洋國家平均值18.6%[55]。

在一場由馬來西亞醫學院和馬來西亞科學院聯合舉辦的全球肥胖問題之健康挑戰

會議報告中，指出該國的肥胖問題如下：肥胖問題占全國健康照護支出約10-19%；約半數人口為過重（占13.3%）或肥胖（占38.5%）；從1960年代到2005年，馬國國民脂肪與糖攝取量分別增加80%、33%；依據2002-2003年成人營養調查顯示，僅三分之一成人曾經運動，而僅有14%有足夠運動量。馬國政府雖嘗試改變民眾飲食習慣、與食品業者溝通並將肥胖防治納入多項相關政策，但學者點出這些措施缺乏協調及跨領域合作、研究多屬小規模且未公開共享、介入計畫缺乏評估機制，也缺乏對當地及國家相關健康行為的流行病學資料，因此難以發展出有效策略，肥胖問題也持續擴大[56]。

因此，本文也呼籲政府應立即研究與評估肥胖防治有效本土介入策略，或參考其他國家方式，例如日本透過結合健康篩檢與生活型態指導的介入，來改善參與者肥胖與心臟代謝性風險[57]。此外，身體活動不足及久坐生活型態為導致我國成人及男孩肥胖的主因之一[58]，不活動高風險族群為職場青壯年族群[59,60]，成人平日久坐時間中位數長達360分鐘，女性及18-39歲更高達420分鐘[61]。鑒於造成國人肥胖問題的普遍身體不活動警訊，衛生福利部國民健康署與教育部體育署參考WHO「全球身體活動行動計畫」（Global action plan on physical activity 2018-2030）[62]，共同研擬合作藍圖，現已進行資源盤點，續將運用兩部會建置的體適能與預防保健資料，提供具實證基礎的全民身體活動倡議，及結合推行銀髮族、職場健康促進策略，待未來研究評估其成效。此外，政府也需思考制定跨部門政策，結合城市發展、基礎公眾設施與推行步行文化等多面向身體活動發展策略。

監測指標與統計資料

我國相當缺乏可資國際同步比較之NCD指標統計平台，重要資料取得不易。本研究在蒐集我國資料時，NCD過早死亡率、目前吸菸率、過重與肥胖率等3項指標係由衛生福利部國民健康署分別運用衛生福利部統計處死因統計資料及全國性國人吸

菸行為調查與國民營養健康狀況變遷調查，依國際指標定義及統計方法重新計算而得數據；而酒精消費量及身體活動不足率，則由行政院主計總處社會指標統計表及教育部體育署運動城市調查之公開資料取得數據。其次，我國歷年監測調查資料當中，有部分缺乏延續性，必須儘快設法將之納入國家常規性監測調查項目，包含過去由行政院主計總處彙總各部會相關社會指標，自2015年起改為各部會自行辦理監測調查及公開，卻未追蹤是否定期公布，其中蒐錄酒精消費量資料僅至2013年；而教育部體育署於2014年、2015年運動城市調查中首度納入WHO的全球身體活動問卷（Global Physical Activity Questionnaire, GPAQ），後續年度則未再納入。第三，受限於我國可取得資料，進行國際比較會有部分誤差，因此本研究依國際指標定義及統計方法，並採用年齡標準化數據，增加國際間可比較性。就本文使用的國際指標資料庫來源而言，即便各國建置的調查項目或年度不盡相同，也得以估算值比較各國NCD監測指標趨勢。聯合國全球SDG指標資料庫及WHO全球衛生觀察站也會定期公布各國監測調查資料。

結論與建議

台灣的NCD防治政策已逐步與全球行動接軌。然而以目前進度來看，須投入更多資源與強化跨部會合作，才有機會達到SDG第三項目標及WHO 25×25的目標。再者，為有利瞭解國內現況及與國際比較NCD監測指標趨勢，我們建議政府建置可供國際比較的NCD指標監測機制與平台，整合跨部門的健康資訊系統與調查，有助於早期預警及採取適當且及時的NCD防治策略，並適時檢討評估政策進展。另外，本文旨在聚焦NCD監測指標趨勢的國際比較，並未探討社會經濟決定因素或醫療照護等面向，待後續進行更深入的研究。

致 謝

本文部分我國NCD指標數據資料來自衛

生福利部國民健康署同仁運用我國死因統計資料、國人吸菸行為調查及國民營養健康狀況變遷調查等，依國際NCD監測指標定義及統計方法計算取得，特此感謝該署之協助。

參考文獻

1. WHO. Global status report on noncommunicable diseases 2014. Available at: <http://www.who.int/iris/handle/10665/148114>. Accessed September 30, 2018.
2. WHO. The world health report 2002: reducing risks, promoting healthy life: overview. Available at: <http://www.who.int/iris/handle/10665/67454>. Accessed September 30, 2018.
3. WHO. Follow-up to the political declaration of the high-level meeting of the general assembly on the prevention and control of non-communicable diseases. Available at: <http://www.who.int/iris/handle/10665/150161>. Accessed September 30, 2018.
4. United Nations (UN). Transforming our world: the 2030 agenda for sustainable development. Available at: http://www.un.org/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/RES/70/1&Lang=E. Accessed September 30, 2018.
5. 曾育慧、江東亮：全球發展新紀元：從千禧年發展目標到永續發展目標。台灣衛誌 2017；36：1-5。doi:10.6288/TJPH201736105104。Tseng YH, Chiang TL. Towards a new era of development: from MDGs to SDGs. Taiwan J Public Health 2017;36:1-5. doi:10.6288/TJPH201736105104. [In Chinese: English abstract]
6. UN. Global SDG Database. Available at: <https://unstats.un.org/sdgs/indicators/database/>. Accessed April 28, 2019.
7. WHO. Global health observatory data repository. Available at: <http://apps.who.int/gho/data/node.home>. Accessed April 28, 2019.
8. WHO. Indicator metadata registry: life expectancy at birth (years). Available at: <http://apps.who.int/gho/data/node.wrapper.imr?x-id=65>. Accessed April 28, 2019.
9. UN. SDG indicators metadata repository: indicator 3.4.1: mortality rate attributed to cardiovascular disease, cancer, diabetes or chronic respiratory disease. Available at: <https://unstats.un.org/sdgs/metadata/files/Metadata-03-04-01.pdf>. Accessed April 28, 2019.
10. WHO. NCD global monitoring framework: indicator definitions and specifications. Available at: https://www.who.int/nmh/ncd-tools/indicators/GMF_Indicator_Definitions_FinalNOV2014.pdf?ua=1. Accessed April 28, 2019.
11. UN. SDG indicators metadata repository: indicator 3.5.2: harmful use of alcohol, defined according to the national context as alcohol per capita consumption (aged 15 years and older) within a calendar year in litres of pure alcohol. Available at: <https://unstats.un.org/sdgs/metadata/files/Metadata-03-05-02.pdf>. Accessed April 28, 2019.
12. WHO. Indicator metadata registry: current smoking of any tobacco product (age-standardized rate). Available at: <http://apps.who.int/gho/data/node.wrapper.imr?x-id=346>. Accessed April 28, 2019.
13. Bilano V, Gilmour S, Moffier T, et al. Global trends and projections for tobacco use, 1990-2025: an analysis of smoking indicators from the WHO Comprehensive Information Systems for Tobacco Control. Lancet 2015;385:966-76. doi:10.1016/S0140-6736(15)60264-1.
14. WHO. Indicator metadata registry: prevalence of overweight among adults, BMI ≥ 25. Available at: <http://apps.who.int/gho/data/node.wrapper.imr?x-id=2390>. Accessed April 28, 2019.
15. WHO. Indicator metadata registry: prevalence of obesity among adults, BMI ≥ 30. Available at: <http://apps.who.int/gho/data/node.wrapper.imr?x-id=2389>. Accessed April 28, 2019.
16. NCD Risk Factor Collaboration (NCD-RisC). Worldwide trends in body-mass index, underweight, overweight, and obesity from 1975 to 2016: a pooled analysis of 2416 population-based measurement studies in 128.9 million children, adolescents, and adults. Lancet 2017;390:2627-42. doi:10.1016/S0140-6736(17)32129-3.
17. WHO. Indicator metadata registry: prevalence of insufficient physical activity among adults aged 18+ years. Available at: <http://apps.who.int/gho/data/node.wrapper.imr?x-id=2381>. Accessed April 28, 2019.
18. Guthold R, Stevens GA, Riley LM, Bull FC. Worldwide trends in insufficient physical activity from 2001 to 2016: a pooled analysis of 358 population-based surveys with 1.9 million participants. Lancet Glob Health 2018;6:E1077-86. doi:10.1016/S2214-109X(18)30357-7.
19. Yang S, Khang YH, Harper S, Smith GD, Leon DA, Lynch J. Understanding the rapid increase in life expectancy in South Korea. Am J Public Health 2010;100:896-903. doi:10.2105/AJPH.2009.160341.
20. Ikeda N, Saito E, Kondo N, et al. What has made the population of Japan healthy? Lancet 2011;378:1094-105. doi:10.1016/S0140-6736(11)61055-6.
21. Kontis V, Bennett JE, Mathers CD, Li G, Foreman K, Ezzati M. Future life expectancy in 35 industrialised

- countries: projections with a Bayesian model ensemble. *Lancet* 2017;**389**:1323-35. doi:10.1016/S0140-6736(16)32381-9.
22. WHO. Global health observatory data repository. Risk factors: prevalence of raised blood pressure Available at: <http://apps.who.int/gho/data/view.main.GDO2107v?lang=en>. Accessed September 30, 2018.
 23. Lo WC, Ku CC, Chiou ST, et al. Adult mortality of diseases and injuries attributable to selected metabolic, lifestyle, environmental, and infectious risk factors in Taiwan: a comparative risk assessment. *Popul Health Metr* 2017;**15**:17. doi:10.1186/s12963-017-0134-4.
 24. WHO. Global health observatory data repository. Risk factors: prevalence of raised fasting blood glucose. Available at: <http://apps.who.int/gho/data/view.main.GDO2108v?lang=en>. Accessed September 30, 2018.
 25. UN General Assembly. Political declaration of the high-level meeting of the General Assembly on the prevention and control of non-communicable diseases. Available at: <https://digitallibrary.un.org/record/720106>. Accessed June 8, 2019.
 26. 江宛霖、江東亮：生命早期經驗與非傳染性疾病防治：歷史備忘錄。台灣衛誌 2019；**38**：118-23。doi:10.6288/TJPH.201904_38(2).107131。
Chiang WL, Chiang TL. Early life experience and the prevention and control of non-communicable diseases: a historical note. *Taiwan J Public Health* 2019;**38**:118-23. doi:10.6288/TJPH.201904_38(2).107131. [In Chinese: English abstract]
 27. WHO. Global strategy to reduce the harmful use of alcohol. Available at: <http://www.who.int/iris/handle/10665/44395>. Accessed September 30, 2018.
 28. Lincoln M. Alcohol and drinking cultures in Vietnam: a review. *Drug Alcohol Depend* 2016;**159**:1-8. doi:10.1016/j.drugalcdep.2015.10.030.
 29. Hao W, Chen H, Su Z. China: alcohol today. *Addiction* 2005;**100**:737-41. doi:10.1111/j.1360-0443.2005.01036.x.
 30. Tang YL, Xiang XJ, Wang XY, Cubells JF, Babor TF, Hao W. Alcohol and alcohol-related harm in China: policy changes needed. *Bull World Health Organ* 2013;**91**:270-6. doi:10.2471/BLT.12.107318.
 31. Muhammad A, Leister AM, McPhail L, Chen W. The evolution of foreign wine demand in China. *Aust J Agric Resour Econ* 2014;**58**:392-408. doi:10.1111/1467-8489.12029.
 32. Tam NM, Doran CM, Hill PS, Dunne MP. Alcohol reform in Viet Nam: confronting rising consumption, injury and harm. *Appl Health Econ Health Policy* 2012;**10**:285-7. doi:10.2165/11633210-000000000-00000.
 33. Regional Office for the Western Pacific, WHO. Regional strategy to reduce alcohol-related harm. Available at: <http://www.who.int/iris/handle/10665/206951>. Accessed September 30, 2018.
 34. Seo S, Chun S, Newell M, Yun M. Korean public opinion on alcohol control policy: a cross-sectional International Alcohol Control study. *Health Policy* 2015;**119**:33-43. doi:10.1016/j.healthpol.2014.10.016.
 35. WHO. World health statistics 2018: monitoring health for the SDGs, sustainable development goals. Available at: <http://www.who.int/iris/handle/10665/272596>. Accessed November 1, 2018.
 36. Chun S. Korean Public Health Advocates seek new Alcohol Action Plan. Available at: <http://www.ias.org.uk/What-we-do/Publication-archive/The-Globe/Issue-2-2010/Korean-Public-Health-Advocates-seek-new-Alcohol-Action-Plan.aspx>. Accessed September 30, 2018.
 37. 楊涵纖、鄭凱元、張新儀、陳娟瑜：台灣成年族群飲酒型態與事故傷害、酒駕之關係探討。台灣衛誌 2018；**37**：309-21。doi:10.6288/TJPH.201806_37(3).107008。
Yang HS, Cheng KY, Chang HY, Chen CY. Drinking patterns in relation to injuries and drunk driving among community-dwelling adults in Taiwan. *Taiwan J Public Health* 2018;**37**:309-21. doi:10.6288/TJPH.201806_37(3).107008. [In Chinese: English abstract]
 38. Chen YT, Cooper HLF, Windle M, et al. Residential environments, alcohol advertising, and initiation and continuation of alcohol consumption among adolescents in urban Taiwan: a prospective multilevel study. *SSM Popul Health* 2016;**2**:249-58. doi:10.1016/j.ssmph.2016.03.003.
 39. WHO. Global health observatory data repository. Prevalence of current tobacco use: data by WHO region. Available at: <http://apps.who.int/gho/data/view.main.GSWCAH20REG>. Accessed September 30, 2018.
 40. World Health Assembly. WHO framework convention on tobacco control. Available at: <http://www.who.int/iris/handle/10665/78302>. Accessed September 30, 2018.
 41. WHO. MPOWER: a policy package to reverse the tobacco epidemic. Available at: <http://www.who.int/iris/handle/10665/43888>. Accessed September 30, 2018.
 42. Katanoda K, Jiang Y, Park S, Lim MK, Qiao YL, Inoue M. Tobacco control challenges in East Asia: proposals for change in the world's largest epidemic region. *Tob Control* 2014;**23**:359-68. doi:10.1136/tobaccocontrol-2012-050852.
 43. WHO. WHO report on the global tobacco epidemic 2017. Available at: http://www.who.int/tobacco/global_report/2017/en/. Accessed September 30, 2018.
 44. Seo HG, Kim Y, Xu SS, et al. Tobacco control policies in the Republic of Korea and the methods of the ITC Korea

- Surveys. *J Korean Soc Res Nicotine Tob* 2018;**9**(Suppl S1):S1-10. doi:10.25055/JKSRNT.2018.9.S1.S1.
45. Sobue T. ED12.05 tobacco control policies in Japan. *J Thorac Oncol* 2017;**12**:S54-6. doi:10.1016/j.jtho.2016.11.048.
46. Yamada K, Mori N, Kashiwabara M, et al. Industry speed bumps on local tobacco control in Japan? The case of Hyogo. *J Epidemiol* 2015;**25**:496-504. doi:10.2188/jea.JE20150001.
47. Japan Society for Tobacco Control. JAPAN: 2018 tobacco industry interference index. Available at: http://www.jstc.or.jp/uploads/uploads/files/information/JAPAN_%20TII%20Index_20181.pdf. Accessed November 1, 2018.
48. 衛生福利部國民健康署：菸害政策分析諮詢服務計畫（107年後續擴充），計畫案號G1051217-107。台北：衛生福利部國民健康署，2018。
Health Promotion Administration, Ministry of Health and Welfare, R.O.C. (Taiwan). Tobacco Control Policy Research and Consulting Plan. Project Number G1051217-107. Taipei: Health Promotion Administration, Ministry of Health and Welfare, R.O.C. (Taiwan), 2018. [In Chinese]
49. Sanna M, Gao W, Chiu YW, et al. Tobacco control within and beyond WHO MPOWER: outcomes from Taiwan SimSmoke. *Tob Control* 2018;**0**:1-7. doi:10.1136/tobaccocontrol-2018-054544.
50. Su SY, Lee WC, Chen TT, et al. An evaluation of the 25 by 25 goal for premature cardiovascular disease mortality in Taiwan: an age-period-cohort analysis, population attributable fraction and national population-based study. *Heart Asia* 2017;**9**:e010905. doi:10.1136/heartasia-2017-010905.
51. Chang HC, Tsai YW, Shiu MN, Wang YT, Chang PY. Elucidating challenges that electronic cigarettes pose to tobacco control in Asia: a population-based national survey in Taiwan. *BMJ Open* 2017;**7**:e014263. doi:10.1136/bmjopen-2016-014263.
52. 蔡韻竹、蔡憶文：我國菸害防制政策制定的政治分析。台灣衛誌 2015；**34**：447-62。doi:10.6288/TJPH201534103095。
Tsai YC, Tsai YW. Political perspective analysis of Taiwan's tobacco control policy. *Taiwan J Public Health* 2015;**34**:447-62. doi:10.6288/TJPH201534103095. [In Chinese: English abstract]
53. Ng M, Fleming T, Robinson M, et al. Global, regional, and national prevalence of overweight and obesity in children and adults during 1980-2013: a systematic analysis for the global burden of disease study 2013. *Lancet* 2014;**384**:766-81. doi:10.1016/S0140-6736(14)60460-8.
54. Gill T. Epidemiology and health impact of obesity: an Asia Pacific perspective. *Asia Pac J Clin Nutr* 2006;**15** Suppl:3-14.
55. WHO. Global health observatory data repository. Prevalence of insufficient physical activity among adults: data by WHO region. Available at: <http://apps.who.int/gho/data/view.main.2482?lang=en>. Accessed September 30, 2018.
56. The Academy of Medical Sciences, The Academy of Sciences Malaysia. Workshop report: addressing the global health challenge of obesity in Malaysia. Available at: <https://acmedsci.ac.uk/file-download/18861164>. Accessed September 30, 2018.
57. Nakao YM, Miyamoto Y, Ueshima K, et al. Effectiveness of nationwide screening and lifestyle intervention for abdominal obesity and cardiometabolic risks in Japan: the metabolic syndrome and comprehensive lifestyle intervention study on nationwide database in Japan (MetS ACTION-J study). *PLoS One* 2018;**13**:e0190862. doi:10.1371/journal.pone.0190862.
58. Pan WH, Lee MS, Chuang SY, Lin YC, Fu ML. Obesity pandemic, correlated factors and guidelines to define, screen and manage obesity in Taiwan. *Obes Rev* 2008;**Suppl 1**:22-31. doi:10.1111/j.1467-789X.2007.00434.x.
59. Ku PW, Fox KR, McKenna J, Peng TL. Prevalence of leisure-time physical activity in Taiwanese adults: results of four national surveys, 2000-2004. *Prev Med* 2006;**43**:454-7. doi:10.1016/j.ypmed.2006.04.011.
60. 教育部體育署：106年運動現況調查。台北：教育部體育署，2017。
Sports Administration, Ministry of Education, Taiwan, ROC. 2017 Sports Status Survey. Taipei: Sports Administration, Ministry of Education, Taiwan, R.O.C., 2017. [In Chinese]
61. Bauman A, Ainsworth BE, Sallis JF, et al. The descriptive epidemiology of sitting. A 20-country comparison using the International Physical Activity Questionnaire (IPAQ). *Am J Prev Med* 2011;**41**:228-35. doi:10.1016/j.amepre.2011.05.003.
62. WHO. Global action plan on physical activity 2018-2030: more active people for a healthier world. Available at: <http://www.who.int/iris/handle/10665/272722>. Accessed December 25, 2018.

Non-communicable diseases prevention and control: the current status in Taiwan and 5 Western Pacific Countries

WAN-CHEN LIN¹, YU-HWEI TSENG^{2,*}, YI-JING LIN¹, CHUN-JI LIN¹

Objectives: Non-communicable diseases (NCD) are one of the leading causes for global deaths and disabilities, accounting for approximately 68% of deaths. International communities have made it a top priority to reduce the burden of NCD as part of the effort to achieve sustainable development. The study intends to provide policy implications for Taiwan by investigating the trends of premature NCD mortality and risk factors in Taiwan and five other countries in the Western Pacific Region. **Methods:** The paper retrieved 2000-2015 data for five countries from the UN Global SDG Indicators Database and WHO Global Health Observatory Data Repository, including premature NCD deaths, alcohol consumption per capita, prevalence of current tobacco use, and prevalence of overweight and obesity. Data for Taiwan were obtained from databases of national surveillance and surveys. **Results:** Increase in life expectancy was accompanied by a decreasing trend of premature NCD mortality in each country. In Japan and South Korea, premature NCD mortality was relatively low, compared to other countries. In terms of behavioral risk factors, South Korea's alcohol consumption per capita was higher, while China and Vietnam experienced a rising trend. Prevalence of current tobacco use in all countries was decreasing, with the lowest male smoking rate in Taiwan. However, trend of overweight and obesity was on the rise in all countries. Malaysians and Taiwanese males had higher prevalence than other populations. Similarly, physical inactivity rate was higher in these two countries. **Conclusions:** NCD prevention and control in Taiwan need to be strengthened. We suggest that a comprehensive NCD prevention framework be implemented, including development of a surveillance system conducive to monitoring, evaluation and international comparison. (*Taiwan J Public Health*. 2019;38(4):372-385)

Key Words: non-communicable diseases, premature death, health promotion policy

¹ Health Promotion Administration, Ministry of Health and Welfare, Taipei, Taiwan, R.O.C.

² National Research Institute of Chinese Medicine, Ministry of Health and Welfare, No. 155-1, Sec. 2, Linong St., Beitou Dist, Taipei, Taiwan, R.O.C.

³ Institute of Health Policy and Management, College of Public Health, National Taiwan University, Taipei, Taiwan, R.O.C.

* Correspondence author. E-mail: mayeesht@nricm.edu.tw

Received: Mar 6, 2019 Accepted: Jun 19, 2019

DOI:10.6288/TJPH.201908_38(4).108018

評論：台灣與西太平洋五國非傳染性疾病防治現況

非傳染性疾病已經成為今日人類的主要殺手，台灣亦不例外。根據國民健康署的計算，2016年國人死於癌症、心血管疾病、糖尿病、慢性呼吸道疾病、事故傷害等非傳染性疾病的比例高達79%[1]。雖然非傳染性疾病防治的重要性，不言而喻，但遺憾的是，目前衛生福利部尚未提出台灣的國家行動計畫，國內學術期刊亦少有相關政策論著發表，因此對於「台灣與西太平洋五國非傳染性疾病防治現況」一文，表示歡迎。

關於比較國家，該文選擇日本、韓國、中國、馬來西亞及越南等五國，其中日本及韓國與台灣同屬高收入國家，而中國、馬來西亞及越南則屬中低收入國家。建議未來可以增加泰國。泰國不但對東南亞國家具有影響力，21世紀以來在健康體系改革上的成就，包括落實全民健康覆蓋以及健康促進政策等[2,3]，更是中低收入國家的借鏡。

關於比較指標，該文選擇人口健康與健康行為兩類。西太平洋五國的資料來源為：聯合國全球永續發展目標指標資料庫及世界衛生組織全球衛生資料庫。由於台灣不是聯合國會員，難於上述兩個資料庫中找到數據，作者們的辛苦與努力可想而知，但也期望衛生福利部能在短期內建立非傳染性疾病指標統計平台，以利規劃與評估台灣的國家行動計畫，並與全球防治行動接軌。

該文係實務研究，研究結果可以提供台灣社會「看看別人，想想自己」的機會。值得一提的是，台灣的平均餘命一向高於韓國，但該文卻發現：不但在上世紀末韓國女性平均餘命即已超過台灣，男性平均餘命也在2005年超過台灣。希望論文的刊登，有助於喚醒社會對韓國平均餘命快速增加的重視[4]，並且深入探討「韓國能，台灣為什麼不能？」

最後，該文清楚指出自己的研究限制之一，是未探討健康的社會決定因素。降低吸菸率及酒精消費量、減少過重與肥胖以及身體活動不足等，都是非傳染性疾病防治的健康行為指標，但是改變個人健康行為，不等於公共衛生的總目標：增進人口健康。無論考察公共衛生典範的演進[5]，或是根據世界衛生組織的全球行動計畫[6]，我們都可以發現：要追求更健康的台灣，非傳染性疾病防治不但要鼓勵個人養成健康生活習慣，更要創造有利健康促進的大社會環境。

參考文獻

1. 衛生福利部國民健康署：2017國民健康署年報。台北：衛生福利部國民健康署，2018；31。
Health Promotion Administration, Ministry of Health and Welfare, R.O.C. (Taiwan). 2018 Annual Report. Taipei: Health Promotion Administration, Ministry of Health and Welfare, R.O.C. (Taiwan), 2018; 31.
2. Towse A, Mills A, Tangcharoensathien V. Learning from Thailand's health reforms. *BMJ* 2004;**328**:103-5. doi:10.1136/bmj.328.7431.103.
3. Pongutta S, Suphanchaimat SR, Patcharanarumol W, Tangcharoensathien V. Lesson from the Thai Health Promotion Foundation. *Bull World Health Organ* 2019;**97**:213-20. doi:10.2471/BLT.18.220277.
4. Yang S, Khang YH, Harper S, Davey Smith G, Leon DA, Lynch J. Understanding the rapid increase in life expectancy in South Korea. *Am J Public Health*. 2010;**100**:896-903. doi:10.2105/AJPH.2009.160341.
5. 江東亮：社會與健康—超越全民健保。台北：三民書局，2017；12-5。
Chiang TL. Society and Health: Beyond the National Health Insurance. Taipei: San Min, 2017; 12-5. [In Chinese]
6. WHO. Global Action Plan for the Prevention and Control of NCDs 2013-2020. Geneva: WHO, 2013.

江東亮

國立台灣大學公共衛生學院健康政策與管理研究所
地址：台北市中正區徐州路17號

E-mail: tlchiang@ntu.edu.tw

DOI:10.6288/TJPH.201908_38(4).10801801