

以實證預防及診療指引推動 健康照護：政府觀點

衛生福利部 國民健康署
王英偉 署長

2017年2月18日

大綱

- 一、前言
- 二、健康威脅-台灣現況
- 三、國民健康署使命、願景與核心價值
- 三、實證轉譯：
 - 婦幼健康、肥胖防治、戒菸服務、疾病篩檢、慢性疾病預防運用及研發指引
- 四、監測與實證研究之政策支援
- 五、未來展望

World Health Organization

English Français Русский Español

Health topics Data Media centre Publications Countries Programmes Governance About WHO

Evidence-Informed Policy Network

What is EVIPNet?

EVIPNet is a knowledge translation platform (KTP) established by the World Health Organization (WHO) in 2005 to promote the systematic use of health research evidence in policy-making.

Focusing on low- and middle-income countries (LMICs), it promotes sustainable partnerships at the country level between policy-makers, researchers and civil society in order to facilitate policy development and implementation through the use of the best scientific evidence available. The network brings together country teams, which are coordinated at both regional and global levels.

<http://www.who.int/evidence/about/en/>

Evidence-based health policy: A preliminary systematic review

Health Education Journal
69(1) 43-47
© The Author(s) 2010
Reprints and permission: sagepub.
co.uk/journalsPermissions.nav
DOI: 10.1177/0017896910363328
<http://hej.sagepub.com>
SAGE

Gareth Morgan

Planning and Development Manager, Carmarthenshire Local Health Board, Parc Dafen, Llanelli, Wales, UK

Abstract

Objective: The development of evidence-based health policy is challenging. This study has attempted to identify some of the underpinning factors that promote the development of evidence based health policy.

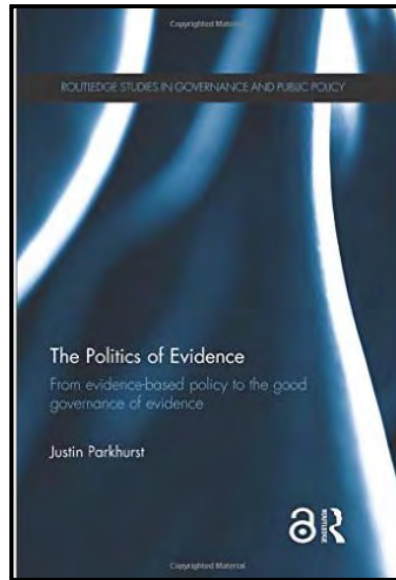
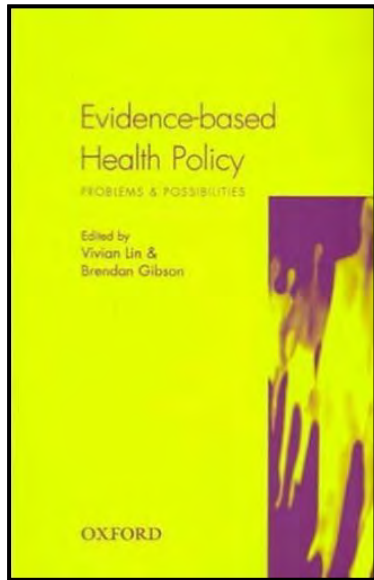
Methods: A preliminary systematic literature review of published reviews with 'evidence based health policy' in their title was conducted using PubMed as a search engine. The identified papers were critically analysed using a 'realist review' method, driven by the question 'What works for whom in what circumstances and in what respects?'

Results: Eight published reviews met the search criteria. Following the 'realist review', six factors that underpin the development of evidence-based health policy were identified. They are: (i) the importance and value of having multi-disciplinary teams; (ii) the need to have a broad evidence base to draw upon; (iii) the circular relationship between research and policy; (iv) the need for policy implementation to be locally sensitive; (v) the benefit of stakeholder involvement; (vi) support by the national Government.

Conclusion: The six factors identified provide a framework for consideration for those whose work involves evidence-based health policy development. As a corollary, the failure to satisfy these factors in evidence-based health policy development may lead to resistance to policy change and further work is warranted.

Keywords

evidence-based health policy, underpinning factors



實證醫學五大步驟

- Ask: 使用PICO 形成精確的問題
- Acquire: 搜尋最佳證據，認識證據等級
- Appraise: 嚴格的評析證據
- Apply: 應用實證醫學於日常醫療服務中
- Audit: 檢討應用結果

Patient centered

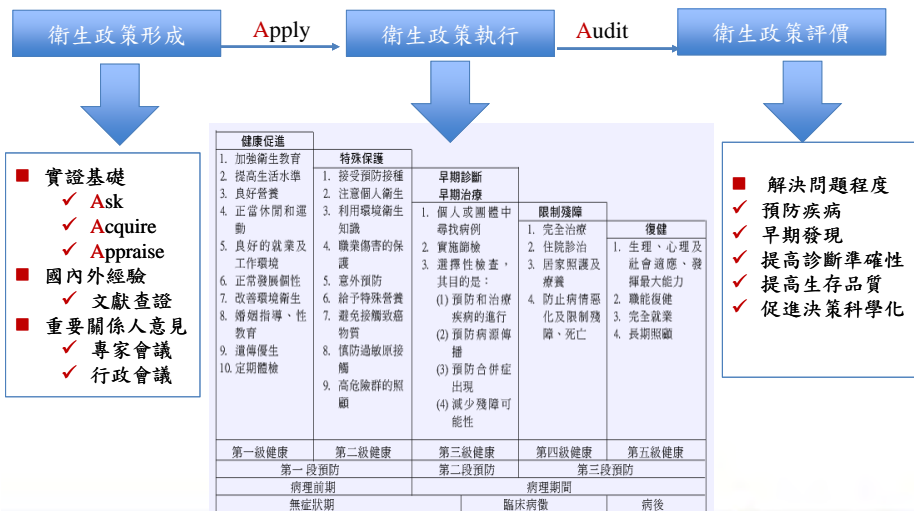
目的

- 解決臨床實際問題
- ✓ 認識和預防疾病
- ✓ 提高診斷準確性
- ✓ 使用有效的措施改善預後
- ✓ 提高生存品質
- ✓ 促進決策科學化



台灣實證醫學學會

政策執行 Vs 三段五級預防服務



圖表取材自阮玉梅等 (2003)。《公共衛生護理學》(頁1-11)。台北：啟英。

二、健康威脅-台灣現況

臺灣健康平均餘命及平均壽命之差距

10年來我國健康平均餘命提高1.4歲，不健康之存活年數隨人口老化現象有增長趨勢



健康平均餘命及平均壽命兩性差距 (2013年)

	女性	男性	差距
平均壽命 (歲)	83.4	76.9	6.5
健康平均餘命 (歲)	73.6	68.9	4.7

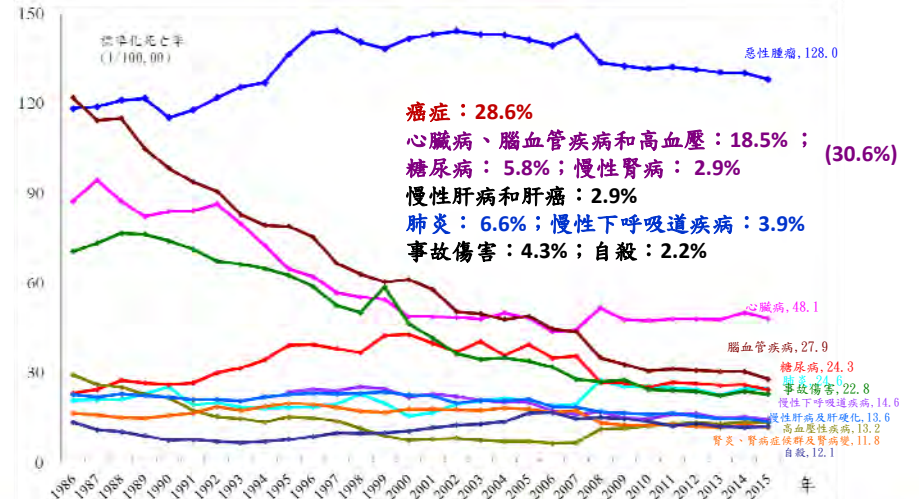
資料來源：衛生福利部、內政部

- 平均壽命之差異歸因於兩性健康行為和生活模式不同
- 女性平均壽命較長，但年老時臥病失能時間也相對較長

資料來源：衛生福利部、內政部。

資料來源：國民幸福指數年報，2015

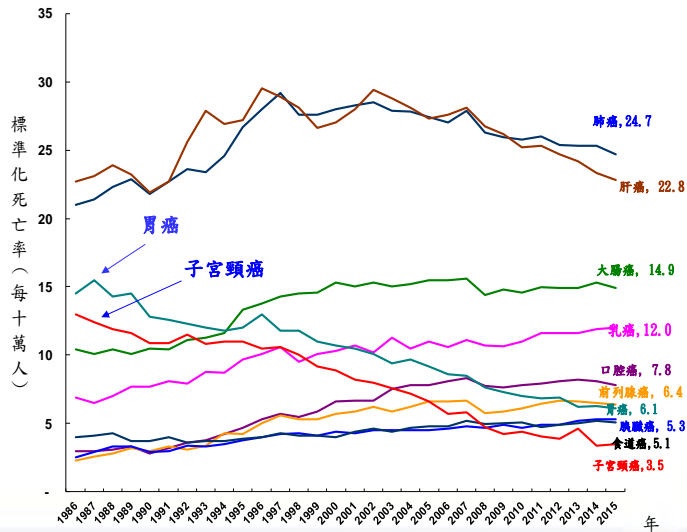
十大死因死亡率長期趨勢



- 癌症：28.6%
- 心臟病、腦血管疾病和高血壓：18.5%；(30.6%)
- 糖尿病：5.8%；慢性腎病：2.9%
- 慢性肝病和肝癌：2.9%
- 肺炎：6.6%；慢性下呼吸道疾病：3.9%
- 事故傷害：4.3%；自殺：2.2%

資料來源：衛生福利部死因統計，2015年

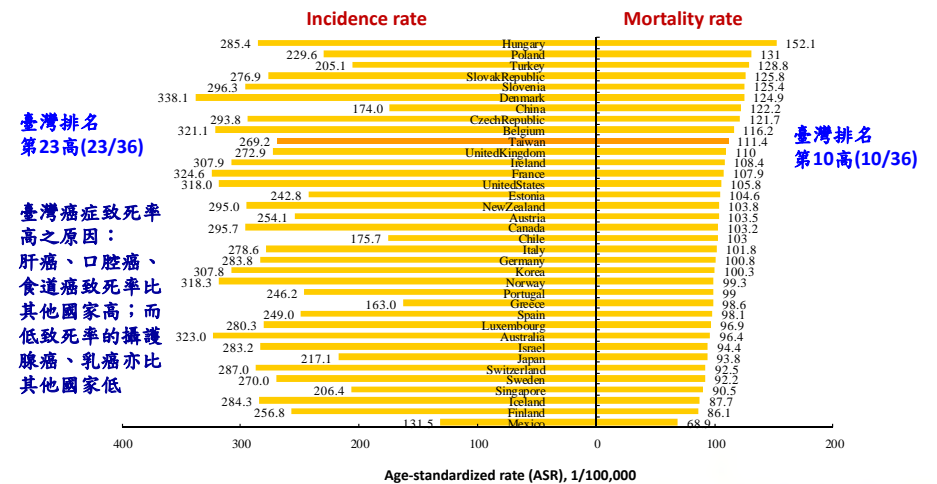
歷年臺灣十大癌症歷年死亡率趨勢



- 肝癌、肺癌、胃癌、子宮頸癌等標準化死亡率呈現下降
- 乳癌、口腔癌、食道癌等標準化死亡率呈現上升
- 大腸癌標準化死亡率呈現穩定趨勢

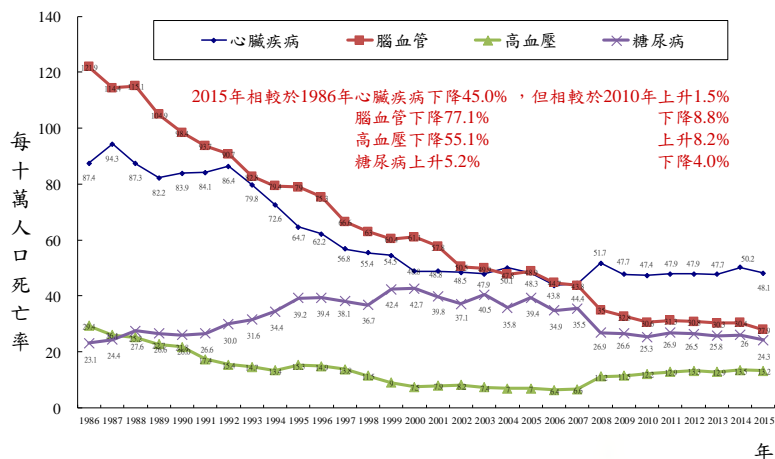
資料來源：衛生福利部統計處2015年死因統計數據

臺灣與OECD國家之惡性腫瘤死亡率與發生率



註：1. 36個國家：33個為OECD國家(OECD國家共計34個，其中荷蘭無資料)；台灣、中國及新加坡非OECD國家
 2. 資料來源：(1) GLOBOCAN 2012, IARC
 (2) 2013年台灣癌症登記資料不含原位癌(以WHO 1976標準人口標準化)
 (3) 2014年衛生署統計室死因資料(以WHO 1976標準人口標準化)

國人心血管疾病及糖尿病標準化死亡率 (1986-2014年)

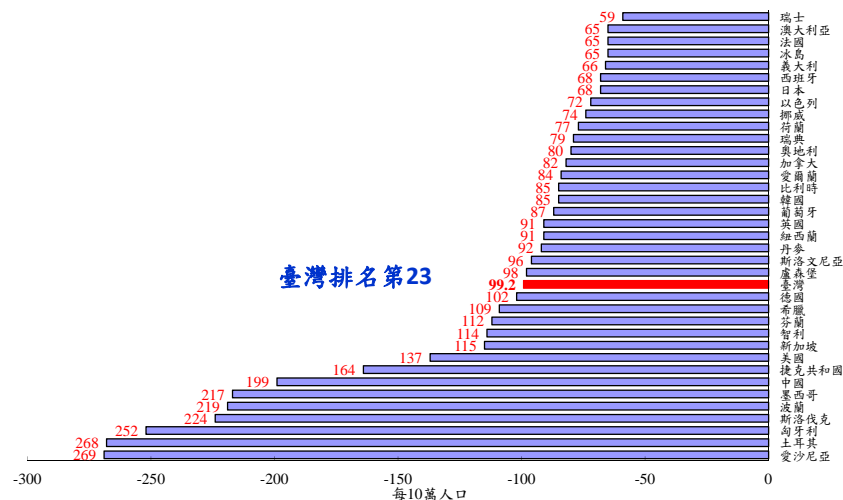


資料來源：1. 衛生福利部統計處死因登記檔。
 2. 內政部戶政司年底人口資料。

備註：1. 年中人口數係以內政部公布之年底人口數自行計算。
 2. 以2000-2025年W.H.O.世界人口年齡結構為基準。

3. 死因分類碼參考WHO The global burden of disease: 2004 update_Annex C。

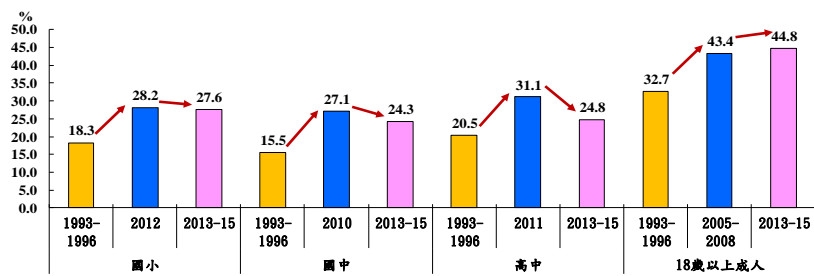
台灣與OECD國家(34+3個國家)之心血管及糖尿病標準化死亡率(30~70歲)(2008年)



資料來源：WHO World Health Statistics 2013，衛生福利部死因統計檔
 備註：標準化死亡率係以2000-2025年WHO世界人口年齡結構為基準

臺灣過重及肥胖盛行率

- 臺灣過重及肥胖盛行率上升趨勢已減緩。
- WHO於2013年第66屆世界衛生大會通過「2013-2020年防治非傳染病全球行動計畫」，提出於2025年要實現九大自願性目標，包括**遏止肥胖盛行率上升**。

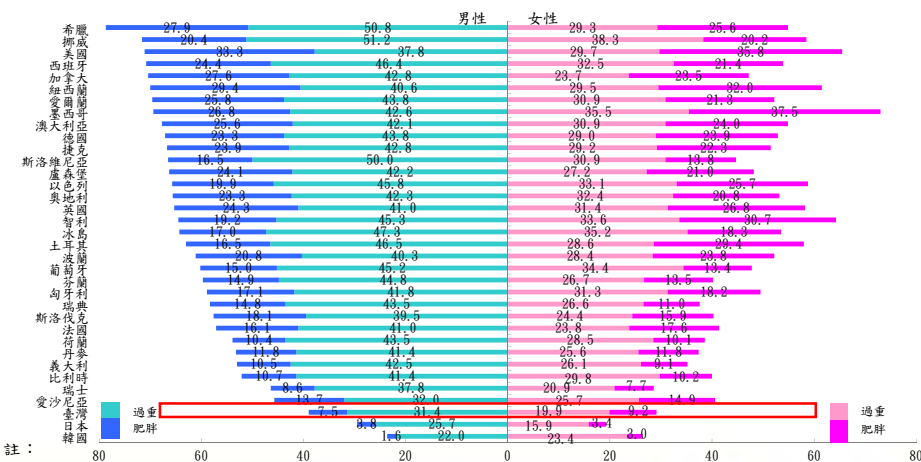


資料來源：國民營養健康狀況變遷調查，*13-18歲者為青少年。

備註：1. 國小、國中及高中學生之BMI標準係依據105年衛生福利部「兒童青少年生長身體質量指數(BMI)建議值」。
 2. 成人為18歲以上數據，其中2005-2008年為19歲以上數據，過重及肥胖為BMI ≥ 24 kg/m²。

臺灣與OECD會員國國家成人男女性過重及肥胖盛行率比較

臺灣(男性)與OECD共35國相比排行第33
 臺灣(女性)與OECD共35國相比排行第32



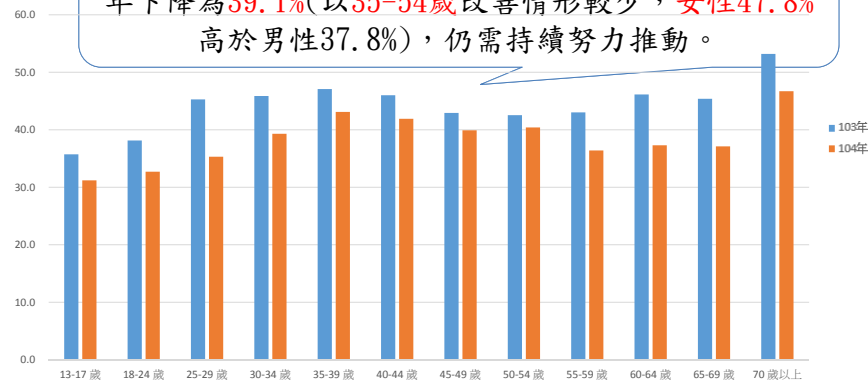
註：1. 過重：25 ≤ BMI < 30 kg/m²，肥胖：BMI ≥ 30 kg/m²，過重及肥胖：BMI ≥ 25 kg/m²。

2. 國際資料來源：Global Prevalence of Adult Overweight & Obesity (World Obesity Federation, 2016)。

3. 台灣資料來源：2013-2015國民營養健康狀況變遷調查(NHNSIT, 2013-2015)。

103-104年我國民眾身體活動不足情形

18歲以上成人身體活動不足比率由103年為44.9%至104年下降為39.1%(以35-54歲改善情形較少，女性47.8%高於男性37.8%)，仍需持續努力推動。

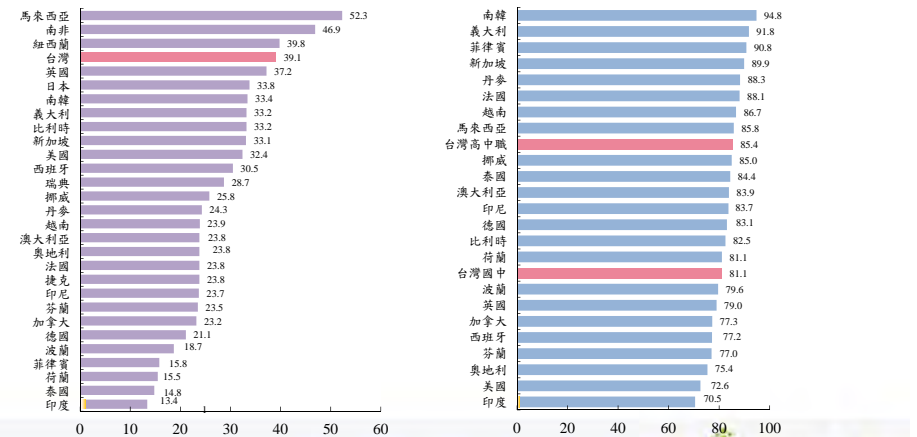


- 資料來源:103年及104年教育部體育署運動城市調查。
- 身體活動不足率定義：不符合每周小於150分鐘中強度身體活動，及不符合每周小於75分鐘高強度身體活動，及不符合600 met者(與WHO定義一致)。

國際身體活動不足現況

18歲以上成人：台灣103年為44.9%，104年下降為39.1%。

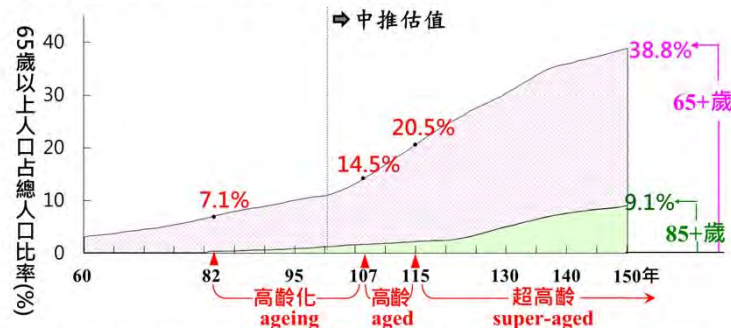
11-17歲兒童及青少年：台灣104年高中職(15-18歲)為85.4%，103年國中(12-14歲)為81.1%。



- 資料來源：WHO Global Status Report on NCD (2014)；104年運動城市調查(成人)；103年、104年本署GSHS調查(兒童青少年)。
- 身體活動不足率定義：未達WHO對於各年齡層身體活動建議量者。

臺灣高齡化時程

- 我國已於82年成為高齡化社會，推估將於107年邁入高齡社會，115年邁入超高齡社會
- 150年每10人中，約有4位是65歲以上老年人口，而此4位中則將近有1位是85歲以上之超高齡老人



說明：國際上將65歲以上人口占總人口比率達到7%、14%及20%，分別稱為高齡化社會、高齡社會及超高齡社會。

資料來源：國家發展委員會「中華民國人口推估(105至150年)」，105年8月。

65歲以上老人慢性病及多重共病狀況

性別	1項以上	2項以上	3項以上
全	86.3%	68.5%	47.2%
男性	84.2%	64.0%	40.5%
女性	88.1%	72.5%	53.1%

備註：1.樣本數：3203人(男性1525人、女性1678人)

2.慢性病包括:高血壓、糖尿病、心臟病、中風、肺或呼吸道疾病(慢性阻塞性肺疾病、氣喘)、關節炎、胃潰瘍或十二指腸潰瘍、肝膽疾病(不包括肝癌、膽囊癌)、髖骨骨折、白內障、腎臟疾病、痛風、脊椎骨骨刺、骨質疏鬆、癌症、高血脂、貧血等17項。

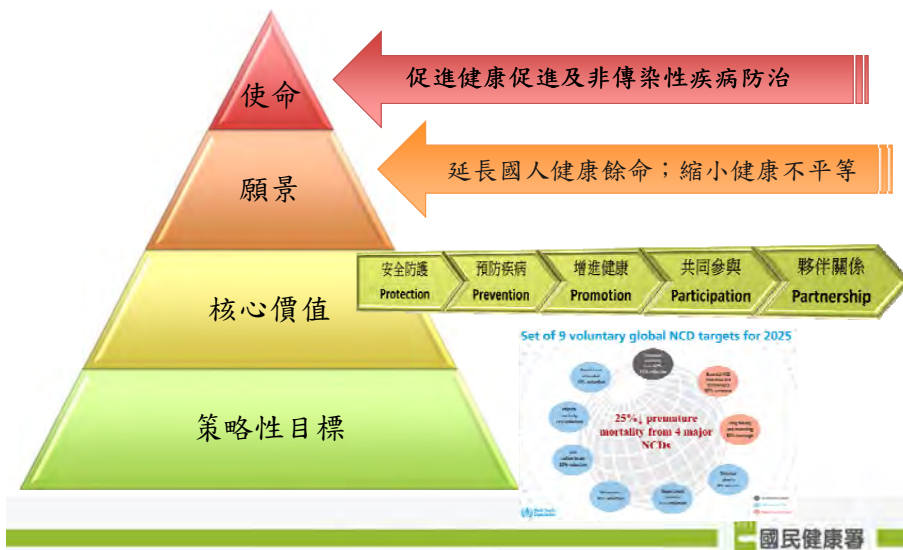
3.百分比經加權處理。

4.資料來源：國民健康署102年「國民健康訪問調查」。

5.(英國共同危險因子a single family of disease: coronary heart disease, stroke, hypertension, hypercholesterolemia, diabetes, chronic kidney disease, peripheral arterial disease and vascular dementia)

三、國民健康署使命、願景與核心價值-以實證為基礎的防治服務

組織使命、願景與核心價值



組織使命

促進健康促進及非傳染性疾病防治

提升健康識能 力行健康生活型態
 普及預防保健 推廣有效預防及篩檢
 提升健康照護品質 改善慢性病控制及預後
 營造友善支持環境 增進健康選擇及公平

禮堂

天堂

- 安寧療護
- 癌症病友服務
- 癌症診療品質認證
- 腎臟疾病管理
- 糖尿病疾病管理
- 戒菸服務
- 癌症篩檢
- 成人預防保健服務
- 學生健康檢查
- 斜視視力檢查
- 學齡前兒童視力篩檢
- 新生兒及兒童預防保健
- 新生兒篩檢
- 母乳哺育
- 孕產婦及嬰幼兒營養與保健
- 孕婦產前檢查及指導
- 新婚夫妻健康手冊
- 避孕諮詢

完備基礎建設，強化法令、監測與研究、教育訓練、國內外合作

組織核心價值



- **安全防護 (Protection) :**
不讓全體國民健康受到危險因子影響
- **預防疾病 (Prevention) :**
從飲食、運動、篩檢等做到疾病防治
- **增進健康 (Promotion) :**
從形塑健康生活環境，增進健康選擇與公平
- **共同參與 (Participation) :**
讓全體國民都能參與健康促進推動
- **夥伴關係 (Partnership) :**
需要產、官、學、民、媒跨域攜手合作

策略性目標 (1)



Element	Indicators	Base, 2010	Target (WHO 25X25), 2025
Premature mortality from NCD	Unconditional probability of dying between ages of 30 and 70 from cardiovascular diseases (%)	3.64	2.73 (25%↓)
	Unconditional probability of dying between ages of 30 and 70 from cancer (%)	7.97	5.98 (25%↓)
	Unconditional probability of dying between ages of 30 and 70 from diabetes (%)	1.16	0.87 (25%↓)
	Unconditional probability of dying between ages of 30 and 70 from chronic respiratory disease (%)	0.54	0.40 (25%↓)

策略性目標 (2)



Element	Indicators	Base, 2010	Target (WHO 25X25), 2025
Physical inactivity	Adult physical inactivity (%) (臺灣：成人每週中等強度活動時間不足150分鐘)	44.3 (2014)	39.9 (10%↓)
	Adolescent physical inactivity (%) (臺灣：過去一週青少年每天運動累計達60分鐘以上，運動程度達心跳加速且有時會喘。)	國中 92.8 (2010)， 高中職 95.2 (2011)	國中 83.5， 高中職 85.7 (10%↓)
Salt/sodium intake	Adult salt(sodium chloride) intake (gram) (臺灣：成人每日鹽分攝取之克數。)	男 11.2，女 8.8 (2013 NAHSIT)	男 7.8，女 6.2 (30%↓)
Tobacco use	Adult smoking rate (%) (臺灣：成人吸菸人口比率)	19.8	13.9 (30%↓)
	Adolescent smoking rate (%) (臺灣：指青少年過去30天內曾經嘗試吸菸，即使只吸一、兩口)	國中 8 (2010)， 高中職 14.7 (2011)	國中 5.6， 高中職 10.3 (30%↓)

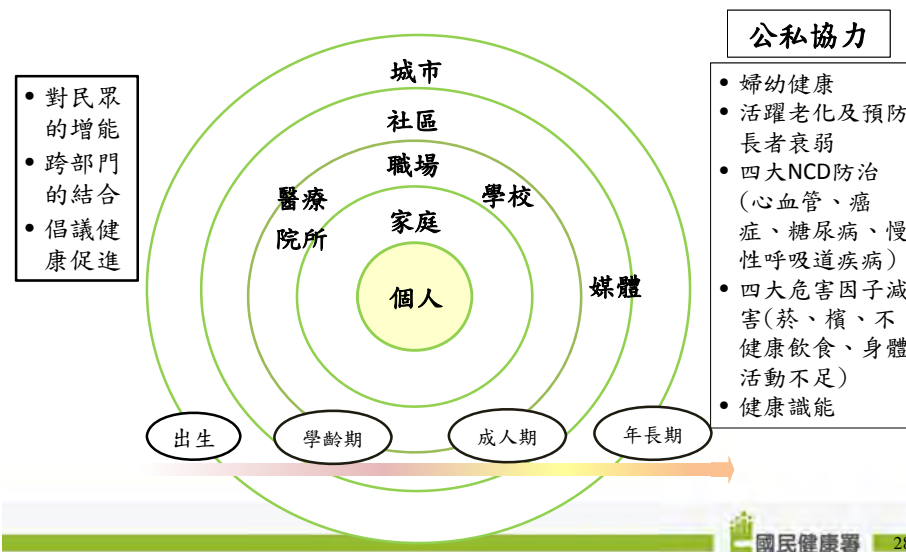
策略性目標 (3)

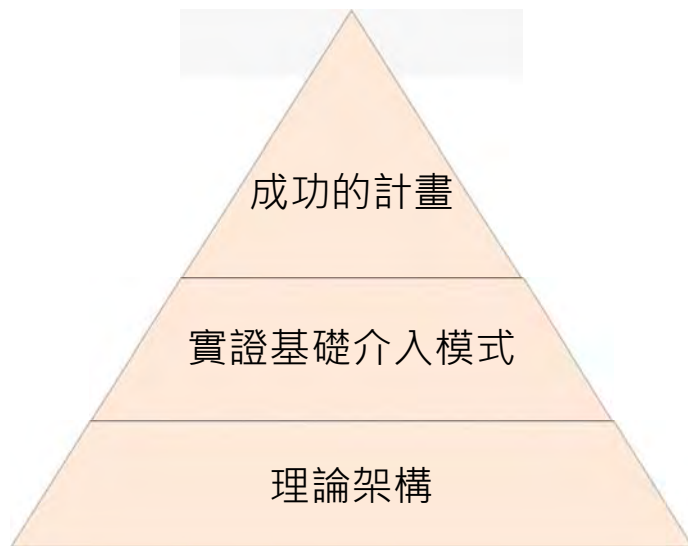


Element	Indicators	Base, 2010	Target (WHO 25X25), 2025
Raised blood pressure	Adult raised blood pressure (%)	8.1 (2005-2008 NAHSIT)	6.1 (25%↓)
Diabetes and obesity	Adult raised blood glucose / diabetes (%)	8.1 (2005-2008 NAHSIT)	8.1 (Halt the raise)
	Adult overweight and obesity (%) (臺灣：成人過重及肥胖(BMI≥25)盛行率，2005-2008 NAHSIT調查資料為20歲以上人口)	38.5 (2005-2008 NAHSIT)	38.5 (Halt the raise)
	Adolescent overweight and obesity (%) (臺灣：以「兒童及青少年生長身體質量指數建議值」為參考切點)	國中 30.1，國小 29.9	國中 30.1， 國小 29.9 (Halt the raise)

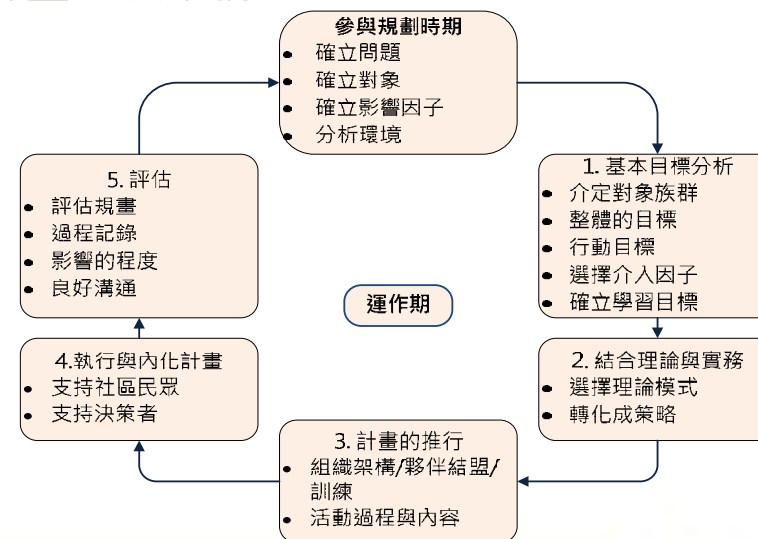
策略目標-營造全面性健康支持環境

Let's work together!





計畫發展架構



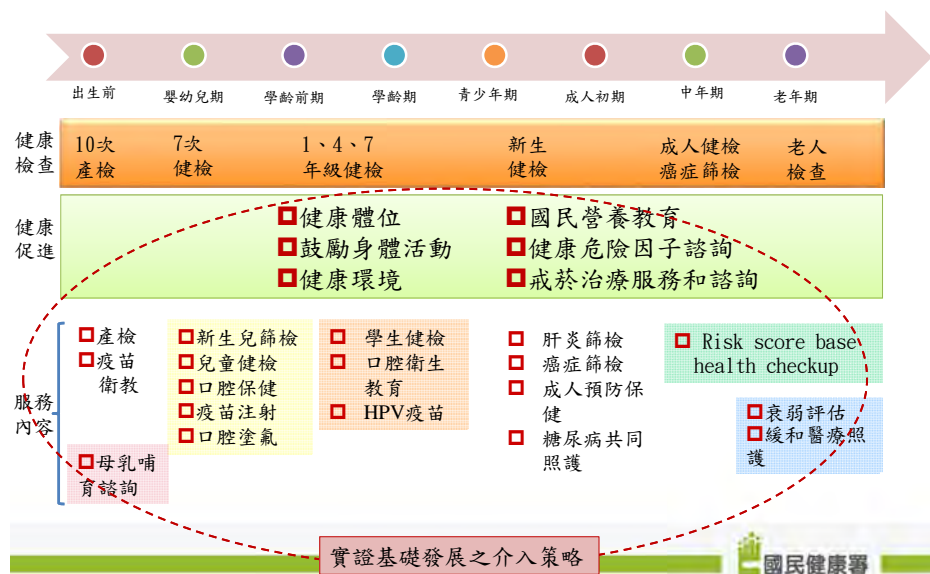
三、實證轉譯-婦幼健康、肥胖防治、菸害防治、疾病篩檢、慢性疾病預防運用及研發指引

U.S Preventive Services TASK FORCE建議等級

Grade	Definition	Suggestions for Practice
A	The USPSTF recommends the service. There is high certainty that the net benefit is substantial.	Offer or provide this service.
B	The USPSTF recommends the service. There is high certainty that the net benefit is moderate or there is moderate certainty that the net benefit is moderate to substantial.	Offer or provide this service.
C	The USPSTF recommends selectively offering or providing this service to individual patients based on professional judgment and patient preferences. There is at least moderate certainty that the net benefit is small.	Offer or provide this service for selected patients depending on individual circumstances.
D	The USPSTF recommends against the service. There is moderate or high certainty that the service has no net benefit or that the harms outweigh the benefits.	Discourage the use of this service.
I Statement	The USPSTF concludes that the current evidence is insufficient to assess the balance of benefits and harms of the service. Evidence is lacking, of poor quality, or conflicting, and the balance of benefits and harms cannot be determined.	Read the clinical considerations section of USPSTF Recommendation Statement. If the service is offered, patients should understand the uncertainty about the balance of benefits and harms.

- A** 建議提供服務，高度確定其服務有高度效益
- B** 建議提供服務，高度確定其服務有中度以上效益
- C** 不建議定期提供服務，需考慮病患狀況來提供，中度確定其服務有輕度效益
- D** 不建議提供服務，中度或高度以上確定其服務的傷害大於好處
- I** 缺乏足夠證據證明其服務利弊是否平衡

全生命週期之健康促進服務



以婦幼健康為例

孕婦乙型鏈球菌篩檢之實證及國際作法

一、實證

- 英國國家婦幼健康合作中心產前照護準則(NCCWCH, 2008)：於妊娠35-37週時進行培養檢測之敏感度及特異度最佳。
- 美國疾病管制局GBS預防準則(CDC, 2010)：建議所有孕婦在妊娠第35至37週期間篩檢GBS。

二、國際作法

- 加拿大(SOGC, 2011)：醫生普遍有2種作法，一是對所有孕婦於妊娠35-37週檢測；二是對高風險孕婦檢測
- 西澳(WADH, 2015)：所有孕婦於妊娠35-37週檢測

35

提供孕婦需進行乙型鏈球菌之篩檢

- 乙型鏈球菌(簡稱GBS；Group B Streptococcus)是周產期嚴重感染之主要致病菌，亦為新生兒細菌感染疾病中最常見之細菌，可能經產道感染給新生兒而引起敗血症、腦膜炎、肺炎等，造成新生兒死亡。
- 依國內研究資料，台灣孕婦產道帶有乙型鏈球菌之帶菌率約18%，新生兒感染致死率約10至13%，感染後神經系統後遺症者約15%
- 本署自99年起，優先提供低收入戶孕婦GBS之檢驗費用補助，於101年全面補助所有孕婦，採每例定額補助500元，於懷孕第35週至37週進行篩檢

36

國內孕婦乙型鏈球菌篩檢之推動成效

- 105年加入孕婦乙型鏈球菌篩檢補助服務方案之產檢院所計541家，涵蓋97.9%之產檢婦女，補助17萬7,758案，篩檢率為83.7%；陽性個案數為37,625案，陽性率約21.2%，與國內外相關文獻資料之帶菌率相近（18%至25%）。
- 103至104年委託「探討我國推動孕婦乙型鏈球菌篩檢服務品質及成效」計畫，研究顯示，全面篩檢後，陽性孕婦接受抗生素治療者占94.31%，新生兒感染相關指標皆有改善。顯示GBS篩檢實施有成效。

GBS篩檢	早發性GBS相關疾病感染率	晚發性GBS相關疾病感染率	罹患早發性GBS相關疾病致死率	罹患早發性GBS相關疾病致神經系統後遺症	罹患晚發性GBS相關疾病致神經系統後遺症
補助前 (2005/1/1-2009/12/31)	0.28‰	0.13‰	5.26%	18.42%	11.11%
補助後 (2012/4/15-2013/12/31)	0.16‰	0.04‰	0.00%	0.00%	0.00%

37

母乳哺育之實證基礎

母乳哺育的好處	母親	降低罹患乳癌與卵巢癌的可能性
	嬰兒	降低耳朵感染、呼吸道感染及腸胃道感染的可能性
	兒童	降低氣喘、第二型糖尿病及肥胖的可能性
介入措施	介入措施可促進與支持純母乳哺育率的提升、儘早哺乳及延長哺乳期。多重介入措施包含下列方式：	
	1. 對產婦及其家人的正式母乳哺育衛生教育	
	2. 對媽媽哺乳階段的直接支持	
實施	3. 醫護人員的哺乳技巧訓練	
	4. 母嬰親善醫療院所措施如早期肌膚接觸、親子同室等	
	藉由資深領導者的支持進行多重介入措施，能延續母乳哺育時間，推動愛嬰醫院有助於純母乳哺育率之提升，其效能至少達產後6個月。	

※促進與支持母乳哺育 USPSTF建議等級：B

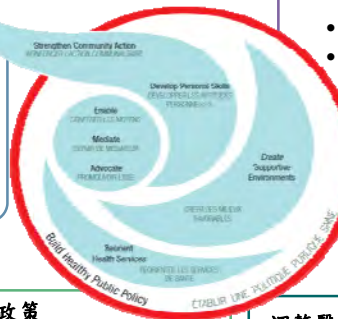
以肥胖防治為例

促進國民健康飲食及身體活動

- 以WHO渥太華憲章五大行動綱領為依據，推行肥胖防治各項策略。

強化社區行動力

- 推動社區導入營養衛生教育
- 結合社區團體，推動健康促進活動



發展民眾健康生活技能

- 建置免費諮詢服務專線提供民眾健康體重管理、飲食及生活化運動諮詢
- 結合「我的餐盤」圖像進行健康傳播
- 配合年節辦理多元宣導活動，營造健康飲食與體重管理的社會氛圍及動力

建構健康支持環境

- 社區動態生活營造及致胖環境檢視，建立運動地圖
- 推廣低碳在地食材，引導食品餐飲產業健康化發展

制訂健康公共政策

- 營造健康城市及各健康促進場域
- 國民營養及健康飲食促進法立法
- 肥胖白皮書
- 監測國人體位趨勢

調整醫療服務方向

- 輔導醫療院所轉化為健康促進與預防醫學，設立提示系統，對病患及民眾主動提供健康促進服務及開立運動處方

39

40

肥胖防治工作重點(含健康飲食及身體活動)



■ 參考美國CDC2009年發展策略及測量指標工具「Recommended community strategies and measurements to prevent obesity in the United States: Implementation and Measurement Guide」，於100年發展臺灣本土化社區肥胖防治環境評估工具，分「飲食、運動及參與」等三面向，共19項策略致胖環境檢視及改善工具。

一、飲食	策略1 提高在公立場所選擇健康餐飲的便利性
	策略2 民眾買得起健康食物
	策略3 在公立場所應限制非健康食品的供應
	政府健康採購政策 策略4 在公立場所是否有吃到飽餐廳
	策略5 限制非健康食物廣告
	策略6 限制含糖飲品的消費
可獲得性 (其他)	策略7 改善民眾取得健康食物的便利性
	策略8 獎勵在地農產品生產、配送與銷售
母乳哺育	策略9 鼓勵母乳哺育
二、運動	策略10 要求學校落實身體活動教育
	策略11 增加學生課外身體活動的機會
校園	策略12 在立案的幼托機構限制每日營業時間少於2小時
	策略13 支持學校位於步行容易到達的範圍內
設施	策略14 增加步行的基礎設施
	策略15 改進戶外休閒遊憩設施的便利性
	策略16 改善公共交通運輸工具的便利性
	策略17 加強民眾活動場所的個人安全
安全	策略18 加強民眾步行或騎自行車的交通安全
	策略19 鄉鎮市區公所參與，動員社區組織
三、參與	

健康體能工作重點

■ 製作身體活動指引

□ 依WHO於2010年「Global recommendations on physical activity for health」建議，發展我國各年齡層及不同族群身體活動指引。



5-17歲兒童和青少年：
WHO建議每天累計至少60分鐘中等程度到費力身體活動。



18-64歲以上成年人：
WHO建議每週至少150分鐘中等程度身體活動。



65歲以上高齡者：
WHO建議每週至少150分鐘中等費力身體活動，建議增加平衡及防跌之身體活動。

■ 結合各健康促進場域通路，推廣多元運動

□ 結合職場、醫院、學校、社區之各場域健康促進工作，推廣多元運動。
□ 鼓勵縣市辦理多元運動活動、推廣「上班族健康操」及「高齡者健康操」



■ 結合跨部會資源，推動國人健康體能

□ 持續與教育部體育署進行跨部會合作，並組成工作小組
□ 透過「研究成果共享」、「活動支援協助」等，強力促進國民體適能。

國民營養工作重點

■ 積極推動「國民營養及健康飲食促進法」立法

□ 依聯合國大會2016年3月認可之「營養問題羅馬宣言」及「行動框架」架構檢視草案內容及修正「國民營養及健康飲食促進法」草案。

■ 修訂我國飲食指南，推動社區營養教育

□ 參考主要國家相關指引及國際實證研究，修定我國「每日飲食指南與指標」及生命週期營養單張。
□ 辦理社區營養衛生教育示範點，建立社區營養教育模式，營造健康飲食環境。

■ 立法管制：

□ 參考各國立法，訂定不健康食品不得於兒童頻道刊播廣告及促銷、限制使用反式脂肪等。



■ 以戒菸服務為例

醫事機構戒菸服務補助計畫

- 落實WHO「菸草控制框架公約(FCTC)」第14條之建議：應以實證為基礎及考量國家現況規劃戒菸服務體系，並採取有效策略推展戒菸服務。
- 增加服務可近性，提供可負擔的、多元化的戒菸服務，並普及至全國鄉鎮市區與場所。
- 自101年3月推動「實施二代戒菸治療試辦計畫」
 - 戒菸藥品比照一般健保繳交20%、最高200元之部分負擔
 - 住院、急診亦可戒菸：把握機會，不限門診
 - 個案管理，全程追蹤：3個月及6個月個案追蹤
 - 101年9月1日開辦社區藥局給藥、戒菸衛教暨個案管理
 - 103年5月將牙醫師納入戒菸服務團隊

二代戒菸服務經費來自菸品健康福利捐

戒菸給付的影響

Treatment	Number of arms	Estimated odds ratio (95% C.I.)	Estimated intervention rate (95% C.I.)
Individuals with no covered health insurance benefit	3	1.0	8.9
Individuals with the benefit	3	2.3 (1.8-2.9)	18.2 (14.8-22.3)

介入比率

Treatment	Number of arms	Estimated odds ratio (95% C.I.)	Estimated quit attempt rate (95% C.I.)
Individuals with no covered benefit	3	1.0	30.5
Individuals with the benefit	3	1.3 (1.01-1.5)	36.2 (32.3-40.2)

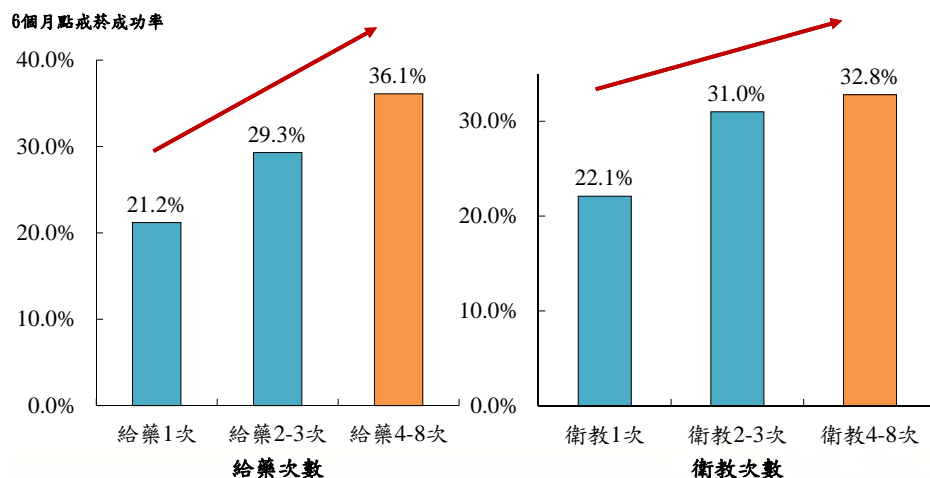
嘗試戒菸比率

Treatment	Number of arms	Estimated odds ratio (95% C.I.)	Estimated abstinence rate (95% C.I.)
Individuals with no covered benefit	3	1.0	6.7
Individuals with the benefit	3	1.6 (1.2-2.2)	10.5 (8.1-13.5)

成功率

政策轉譯：戒菸藥費由菸捐補助，戒菸服務利用者比照現行一般健保藥品僅須繳交20%以下、最高200元之部分負擔
(醫資缺乏地區可再減免20%；低收入戶、山地暨離島地區全免)

戒菸藥物或衛教次數越多，成功率越高



統計時段：105年1-6月

藥物 + 諮商 比 藥物 有效

Treatment	Number of arms	Estimated odds ratio (95% C.I.)	Estimated abstinence rate (95% C.I.)
Medication alone	8	1.0	21.7
Medication and counseling	39	1.4 (1.2-1.6)	27.6 (25.0-30.3)

藥物 + 諮商 比 諮商 有效

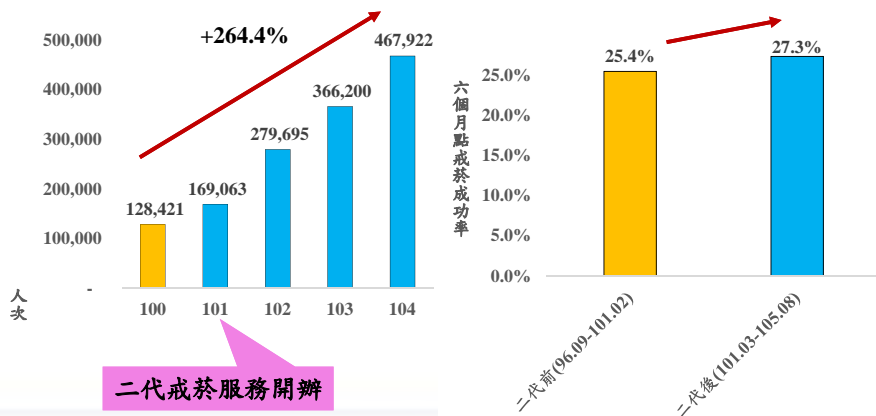
Table 6.24. Meta-analysis (2008): Effectiveness of and estimated abstinence rates for the combination of counseling and medication vs. counseling alone (n = 9 studies)^a

Treatment	Number of arms	Estimated odds ratio (95% C.I.)	Estimated abstinence rate (95% C.I.)
Counseling alone	11	1.0	14.6
Medication and counseling	13	1.7 (1.3-2.1)	22.1 (18.1-26.8)

政策轉譯：藥費依公告額度補助 + 戒菸衛教暨個案管理費

服務量逐年提升，戒菸成功率高

二代戒菸開辦至104年底服務超過126萬人次，幫助超過9.8萬人成功戒菸



以癌症篩檢為例

WHO建議的癌症篩檢

Table 1. Recommended activities for early detection of selected cancers

Site of cancer	Activities for	
	Early diagnosis	Screening
Breast	Yes	Yes ^a
Cervix	Yes	Yes
Colon and rectum	Yes	Yes ^b
Oral cavity	Yes	Yes
Naso-pharynx	Yes	No
Larynx	Yes	No
Lung	No	No
Oesophagus	No	No
Stomach	Yes	No
Skin melanoma	Yes	No
Other skin cancers	Yes	No
Ovary	No	No
Urinary bladder	Yes	No
Prostate	Yes	No
Retinoblastoma	Yes	No
Testis	Yes	No

^a Screening for breast cancer using mammography is recommended in high-resource settings only.
^b In high-resource settings only.

- ◆ 乳癌、子宮頸癌、直腸癌、口腔癌、腔道癌、四項癌症篩檢已被證實為有效的癌症篩檢。
- ◆ 臺灣是第一個全面推廣WHO建議之四項癌症篩檢之國家。

Sources: WHO, 2007

大腸癌篩檢對象與工具—美國預防醫學委員會(USPSTF)的建議

內容	實證等級
<ul style="list-style-type: none"> ■ 建議為50至75歲的成人持續進行大腸癌的糞便潛血檢查，乙狀結腸鏡檢查或結腸鏡檢查。這些篩檢方法的風險和效益各不相同 ■ 建議含以下其中一種： <ul style="list-style-type: none"> ✓ 每年1次糞便潛血檢查* ✓ 每五年1次乙狀結腸鏡+每三年1次糞便潛血檢查* ✓ 每十年1次大腸鏡* 	A
不建議76至85歲的成人進行大腸癌的例行性篩檢	C
不建議對超過85歲的成年人進行大腸癌篩檢	D
沒有充分的證據評估以大腸電腦斷層和糞便DNA檢測作為大腸癌篩檢方式的效益和危害	I

*不適用於有特定遺傳症候群 (Lynch Syndrome 或 Familial Adenomatous Polyposis) 或有發炎性腸病 (inflammatory bowel disease) 的個體

研究顯示每3年1次口腔黏膜檢查， 可降低口腔癌死亡率！

國家	篩檢對象	篩檢間隔	人數 篩檢組/對照 組	平均 追蹤 年數	結論
印度*	35歲以上有 抽菸或飲酒 男性	3年	96,517/95,356		可降低有抽菸喝酒習慣男性 43%死亡率
印度**	35歲以上	3年	96,517/95,356	15	<ul style="list-style-type: none"> ◆ 有抽菸喝酒習慣者接受口腔視診篩檢其發生晚期癌症發生率與死亡率顯著低於無篩檢個案 ◆ 無抽菸喝酒習慣者接受篩檢未影響其發生晚期癌症或死亡率

資料提供：

*: Sankaranarayanan et al, 2005

** : Sankaranarayanan et al., 2013

USPSTF Guideline - 婦女癌症

■ Mammography

民眾	<50歲女性	50-74歲女性	≥75歲女性
建議	不建議常規推行 情況特殊者應向醫療保健 提供者諮詢提早接受2年1 次之篩檢之利弊	每2年篩檢一次	不建議常規推行 現有醫學實證不足以分 析該等婦女受檢之利弊
	等級：C	等級：B	等級：I

Release Date: November 2009

■ 子宮頸癌篩檢對象與工具

內容	實證等級
建議21-65歲婦女每三年篩檢間隔進行一次 抹片檢查(papanicolaou stain)。另，30- 65歲婦女欲延長篩檢間隔，可每五年合併抹 片及HPV型別檢測。	A
不建議21歲以下女性進行抹片檢查	D
不建議30歲以下女性單獨進行HPV檢測或合 併抹片檢查	D

乳癌篩檢工具比一比

篩檢工具	單價(元)	敏感度(%)	特異性(%)	篩檢對象	醫學實證
乳房X光攝影	1200-1800	86	93-99	一般婦女	○
乳房超音波	600-800	75	97	乳房緻密婦女 (作為乳房攝影 輔助工具)	×
MRI	12,000-15,000	71-100	26-100	具家族史 高風險族群 (作為乳房攝 影輔助工具)	△
醫師臨床觸診	200-300	28-33	84-99		×
乳房自我檢查	0				×

55

乳癌篩檢 檢出率(Case Yield)及陽性預測值(PPV)

	101年		102年		103年		104年	
	Case Yield	PPV	Case Yield	PPV	Case Yield	PPV	Case Yield	PPV
癌症	1/175	1/17	1/180	1/16	1/175	1/17	1/179	1/17

- ✓ 乳房X光攝影平均約篩檢179人可找出1名癌症個案
- ✓ 乳房X光攝影陽性的人當中，每17個就有1人為癌症

資料來源：乳癌篩檢資料庫

■ 成健服務檢討及調整項目

政府提供預防保健服務的目標

- 主要慢性疾病預防之目的：依據預防醫學理論，在疾病早期或未出現臨床症狀時，藉由服務，以早期偵測疾病，早期診斷與治療，以避免/減少疾病導致殘障與死亡
- 健檢結果處理：除檢查解說及轉診追蹤轉介確診、追蹤及治療控制外，亦提供如戒菸、節制飲酒、不要嚼食檳榔、注意個人營養與規則運動習慣的諮詢等衛教諮詢
- 服務內容：篩檢、諮詢及特殊保護的介入：
 1. 個人病例的發現(case-finding)，群眾的篩檢(screening)：生理測量、生化檢查、問卷及風險評估 (risk scores)
 2. 特殊保護：兒童疫苗注射、B肝、HPV、流感疫苗等
 3. 健康諮詢：規律運動、健康飲食、戒菸、節制飲酒及體重控制等諮詢服務

規劃以實證為基礎成健服務方案

改革背景：

- 服務檢查項目不完全符合醫學實證，服務品質遭質疑
- 公務預算有限
- 國內雖有相關慢性病篩檢，卻分散提供
- 篩檢出之異常個案，沒有好的管理

文獻回顧 + 專家會議 + 內部行政評估

對應作法：

- 健保體制成人預防保健服務 → 重要公共衛生篩檢服務
- 依據實證依據，找出具evidence base之篩檢項目
- 整合成人可以執行之篩檢服務，如癌症篩檢
- 規劃異常個案確診及後續轉介服務

服務經過整合與倡議，政府照顧民眾健康

新制之健檢服務方案

依實證及防治慢病需求之服務項目檢討

- 刪除人群大規模之尿酸篩檢(陽性率11.5~12%)：
 - 國內藥害致命性之降尿酸藥物allopurinol致史帝芬強生症候群之發生情嚴重(1999年1月至2010年12月藥害救濟審議的1,248例申請案，有145例(11.6%)疑因使用allopurinol導致)
 - 中華民國風濕病醫學會出版2013「台灣痛風與高尿酸血症診治指引」-『無症狀高尿酸血症』通常不需使用降尿酸藥物治療，且絕大多數(90%)高尿酸血症者，沒有任何症狀且終生不發病，只有10%最終會成痛風患者
 - 2015年起第19版Harrison內科學教科書，載明無症狀高尿酸不建議納入常規篩檢
 - 美國家庭醫師期刊建議病人無症狀高尿酸血症，不需治療，但應鼓勵進行飲食或生活改變，以降低尿酸濃度，尚未提及大規模人群篩檢。另美國預防保健服務任務小組(USPSTF)、並未提出尿酸納入常規篩檢項目之建議。

2011年8月起新制成健篩檢項目比較

篩檢項目	
基本資料	問卷 (疾病及家族史、服藥史、健康行為、憂鬱及TB咳嗽之問卷 檢測2題(增)等)
身體檢查	一般理學檢查、身高、體重、血壓、BMI (增)、腰圍(增)
實驗室 檢查	尿液常規檢查(酸鹼度、葡萄糖、紅血球、蛋白質... 等) 腎絲球過濾率 (eGFR-MDRD公式) 由血液肌酸酐值換算(增) 血液常規檢查(紅血球、白血球、血色素... 等) 生化檢查 ● 微量白蛋白、 球蛋白、尿素氮、尿酸 、sGOT、sGPT ● 肌酸酐 ● 血糖、血脂 (膽固醇、三酸甘油酯、HDL(增)、LDL公式估算 (增)) ● B型肝炎表面抗原(增)、C型肝炎抗體(anti-HCV) (增) (民國55年或以後出生且滿45歲，可搭配成人預防保健服務終身接受1次檢查。)
健康諮詢	戒菸、節酒、戒檳榔、維持正常體重、健康飲食、規律運動、事故 傷害預防、口腔保健

辦理以實證為基礎之預防醫學訓練

- 歷年委託台灣家庭醫學會+補助各專科醫學會辦理成健之實證預防醫學相關訓練
- 2016年「成人預防保健服務訓練課程統籌計畫」辦理「成人預防保健服務訓練課程」及「以實證為基礎的預防醫學課程」，委託共辦理22場教育訓練課程，歷年辦理如下：

	2012年	2013年	2014年	2015年	2016年
參與成健醫師訓練課程/實證醫學課程人數	1,087	1,153	1,226	1,194	1,039
合計人數	5,699				
取得辦理成健服務資格之醫師數	593	433	388	338	229
合計	2,031				

疾病防治指引之研發

老人防跌的因子及介入思考

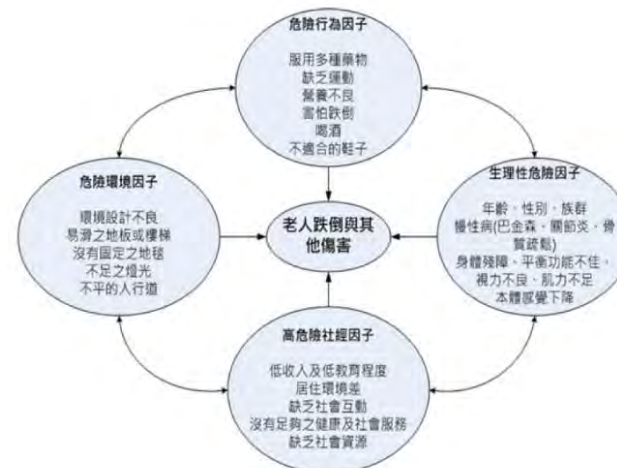


圖 老人跌倒危險因子

具實證的全人防跌策略

■ 全面跌倒評估(a comprehensive assessment)及整合社區、急性治療院所及長照機構等場域之多元介入

● 社區介入

- 生活輔具及防跌保護措施
- 臨床疾病管理(含急、慢性疾病)
- 民眾衛教
- 環境改善之友善設計
- 運動計畫
- 易導致跌倒藥物檢視及調整
- 營養及補充品
- 長者視力轉介評估與視力矯正



● 機構介入

- 生活輔具及防跌保護用設施
- 病人衛教
- 環境改善之友善設計
- 運動計畫
- 易導致跌倒藥物之檢視及調整
- 營養及補充品
- 長者視力轉診與視力矯正

Source: Public Health Agency of Canada. Senior's Falls in Canada. Ottawa, Canada: second report, 2014.

2010年研發骨質疏鬆症臨床治療實證指引

- 依實證醫學研究(國際骨鬆協會IOF、美國NOF及英國NICE等)，由郭教授耿南號召中華民國骨質疏鬆症學會、台灣實證醫學學會及本署(國健局時期)研發符合台灣實際可行的臨床建議及治療方式
- 病理生理學、流行病學、診斷、追蹤及全人防治建議(跌倒等)
- 防治建議：1.非藥物類-運動、飲食及2.藥物類防治式等

2013年台灣第一本在美國AHRQ登錄於國家臨床指引交換中心(NGC)指引



骨鬆防治-非藥物介入的民眾健康傳播

- 儲存「骨本」三大要訣：高鈣等(鈣質、維生素D及優質蛋白的充足營養)、頂天(日曬)、立地(負重運動)等
- 趁年輕，儘早存「骨本」：年輕就多增加10%骨密度，可使骨鬆延緩13年



2016年研發COPD防治實證指引

- 為建構國內慢性阻塞性肺病(COPD)臨床照護之醫療照護品質及指標，委託台北醫學大學辦理COPD臨床指引計畫，邀台灣胸腔暨重症醫學會邀集相關專家，並參考國際GOLD指引之GRADE /AGREE法研發
- 以系統性文獻回顧實證最佳照護建議，供醫事人員照護及民眾參考，實證的判定程序：

研究方法	預設證據等級	降級因素	升級因素
隨機對照實驗	A-證據品質高	1. 偏倚風險 2. 不一致性 3. 不直接性	1. 結果顯著 2. 干擾因素是否可能改變效果
觀察性研究	C-證據品質低	4. 不精確性 5. 發表偏倚	3. 證據顯示存在劑量-效應關係

COPD 指引納入健保醫療給付改善方案

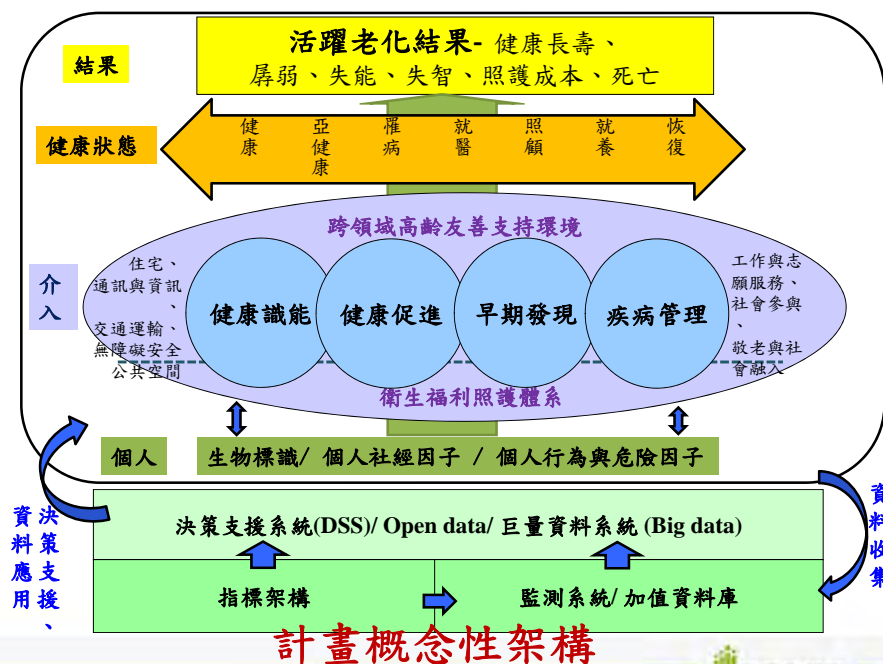
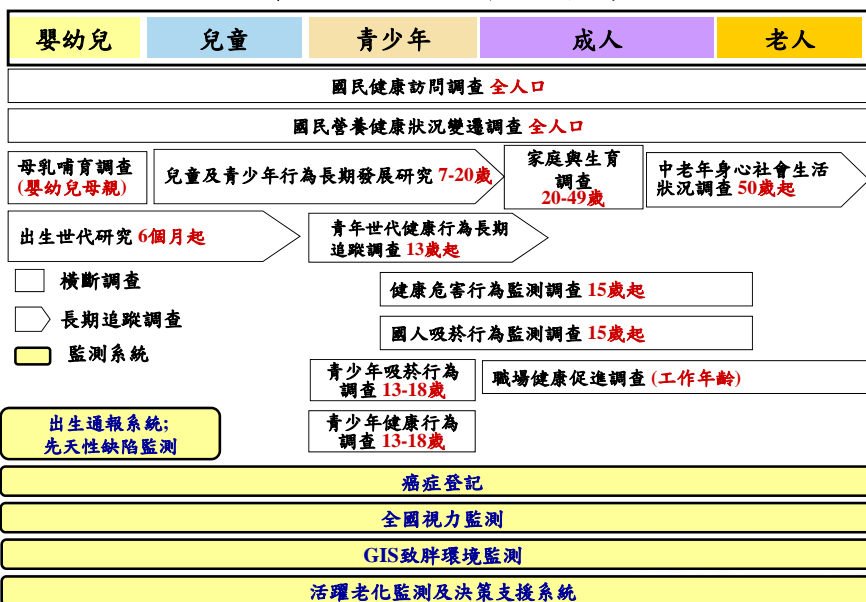
• 指引各章節臨床建議之例子如下

GRADE 建議等級	臨床建議內容	參考文獻
1A	建議應該要使用支氣管擴張試驗後 FEV ₁ /FVC 比值來診斷 COPD。(強建議，證據等級高)	[文獻 1, 文獻 2]
2B	對於無症狀成人，使用篩檢問卷或式篩檢性肺量計檢查進行 COPD 篩檢，不具有臨床效益。(弱建議，證據等級中)	[文獻 3, 文獻 4]

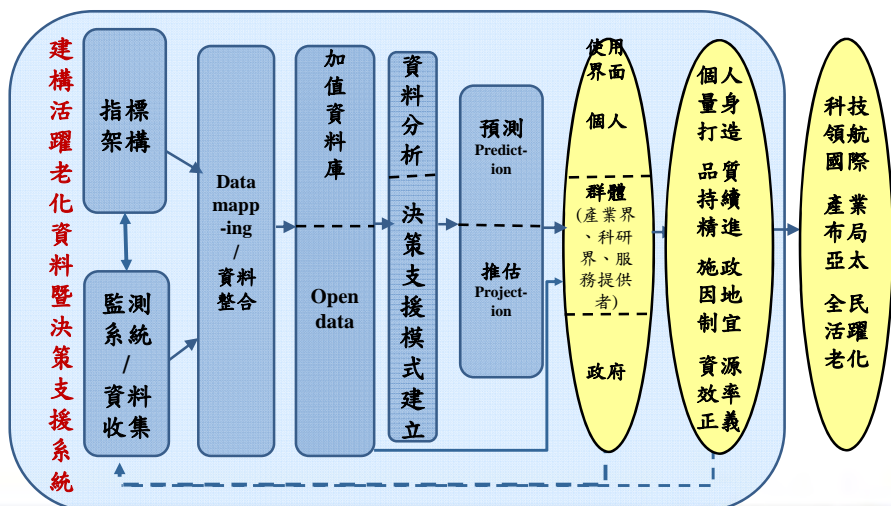
■ 106年4月1日起，以指引為基礎，正式納入健保(COPD) 醫療給付改善方案，以提昇照護品質

四、監測與實證研究之政策支援

全人口與各生命週期人口群之非傳染病監測系統

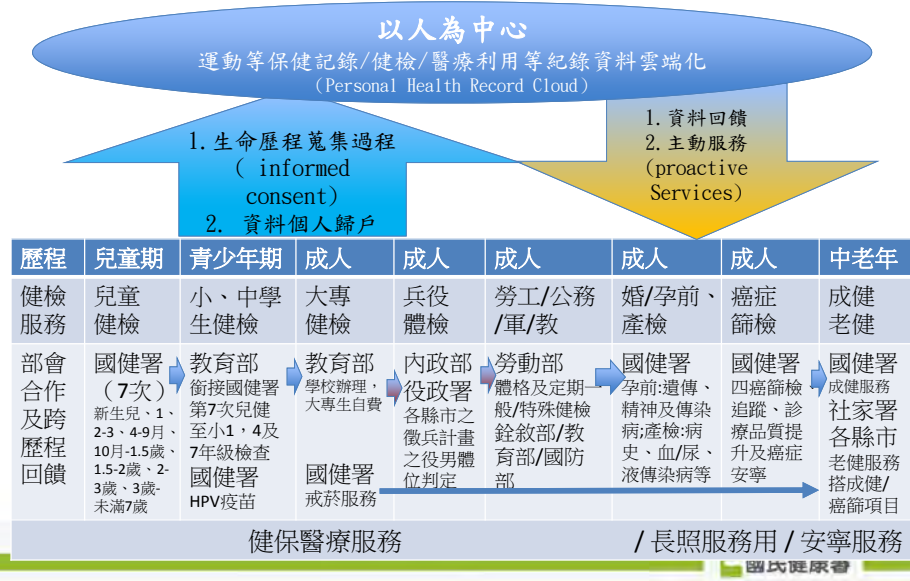


活躍老化實證研究計畫之執行架構



五、未來展望

各生命歷程(Life-Course)的健檢保健服務



推動以實證為基礎的醫病共享決策 Shared decision making (SDM)

'An approach where clinicians醫師 and patients病人 share分享 the best available evidence實證 when faced with the task of making decisions, and where patients are supported to consider options考慮各種選擇, to achieve informed preferences充分告知的選擇

結合實證健康照護和以病人為中心的共同醫療決策以達最佳照護品質



JAMA 2014;312(13):1295-1296

病人決策輔助工具發展模式



病人決策輔助工具之品質- 10 面向

1. 資訊 Information
2. 可能性/發生率 Probabilities
3. 價值 Values
4. 指引 Guidance
5. 發展 Development
6. 實證 Evidence
7. 揭露 Disclosure
8. 一般語言 Plain Language
9. 評估 Evaluation
10. 測試 Test



健康數字
Health Numeracy



跨文化能力



回覆示教 Teach-Back

醫病共享決策(SDM)的推動規劃

常見慢性病防治主題及製作輔助工具或資訊系統

- 實證基礎下，以非傳染性慢性疾病预防如預防保健與健康促進、癌症篩檢、慢性病照護、安寧照護等內容為執行推動主題
- 製作醫療決策輔助工具及評估表單

行銷傳播醫病共享決策

1. 民眾端：透過多元媒體管道或結合民間團體辦理推廣SDM行銷傳播「我有甚麼選擇?」、「每個選擇的優點與風險是甚麼?」、「我如何得到協助以做出對我最好的選擇?」。
2. 醫療端：透過相關計畫說明會或工作坊推動，讓醫療人員能瞭解SDM對民眾共同決策的優點。

建置SDM資訊分享平台

- 跨部會結合SDM平台並建置醫療決策輔助工具：

- 管理者
- 醫療提供者
- 病人

- 介面開發系以能提供醫療端及病人端應用為原則。

結合健康促進醫院與癌症品質醫院推動

- 以健康促進醫院與癌症品質醫院為推動平台，進一步尋求有意願之醫療院所參與
- 評值個案參與醫療決策成效，據以修正運作模式

舉例：本署推動SDM製作糖尿病使用胰島素的影片(link)

規劃精準預防保健服務 (PPHS)

- **PPHS目標**：精準預防保健服務(Precise Preventive Health Services, 簡稱PPHS)，依民眾生命歷程及介入實證為基礎的策略，在盤點現有服務，如四癌篩檢及成健服務，調整為個別化或分群需求，以增進服務精準度及提升政府資源運用之效益
- **個別化需求評估及服務調整**：建立重要NCDs罹病風險試算工具，運用大數據及監測資料，以罹病相關因子，如：家族病史、生活形態、物理環境、社經環境及健康服務利用等分析，以調整現有服務項目
- **未來規劃及調整**：建立與連結健康大數據、發展新型介入服務、辦理科技評估(HTA)、研擬服務指引、推動醫病共享決策(SDM)服務及成效評估

健康好幫手! --守護國民 促進健康!



衛生福利部國民健康署
Health Promotion Administration,
Ministry of Health and Welfare

- 促進健康 **Promotion.**
- 預防疾病 **Prevention.**
- 安全防護 **Protection.**
- 共同參與 **Participation.**
- 夥伴合作 **Partnership!**