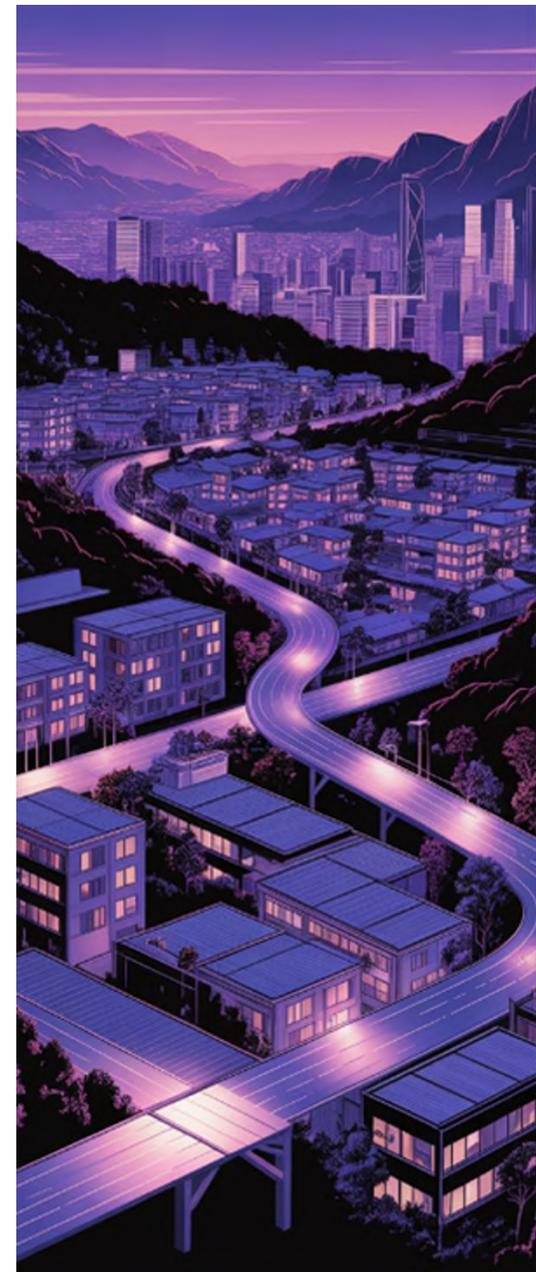


建置鄉鎮市區健康評估資料： 落實因地制宜的在地健康促進政策

調查委員：鴻義章

115.3.18



調查源起與作為

調查緣起

建構各鄉鎮市區健康評估資料，有助於推動因地制宜的在地化健康政策，惟目前國內疑尚未建置以各鄉鎮市區為中心的健康評估資料。

調查作為

1. 114.3.12 諮詢會議
2. 114.4.30 座談會(衛福部、國健署)
3. 114.5.28 座談會(客委會、原民會)
4. 114.7.9 座談會(衛福部、客委會、原民會)
5. 調卷機關(衛福部、客委會、原民會)





調查背景與法規依據

健康權保障

依《經社文公約》第12條，**健康權為享受最高標準身心健康之權利，國家負有「AAAQ」義務**，即可獲得性 (Availability)、可及性 (Accessibility)、接受度 (Acceptability)、質量 (Quality)。我國98年通過《兩公約施行法》，明定公約具國內法律效力。³

衛福部職責

依《國民健康署組織法》第2條，**衛福部負有督同國健署辦理國人健康資料調查與統計之責**，長期辦理多項全國性健康監測調查。

衛福部國健署五大健康調查計畫

1 國民營養健康調查

以4年為循環週期，**具全國代表性**，第三波（111-114年）進行中，預計收案8,800件。

2 國民健康訪問調查

每4年一度，樣本數約3萬人，涵蓋全國縣市（含金馬），**具縣市代表性**。

3 國民健康促進暨國人健康行為監測調查

2年輪替，單數年辦理吸菸行為調查（15歲以上），雙數年辦理健康促進行為調查（18歲以上），**具全國及縣市代表性**。

4 國人吸菸行為調查

自93年起，**具縣市代表性**。成年人吸菸率由97年21.9%降至113年12.8%，降幅逾四成。

5 青少年吸菸暨健康行為調查

接軌WHO全球監測系統（GTSS），**由美國疾管局以鄉鎮市區分層抽樣**，全國樣本約2至2.5萬人。

五大國民健康調查之行政層次比較

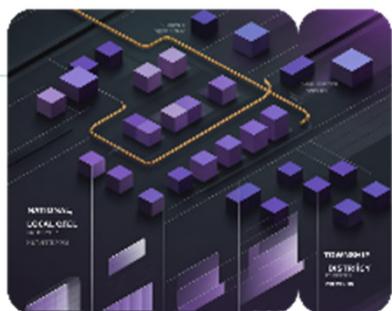
調查計畫名稱	抽樣代表性	鄉鎮市區層次推論現況
國民營養健康調查	全國	✘ 無法就鄉鎮市區進行推論
國民健康訪問調查	全國、縣市	✘ 不具鄉鎮市區代表性
國民健康促進暨國人健康行為監測調查	全國、縣市	✘ 無法分析各鄉鎮市區情形
國人吸菸行為調查	全國、縣市	✘ 僅依全國及縣市別分析
青少年吸菸暨健康行為調查	鄉鎮市區	✔ 已具分層抽樣設計，足供借鏡

*註：多數調查囿於施測對象、類別或統計設計，無法進行三級行政區比較分析。

核心問題：調查結果不具鄉鎮市區代表性

現況

調查僅代表縣市、無法比較鄉鎮市區



改善需求

將調查延伸至鄉鎮市區以支持精準政策

唯一例外

「青少年吸菸暨健康行為調查」自103年起，已由美國疾管局以鄉（rural town）、鎮（urban town）、市（small city）、區（big city）分層進行抽樣，顯見鄉鎮市區層次監測在技術上具可行性。



衛福部應秉持此監測模式，克服技術性障礙，將部分調查延伸至鄉鎮市區層級。

五大調查均因抽樣設計限制，無法進行三級行政區（鄉鎮市區）之比較分析，導致健康政策難以精準對接地需求。



原住民族健康調查現況

法規依據

依《原住民族健康法》第6、7條，**中央主管機關應定期調查原住民族健康狀況並建置健康資料庫。**

統計年報

原民會與衛福部合作，委託國衛院定期出版「原住民族人口及健康統計年報」，自90年起已累積逾20年監測資料，採北、中、南、東分區統計。

文化健康站

原民會已布建達**519站**之「文化健康站」，將長照資源結合部落文化特性，發展具文化安全之照顧模式。

制度設計

衛福部設立「原住民族健康政策會」，下設4個工作小組，原民會主責「文化安全工作小組」，協助將族群文化與健康行為差異納入制度設計。

原鄉健康統計建置可行性評估

現行衛生統計資料已可細分至55個原鄉指標

- 人口數、族別、年齡結構
- 人口增加率、死亡率
- 主要死因、癌症死因（衛福部統計處常態監測）

衛福部暫不建議以鄉鎮市區估計之指標

- 出生指標：個資保護限制，人數低於3人即無法攜出
- 平均餘命：需大樣本，人口稀少地區易產生統計偏差
- 菸酒檳健康風險：抽樣調查代表性不足，僅供政策參考



客家族群健康政策現況

伯公照護站計畫（114年度）

於全國12縣市、**100個鄉鎮市區**（含70個客家文化重點發展區及30個非重點發展區）成立**555處伯公照護站**，結合幼兒園及中小學推辦「老幼同樂」，並推動「青銀共融」活動達78人次。

健康調查現況與規劃

客委會現行業務尚無辦理客家族群健康調查；衛福部表示全國性調查以不分族群之全國人口為基礎，**客家族群界定與資料建置宜由客委會就其權責說明。**

未來方向

客委會研議將客家族群健康調查納入115年度「客家知識體系發展獎勵補助計畫」徵件主題，透過獎助學金或專案研究逐步累積學術實證資料。



公共衛生師專業證照領、用人力嚴重落差

381

領證人數

截至114年10月底，全國公衛師領證總人數

45 (11.81%)

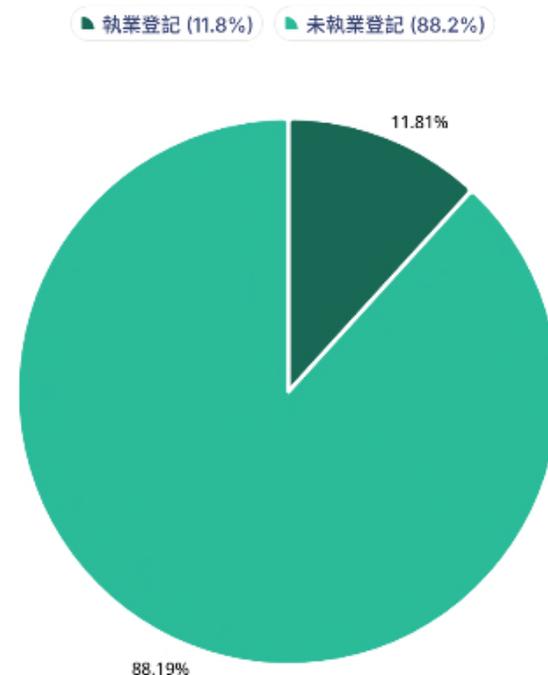
執業登記

實際辦理執業登記人數，大多於醫療機構服務

4

基層衛生所
僅彰化縣和美鎮、大村鄉及花壇鄉衛生所共4人登記執業

381



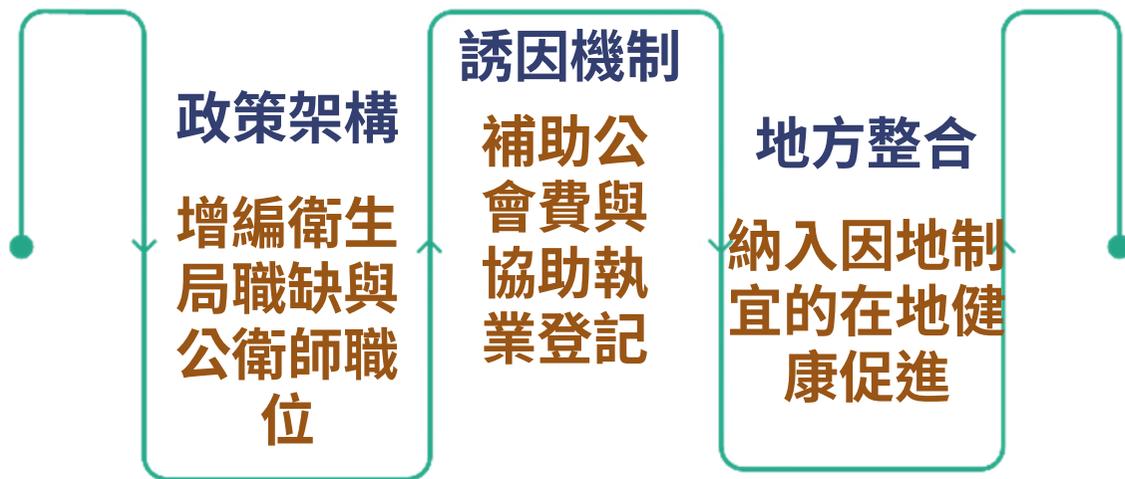
我國110年迎來首屆公衛師國家考試，惟專

業人力進入公務體系之

管道仍待統籌與優化，嚴重不利在地健康

促進政策之推動。

強化公衛師基層布局



現行制度基礎

行政院透過「公共衛生服務體系升級」專案，修正衛生所組織規程，增列「科員」與「技士」職稱，提供公衛師實質職缺。

轉任機制

依《專門職業及技術人員轉任公務人員條例》，領有公衛師證照並具備2年以上實務經驗者，得轉任衛生行政或衛生技術職系。

地方誘因

衛福部應鼓勵各地方衛生局提供具體誘因（如代付公會入會費、輔導執業登記），吸引公衛師落腳基層。



調查意見

調查意見一

衛福部允宜克服抽樣設計障礙，將健康調查延伸至鄉鎮市區，推動因地制宜的在地化健康政策。

調查意見二

衛福部、原民會、客委會允宜跨部會合作，協力建置社區健康資料，落實原住民族及客家族群健康平權。

調查意見三

衛福部允藉由「公共衛生服務體系升級」專案偕同各地方政府提供具體誘因，吸引公衛師落腳基層，以發揮其流行病學監測、健康促進及大數據分析之專長，補足社區健康監測缺口。

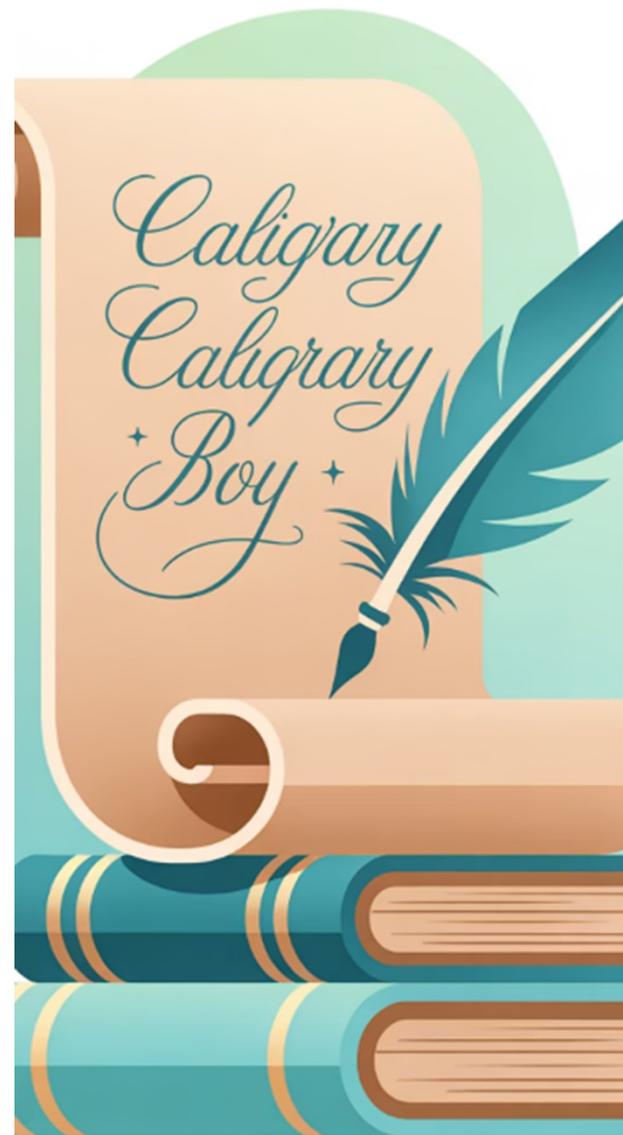
處理辦法

1 調查意見一、三，函請衛生福利部檢討改進見復。

2 調查意見二，函請行政院督促衛生福利部、原住民族委員會、客家委員會檢討改進見復。

3 調查意見，經委員會討論通過後上網公布。

4 檢附派查函及相關附件，送請社會福利及衛生環境委員會、內政及族群委員會聯席會議處理。



感謝您的聆聽

期待攜手共創健康未來。