

促進健康：

香港非傳染病防控策略框架



衛生署

Department of Health

中華人民共和國香港特別行政區

Hong Kong Special Administrative Region of China

促進健康： 香港非傳染病防控策略框架



衛生署

Department of Health

中華人民共和國香港特別行政區
Hong Kong Special Administrative Region of China

目錄

食物及衛生局局長周一嶽醫生 獻詞	iv
衛生署署長林秉恩醫生 序言	vi
文件摘要	viii
1. 引言	1
力求改善	4
2. 防控非傳染病的概念基礎	5
公共衛生學的觀點	7
健康決定因素	8
風險因素羣組	9
貫穿人生歷程的措施	11
預防策略	12
以人羣為本和以個人為本的預防模式	17
健康差距	20
健康認知水平與社會市場學	21
設定公共衛生工作優先次序	22
3. 防控非傳染病的全球觀點	23
被忽略的流行病	24
國際經驗	28

4. 本港情況概覽	37
一般健康狀況	39
常見的健康風險和行為	41
慢性健康問題的患病率	43
主要致命疾病	45
醫院和門診服務的使用情況	48
醫療開支	51
健康差距	53
健康促進及疾病預防措施	54
5. 策略框架	57
原則	59
範圍	59
遠景	62
目標	62
策略方針	63
6. 推行策略框架的主要元素	65
伙伴關係(Partnership)	66
生活環境(Environment)	67
以成效為重點(Outcome-focused)	68
人羣為本的介入措施(Population-based Intervention)	68
採取貫穿人生歷程的措施(Life-course Approach)	69
提升能力(Empowerment)	70
7. 落實策略	71
爭取支持	74
參考資料	75

獻詞

非傳染病患者的人數迅速增加，成為全球醫療體系一項最重大的挑戰。

香港特別行政區政府竭力保障市民的健康。至今，我們的成績有目共睹，香港多個健康指標之佳已躋身世界前列。儘管如此，我們正面對人口急速老化和人口健康風險情況持續改變的挑戰，例如肥胖人口日漸增多。因此，我們有需要重新評估現行防控非傳染病的策略和措施，以更具效益和效率的方針處理目前的問題。

要成功防控非傳染病，我們應着眼於推廣健康的生活模式和減少非傳染病的風險因素。這些措施是需要個人作態度和行為上的改變，亦需要政府、社會及市民持之以恆的努力。由於主要的健康風險因素，通常會受到醫護衛生界別以外的問題所影響，因此，利用跨界別協作模式持續抗禦非傳染病，才是較適切的解決方法。

非傳染病防控策略框架是衛生署與不同界別的專家攜手合作的結晶。框架建基於目前在疾病預防方面的議題，同時參考了有關健康促進和抗禦非傳染病的海外經驗，以及世界衛生組織(世衛)在這方面所提出的建議。除了籲請各界採取跨界別的協作模式，針對致病因素，控制和預防各種非傳染病外，框架並載列了多個疾病防控的方向，有助營造良好的健康環境，以維持香港市民身心的健康。



食物及衛生局局長
周一嶽醫生，SBS，JP

然而，如果欠缺你的積極參與，框架的推行便不能取得成功。我現誠邀各位選擇健康生活模式，為對抗非傳染病作出貢獻。讓我們齊來參與！

香港特別行政區政府
食物及衛生局局長
周一嶽醫生，SBS，JP

序言

健康並非單指沒有生病，而是指身心和社交方面都具有良好的狀態。健康是日常生活的原動力。

在香港，嬰兒出生時的預期壽命遠高於大部分其他地方，而兒童死亡的比率亦屬全球最低之列。但由於人口老化，我們因此不能低估前面的挑戰。隨著市民日趨長壽，糖尿病、心臟病、癌症及意外和損傷問題的病患者數目將會持續增加，對個人、家庭和朋友，以至整個社會均構成日趨沉重的負擔。

世衛指出，2005年全球5 800萬死亡人數當中，大約3 500萬人是由於非傳染病致死的。愈來愈多證據顯示，許多非傳染病都源於我們所選擇的生活方式，例如不健康的飲食、飲酒過量、缺乏運動和吸煙。由於這些不良的生活習慣均可避免，因此，大部分非傳染病都是可以預防的！

儘管我們在防控非傳染病上已展開了不少工作，但仍有空間採取更協調的方針，以達致更佳的成果。這需要政府、公私營機構和市民大眾攜手合作，締造有利作出健康選擇的環境。

本文件的目的旨在介紹防控非傳染病的重要基本原則，並為香港釐定非傳染病防控工作的範圍、遠景、目標和策略方針。



衛生署署長
林秉恩醫生，JP

各地衛生當局已有共識，在目前非傳染病非常流行的情況下，我們必須以應付緊急公共衛生事件的手法來處理非傳染病的問題。因此，我呼籲社會各界了解和支持本文件。相信只要同心協力，我們定能把香港這個亞洲國際都會建設成為一個更健康的城市。

香港特別行政區政府
衛生署署長
林秉恩醫生，JP



文件摘要

文件摘要

香港的健康指標之佳已躋身世界前列。然而，一如其他已發展的經濟體系，香港亦要面對人口老化和人口健康風險情況改變的挑戰。與此同時非傳染病所帶來的負擔亦正日趨沉重。

2. 可惜的是，非傳染病的風險因素，例如不健康飲食、缺乏體能活動和吸煙等生活方式並不罕見。此外，該等生活方式及其衍生的多種疾病，在貧困和弱勢社羣中亦較常見。為了以更具效益和效率地處理這些問題，政府須制訂綜合策略框架，以縮窄健康差距。就此，政府各個部門、公私營界別和市民必須共同承擔，各盡其職，以迎接未來的挑戰。

制訂策略

3. 衛生署與來自不同專業和界別的40多位代表舉行專家小組會議，制訂本港的非傳染病防控框架。

4. 在制訂過程中，我們採用多項公共衛生學的指導概念，亦參考世衛和其他國家防控非傳染病的相關工作經驗。

指導概念

5. 在制訂策略框架時，我們採用了以下的公共衛生學指導概念 —

- 根據公共衛生學的觀點來審視健康；
- 了解健康決定因素；
- 閣釋風險因素羣組；
- 採取貫穿人生歷程的措施；
- 確定預防策略；
- 平衡以人羣和以個人為本的模式；
- 考慮健康方面的差距；
- 確認健康認知水平和社會市場學對傳達健康訊息的重要性；以及
- 設定公共衛生工作的優先次序。

有關防控非傳染病的全球觀點

6. 在2000年，第53屆世界衛生大會所通過的《預防和控制非傳染病全球戰略》為制訂地區框架提供了重要的指引。該戰略除了重點闡述促進健康和預防疾病外，亦確認了醫院護理和醫療改革在發展更有系統的非傳染病防控方面帶來更具健康效益的機遇。此外，其他國家如加拿大、英國、瑞典、澳洲和新加坡等所採用的策略，也為本文件的編製提供寶貴的參考資料。

本港情況

7. 研究顯示，不健康飲食、缺乏體能活動和吸煙等不健康的生活方式，以及過重和肥胖、高血壓或血脂及血糖水平欠佳等生物醫學風險因素，在本港人口中相當普遍。隨着人口老化、社會差距日增和影響健康的環境因素的改變，我們可以預見未來將有更多人患上非傳染病。
8. 於2006年，約61%死亡個案是由四大主要但可預防的非傳染病引致，它們是癌症(32.3%)、心臟病(15.0%)、中風(8.8%)和慢性下呼吸道疾病(5.1%)。以75歲為分界來計算的潛在減壽年數，可有助評估整體人口早逝的情況。於2006年，癌症佔潛在減壽總年數的五分之二，而損傷及中毒則約佔五分之一。

策略框架

範圍

9. 香港社會及醫療體系的疾病負擔，有相當部份是由少數非傳染病所造成，而這些疾病多由數項風險因素相互集結所致。從過往健康促進和疾病預防方面所累積的知識及經驗可見，我們應把預防措施策略地集中於那些可予改善的行為風險因素和環境決定因素集結而成的「羣組」，從而令生物醫學風險因素有相應的改變，減低罹患非傳染病的風險。為了獲得最佳健康裨益，本策略框架將會致力處理對香港市民健康有重大影響，並可預防或改善的主要風險因素。

遠景

10. 任何策略都必須具有清晰的遠景，以顯示工作的重心及提醒各人員有關工作的長遠目標。我們展望本策略框架成功推行後，香港將有：**高水平健康意識的人口**，能為自己的健康盡責；**關懷互愛的社會**，公私營界別攜手，以確保公眾可享有更健康的選擇；**具實力的醫護專業**，把健康促進和疾病預防的醫療服務視為主要工作；以及**可持續的醫療體系**，加強為市民提供健康促進、疾病預防及醫療護理等服務，從而**大幅減少由非傳染病引致的殘疾及早逝負擔**。

目標

11. 為了實現上述遠景，本非傳染病策略框架具以下的目標 —

- 締造有助促進健康的環境；
- 推動市民促進個人、家人以至社區的健康；
- 預防個人及各人口組別患上非傳染病及 / 或延緩發病；
- 減低非傳染病患者病情惡化和出現併發症的機會；
- 減少非必要的住院及醫護程序；以及
- 提供優質的非傳染病護理服務，以保障市民的健康及防止患者病情惡化。

策略方針

12. 為了達到上述目標，我們已確定六個策略方針，以便把注意力、資源和行動集中在若干範圍，使投放在防控非傳染病的資源帶來最佳的健康成效回報。

方針一

- 支援全新及加強現有與本策略觀點一致的健康促進和非傳染病預防措施或活動

方針二

- 建立有效的資料庫和系統，按各病程階段需採取的行動提供指引

方針三

- 加強伙伴關係及促進相關各方的參與

方針四

- 建立抗禦非傳染病的能力

方針五

- 確保醫療衛生界別能回應非傳染病的挑戰，並改善護理系統

方針六

- 加強及制訂有助促進健康的法例

推行策略框架的主要元素

13. 此非傳染病策略框架是為促進本港市民的健康而設的。推行此框架時須從六方面着手，現詳述如下 —

伙伴關係(Partnership): 匯聚多界別具不同知識和技能的人才

影響健康狀況所涵蓋的範圍甚廣，除了醫護界別外，還涉及環境、交通、房屋、教育、就業等範疇。故此，健康促進及疾病預防必須全民參與。而建立伙伴關係是有效的工作方式，以匯聚不同背景、文化及專長的人才。此外，有關措施必須獲得主要相關各方的支持和參與，才能順利推行，取得成果。協作可以團結力量，彌補不足，以收事半功倍之效。公共衛生界別必須上下一心，推行界別內外的合作項目，才能令防控工作發揮成效。

生活環境(Environment): 把健康促進和疾病預防與整體環境連接起來

生活環境是決定人類健康與否的重要因素之一，包括居住、學習和工作以及社交環境。社會應締造有利促進健康的環境，讓市民可作出健康的選擇及有健康的生活。因此，以環境為本的模式最能有效地支援本地健康促進活動，因它能透過政策措施、跨界別協作和社區行動，來改善能影響人類各方面的社會經濟因素。以環境為本的健康促進例子包括健康城市、健康學校、健康工作間、健康食肆和健康市場。

以成效為重點(Outcome-focused): 通過積極跟進各項健康工作，確保善用資源，以取得最大的健康成效

要在改善市民健康方面取得成果，關鍵在於監察健康成效及決定介入措施所取得的健康效益。在設立防控非傳染病綜合機制後，醫護人員、公共衛生工作者和管理人員須記錄及闡述本地的非傳染病負擔因此而得以減輕的程度。此外，亦須向有關方面和本港市民傳達健康工作的成效。

人羣為本的介入措施(*Population-based intervention*): 以促進全民健康為工作重點

鑑於與健康相關的因素之間互有影響，而人羣為本的介入措施正是通過推廣健康行為、控制患病的決定因素，來達致減低全民的整體健康風險。由於不健康的生活方式和患非傳染病的情況相當普遍，因此採取人羣為本的介入措施，即使風險因素水平只有輕微降低，預計亦會對公共衛生帶來重大好處。

採取貫穿人生歷程的措施(*Life-course approach*): 通過促進終身健康，以解決日積月累的毛病

罹患非傳染病的風險隨着年齡增長而累積，同時也受到生命中各階段出現的各項因素所影響。故此，在生命各階段中施以介入措施，可有助防止疾病轉趨嚴重。於早年時有良好成長和發展，繼而在成年時維持最高水平的健康和機能，對減低在晚年罹患非傳染病的風險至為重要。在各階段把握先機，或能減少早逝和殘疾，並讓更多人可享受優質的生活和積極的晚年，以及減少醫護方面的開支。

提升能力(*Empowerment*): 讓每人有機會充分發揮潛能

提升能力是健康促進和疾病預防的核心方法。通過提升能力的過程，使人們更有能力作出影響健康的決定及相應的行動，從而令人們能夠作出健康行為的選擇，掌握與醫護服務有效互動的適當技巧，並獲得承擔責任和參與自我護理的機會。為此，不論是醫護還是非醫護界別的人士，都必須具備健康促進和疾病預防的知識和技能，包括改進行為、及早發現疾病、適當使用醫療衛生服務和為病人提供持續支援服務。

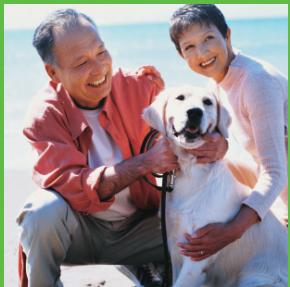
落實策略

14. 我們建議成立一個高層督導委員會，成員來自政府、公私營機構、學術界、專業團體、業界以及本地主要合作伙伴的代表。高層督導委員會須考慮和監察整體計劃和策略，及督導成立各工作小組，就須優先處理的工作提出意見，並制訂目標和行動計劃，包括實務指引、工具和說明社會各界如何參與，成為合作伙伴。
15. 為應付過重及肥胖、心臟病及糖尿病等主要風險因素所引致的迫切問題，處理飲食及體能活動的工作小組將率先於2008年成立，而負責其他優先範疇的工作小組則於日後分階段成立。在此期間，所涉及的各個界別將繼續提供並加強現有服務和計劃。

爭取支持

16. 我們呼籲全港市民積極考慮和採取適當的行動來預防及控制非傳染病。政府會率先提出相關的工作綱領，並推動在健康促進和疾病預防工作上的跨界別協作。而各工作小組會商議工作計劃，當中包括針對主要非傳染病防控的指引和工具。
17. 通過制訂與本框架所述方針相符並具成本效益的防控策略，不但可以改善市民多方面的生條件，亦可提升健康成效，及舒減非傳染病的治療和復康所帶來的財政壓力。我們預期，成功推行本策略有助香港建立一個可持續發展的醫療體系，使預防和醫療護理服務得到更佳整合，達致人人健康的目標。
18. 刻下正是香港市民同心協力對抗非傳染病的時機。我們促請社會各界和全港市民支持本策略框架，並肩攜手將香港打造成更健康的城市。

1



引言



- 1.1 健康可貴，人所共求，亦為大家所珍惜。我們的健康除了有賴於醫護服務的提供外，也取決於社會經濟和環境因素、家庭，以及個人所選擇的生活方式。
- 1.2 全球人口的預期壽命一般因社會越發達富裕而變得越長。與此同時，全球因癌症、心臟病、中風、慢性呼吸系統疾病和糖尿病等非傳染病*引致早逝的人多不勝數；當中大部分的非傳染病是可預防的(說明1)。世衛估計，在2005年全球5 800萬死亡人數當中，大約3 500萬人是由於非傳染病致死的。

* 雖然不同地方對非傳染病一詞的定義不盡相同，但該詞一般是指一組可預防的疾病，而這組疾病的特點是病因複雜、與常見的風險因素互有關連、潛伏期長、病程較長、多數會導致身體機能受損或障礙，而且難以根治。



1. 引言

說明1：概覽環球問題的嚴重性^{1, 2}

- 心臟病和中風每年奪去1 200萬人的性命(因冠心病和中風致死的人數分別為720萬人和550萬人)。此外，每年有390萬人因高血壓和其他心臟問題而死亡。
- 每年超過1 100萬人被診斷患有癌症，而每年因癌症病逝的人數超過750萬人。預計到了2020年每年便會出現1 600萬宗新增個案。
- 根據估計，糖尿病患者現達1.77億人，其中以二型糖尿病居多。單在2005年便有多達110萬人因糖尿病致死。
- 每年死於慢性呼吸系統疾病的人士超過400萬人。
- 全球超過10億成年人過重，其中逾3億為肥胖。每年有260萬人因過重或肥胖而死亡。

1.3 香港的健康指標之佳已躋身世界前列，在許多方面都位列榜首，少部分則位列第二。現時出生的男嬰其預期壽命約為79歲，女嬰更預期可活到86歲。過去20年間，本港的嬰兒死亡率及五歲以下兒童死亡率一直持續下降。2006年的嬰兒死亡率處於極低水平，每千名活產嬰兒中只有1.8人夭折，而五歲以下兒童死亡率按每千人口計算則為0.7人。不過，香港正受到日益增加的非傳染病所威脅。

1.4 非傳染病構成本港主要的疾病負擔，預計這方面的負擔在未來數十年將有增無減。人口迅速老化和人口健康風險的轉變，都是導致非傳染病負擔不斷加重的因素。非傳染病除了對個人、家庭、社會和醫護服務帶來沉重壓力外，也對公共衛生構成重大的挑戰。證據顯示，預防非傳染病並施以有效治療，可改善市民的健康狀況，從而為社會帶來可觀的經濟裨益。為阻止及扭轉非傳染病日益增加的趨勢，我們必須採取策略性方針，同心協力推行有效的措施。

力求改善

- 1.5 在非傳染病日趨普遍的情況下，單靠急性醫護服務的介入措施(亦稱干預措施)並不能解決大部份的健康問題，包括過重和肥胖問題。面對這些挑戰，我們應該重新審視醫護服務該如何定位，以更具策略性和更有效的方針處理問題。具體來說，我們需要更加着重於如何維護和促進大家的健康，而不僅單單着眼於各種致病的原因。
- 1.6 促進健康和身心康泰是社會共同的責任，所有人都必須參與其中。而醫護界以外的不同社會界別，則可通過多種方法鼓勵市民採取健康的生活模式，從而作出貢獻。在政府致力制訂法律框架和政策的同時，商界可促進健康選擇、控制危害健康的風險因素和推廣健康工作間。非政府機構和社區團體則可推行以特定人口組別為目標的健康促進計劃，讓市民愛惜自己的健康和採取健康的生活模式。
- 1.7 要優化醫療護理系統，長遠來說，我們須控制用於非傳染病的醫療開支。此外，投放資源於預防護理和改善市民的健康，亦是成功促進經濟繁榮的關鍵。事實上，《掌握健康掌握人生- 醫療改革諮詢文件》(2008)³ 報告已指出了加強基層醫療護理服務，特別是預防性服務的重要性。現在正是我們重新加強決心，制訂防控非傳染病策略的適當時機。
- 1.8 本文件旨在為香港的非傳染病防控工作定下框架，當中不單強調針對導致疾病的根本風險因素，亦會着重更有效防控非傳染病的方法。在稍後的章節中，我們會先介紹相關的公共衛生概念，並陳述世衛及其他國家所進行的工作，然後從本港的角度分析相關的重要措施和數據，並指出非傳染病所帶來的沉重負擔、闡述本港市民面對的風險、繼而概述本港在健康促進和疾病預防方面的活動。最後會以上述骨幹和實證為基礎，提出本港的非傳染病防控策略框架，以及實施該框架所需的主要元素和策略性管理架構。

2



防控非傳染病的概念基礎



2.1 在制訂策略框架時，我們採用了以下的公共衛生學指導概念 —

- 根據公共衛生學的觀點來審視健康；
- 了解健康決定因素；
- 闡釋風險因素羣組；
- 採取貫穿人生歷程的措施；
- 確定預防策略；
- 平衡以人羣和以個人為本的模式；
- 考慮健康方面的差距；
- 確認健康認知水平和社會市場學對傳達健康訊息的重要性；
以及
- 設定公共衛生工作的優先次序。

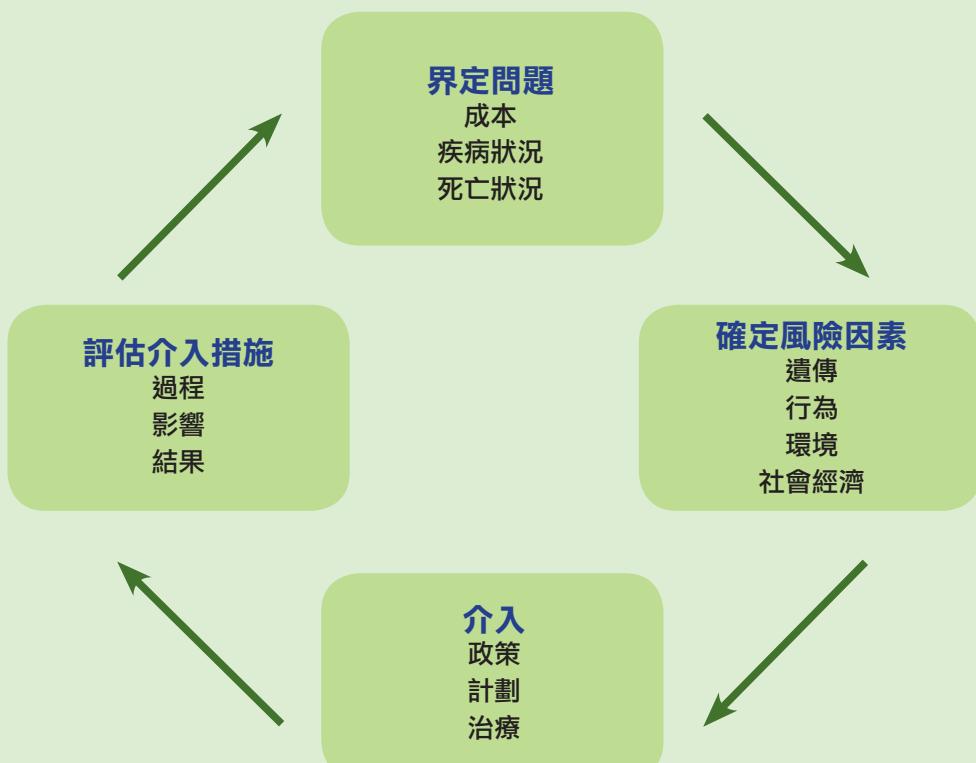


2. 防控非傳染病的概念基礎

公共衛生學的觀點

2.2 公共衛生可闡釋為「通過社會、公私營機構、社區及個人的共同努力，作出知情的選擇，以預防疾病、延長生命和促進健康的科學和藝術」。¹ 公共衛生模式(說明2)是以人羣特徵和風險因素為重點，並非只針對個人病徵或疾病。此模式對達到促進健康與預防疾病、控制決定健康的潛在因素，以及提高醫療體系的效益和效率等目標至為重要。

說明2：疾病控制的公共衛生模式



健康決定因素

- 2.3 釐定健康狀況不單取決於有否患病。從廣義解說，人的健康還包括身體、心理和社交方面的康泰、具有人人平等的概念和社會歸屬感，以及公平地享有優質醫療衛生和社會服務的權利。² 擁有理想的公共衛生政策，透徹了解決定健康狀況的潛在因素，對我們十分重要。
- 2.4 個人或社會的健康經驗，受到多種因素和條件所影響(說明3)。那些對健康影響最大的因素，不論好壞均稱為「健康決定因素」。這些健康決定因素大致上涵蓋了人們的基因特質、生活方式和其他行為因素、人們與家庭、朋友和社會的關係，以及整體社會經濟和人們學習、娛樂、工作、生活所處的文化環境。這些不同決定因素的綜合效應，影響整體人口及個人的健康和疾病狀況。³ 雖然某些健康決定因素，例如個人的基因結構和人口的種族成分等，不能予以改變，但有許多影響健康的因素卻是可避免或預防的。

2. 防控非傳染病的概念基礎

說明3：宏觀的健康決定因素



(改編自 Dahlgren and Whitehead, 1991)

風險因素羣組

- 2.5 非傳染病由上述錯綜複雜的因素所致。這些疾病多源於共同的行為風險因素。舉例來說，四種最主要的非傳染病，即循環系統疾病、癌症、慢性呼吸系統疾病和糖尿病，都與三種主要的行為風險因素有關(吸煙、缺乏體能活動和不健康飲食)，繼而引起共通的生物醫學風險因素(過重、高血壓和血脂異常等)而致病。⁴⁻⁶而酗酒則會增加患上癌症、心臟病和損傷及中毒的風險(說明4)。
- 2.6 針對這些常見行為風險因素而採取的預防措施，將可改善整體社會的健康狀況，包括維持適中的體重、血壓和血脂水平，使整體人口的發病率隨之而下降。

說明4：常見的風險因素與主要非傳染病的關係

	風險因素							
	行為				生物醫學			
疾病／身體狀況	吸煙	缺乏體能活動	不健康飲食	酗酒	過重	高血壓	血脂異常	
循環系統疾病	+	+	+	+	+	+	+	
癌症	+	+	+	+	+			
慢性呼吸系統疾病	+		?					
糖尿病	+	+	+		+	#	#	
損傷及中毒		+		+	?			
過重	+	+						
高血壓	+	+	+	+				
血脂異常	+	+			+			

符號： + 確定的風險因素 ? 可能的風險因素 # 相關／同時患上的疾病

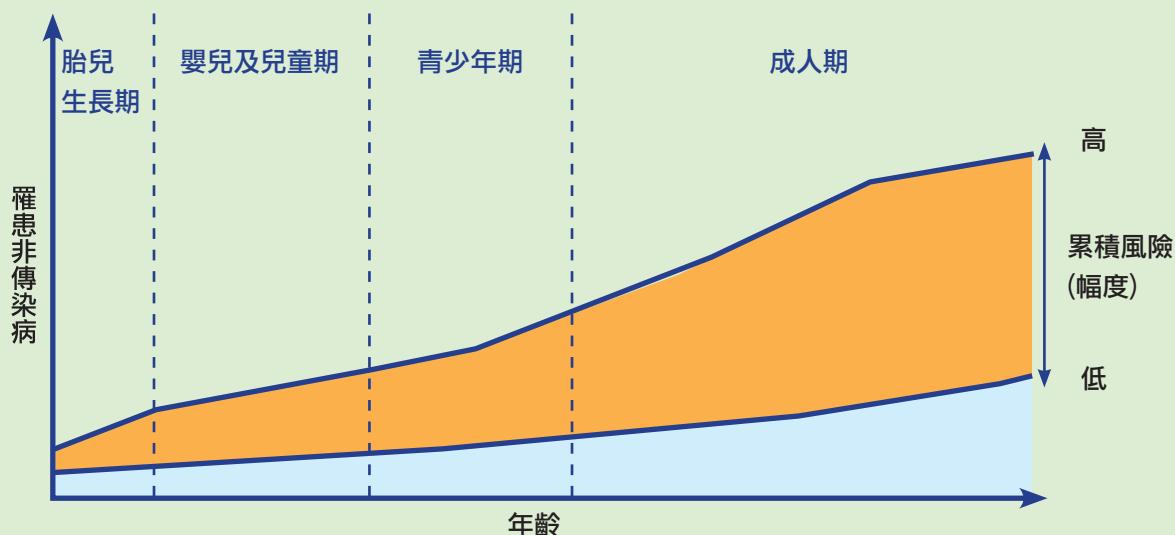
(改編自Brownson et al. Chronic Diseases Epidemiology and Control, 1998; National Public Health Partnership. Preventing Chronic Disease: A Strategic Framework(Background Paper), 2001; 世界衛生組織《預防及控制非傳染病全球戰略》，2000年)

2. 防控非傳染病的概念基礎

貫穿人生歷程的措施

2.7 每個人的健康都受着生命歷程中出現的因素所影響，罹患非傳染病的風險亦因年齡的增長而累積(說明5)。社會和生物因素於生命中各階段產生互動和累積的影響，生命早年的因素尤其重要，對日後會否患非傳染病起着關鍵的影響。⁷

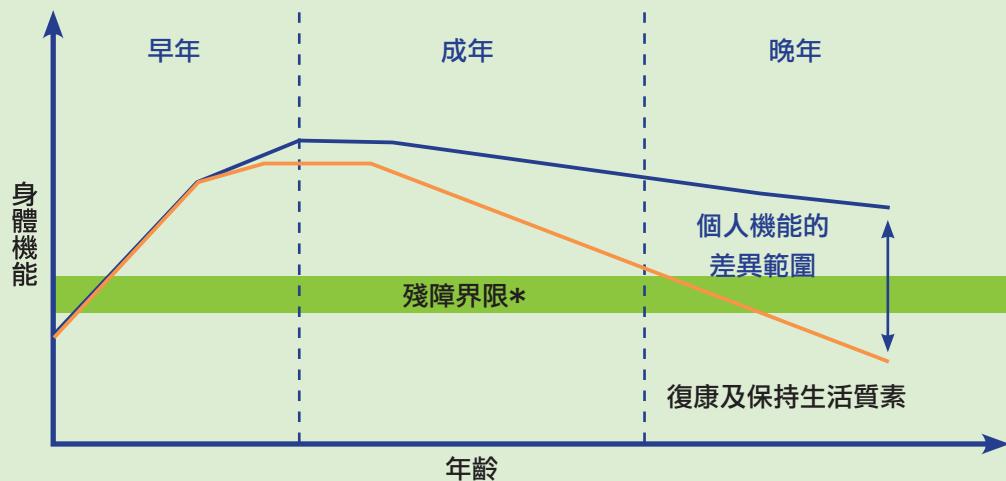
說明5：非傳染病的範圍—貫穿人生歷程的措施



(資料來源：Aboderin et al, 2002)

2.8 身體機能如肌肉力量及心血管輸出量在兒童階段持續上升，並在成年時達到高峯，隨後在老年期衰退(說明6)。由於身體機能衰退的速度主要取決於行為因素，因此採取健康的生活模式將有助維持身體機能，或預防身體機能過早衰退。舉例來說，於60歲、50歲、40歲或30歲戒煙可分別延長3年、6年、9年及10年的預期壽命。⁸ 由此可見，在生命中各階段把握能維持身體機能的機會，有助減少殘障和盛年早逝的情況。所以，我們必須在早年得到良好的成長和發展，繼而在成年把機能維持在最高的水平，以及在晚年維持良好的自理能力，並避免身體出現殘障。⁹

說明6：在生命過程中維持身體機能



註：* 環境的改變可以降低殘障界限，從而減少社會上殘障人士的數目。

(資料來源：Kalache and Kickbusch, 1997)

預防策略

2.9 規劃預防非傳染病和健康促進計劃時，應以第一級、第二級和第三級預防為基礎。

第一級預防

2.10 第一級預防關乎防止發病的措施。在這個預防級別下的一些重要策略包括：健康教育、防疫注射、環境措施和社會政策(說明7)。最終目標是改變可影響個人健康的行為或因素，從而預防疾病。這個策略在公共衛生方面，特別是與非傳染病相關的範疇，已有很多成功的例子可供參考。

說明7：健康飲食 —「每日二加三」

蔬果攝取量不足，是全球十大致命風險因素之一。若進食足夠蔬果，全球每年可減少多達 270 萬的死亡人數。世衛建議，要為健康帶來最大裨益，應每天進食最少五份或400克蔬果。¹⁰



為了加強社會對健康飲食的認知，衛生署在2005年6月推出「每日二加三」的全港性宣傳活動，提倡均衡飲食，包括每天進食最少兩份水果及三份蔬菜，以促進健康。此外，更透過不同途徑，包括大眾傳媒、派發小冊子和食譜、展板展覽、海報、24小時健康教育熱線及網頁(<http://2plus3.cheu.gov.hk>)，和舉辦各類型活動如健康講座、填色繪畫比賽、經驗分享會、飲食日誌比賽等來傳遞健康訊息。

第二級預防

2.11 第二級預防是指通過及早偵測、及早診斷，以及有效的治療，來阻止疾病在形成後進一步惡化。此外，藉着介入措施或改變生活方式，從而預防再次患病或舊病復發，如吸煙者在心臟病發後戒煙，也屬於這個類別的範疇。近年，市民較為接受以普查這種屬第二級預防的方式來「預防」疾病(說明8)。

說明8：健康檢查計劃 — 如何選擇？

健康檢查的主要目的是及早發現疾病，令病情儘早受到控制，減少出現併發症的機會或降低某些個案的死亡率。然而，只有少數慢性疾病可通過健康檢查檢驗出來。而全面的健康檢查應包括病歷查詢、健康風險評估、身體檢查和針對性的檢驗。

有些化驗一般視為「基本」，但部分化驗則較昂貴及有潛在的危險性，通常只適用於有較大機會患病的高危人士。實際上，並沒有人人都適用的所謂「套餐」。反之，不必要的檢驗只會浪費金錢和時間，同時造成不必要的恐慌和不安，所以最好由家庭醫生判斷個別人士所需要的檢查類別和頻密次數。

由於檢驗結果可能呈假陰性或假陽性，因此結果應交由醫生作評估及詮釋。沒有單一的健康檢查計劃可全面檢驗所有疾病 / 健康狀況，因此不應完全依賴健康檢查。

更重要的是，實踐健康的生活模式，例如不吸煙、維持標準體重、恆常運動和健康飲食，才是預防疾病的的最佳方法。如對本身的健康狀況存疑，便應向醫生徵詢意見。

- 2.12 不過，在制訂全民普查政策前，必須多加考慮和審慎評估各種因素，包括疾病的普遍性、檢查測試的敏感度和特異性(即假陽性和假陰性的頻度)、有否有效的治療方法，以及檢查測試本身是否有任何潛在危險(說明9)。¹¹

說明9：子宮頸普查

子宮頸癌是少數可在演變成癌症前被察覺及醫治的癌症。子宮頸細胞檢驗是目前唯一已知可有效地減低子宮頸癌的發病和死亡的檢查，尤其是有組織性的普查計劃。配合適切的跟進治療，子宮頸細胞檢驗可預防大部分子宮頸癌的形成。



雖然香港多年來都有提供子宮頸檢驗服務，但過往大部份女性只是隨機接受子宮頸檢查。本港一項分析不同子宮頸普查策略成本效益的研究顯示，與沒有普查計劃比較，推行以每三年一次進行傳統(或液基)細胞檢驗的有組織普查計劃後，女性一生累計患上子宮頸癌的風險可減少超過90%；至於隨機的檢查，相關的減幅只有40%。¹²

衛生署自2004年3月起與其他服務提供者推行全港性的子宮頸普查計劃。衛生署子宮頸普查計劃建議，女性若連續兩年的每年一次子宮頸細胞檢驗結果均屬正常，其後可每三年檢驗一次。然而，較高風險的婦女（例如曾受人類乳頭瘤病毒感染或免疫能力不足等）則須按醫護人員建議，接受較頻密的檢驗。

第三級預防

2.13 第三級預防是指對病患者的復康工作，從而減低患者出現殘障和併發症的機會，以延長壽命和享受生活。即使無法完全治癒疾病，亦可改善患者的生活質素（說明10）。

說明10：改善生活質素 — 心臟康復計劃

心臟康復是一項由醫護專業人員指導的計劃，藉此協助心臟病人迅速康復，並全面改善他們的身心機能。研究顯示，全面的心臟康復工作具成本效益，並能大大改善冠心病患者的健康。^{13, 14}

計劃的整體目標是要減低心臟病復發的風險，讓病人積極生活。心臟康復計劃的內容通常包括病人教育和輔導、運動訓練、改善風險因素、職業輔導及情緒支援等。在醫生的指導下，心臟康復計劃能幫助新近出現心臟病發和心臟衰竭的病人。綜合各項心臟康復方法用於適當的病人身上，可改善他們的身體機能和生活質素、減少風險因素、令身心康泰及培養對前景感到樂觀的心態。

香港的公私營醫療機構均有提供心臟康復服務。

2. 防控非傳染病的概念基礎

以人羣為本和以個人為本的預防模式

- 2.14 了解社羣的健康決定因素和風險分佈情況，對於制訂預防疾病策略的成功與否，具有重大的影響。以人羣為本的預防策略旨在控制相關的健康決定因素在整個人口中出現的情況，而以個人為本(亦稱為高危者)的預防策略則旨在找出容易罹患疾病的高危人士，為他們提供保護。¹⁵
- 2.15 兩種模式本身各有利弊(說明11)。以人羣為本的模式旨在推廣健康行為，以達致減低整體人口的健康風險為目的。這種模式所帶來的潛在益處相對較廣，但對於個人的效果卻不明顯。相反，以個人為本的模式則較適宜用於個人。不過，從整體人口的層面而言，它所帶來的效果有限，而且沒有改變引致有關疾病的基本原因。此外，這種模式需要以持續和昂貴的方法來找出高危人士。¹⁶

說明11：以人羣為本的模式與以個人為本的模式

	以人羣為本的模式	以個人為本的模式
較大受惠者	整體人口	個人
模式對象的動力	低	高
醫生的動力	低	高
益處與風險對比率	較難評估	較清晰
普查費用	毋須/低	高
解決方法的深度	治本	治標、短暫

(資料來源：Rose, 1985)

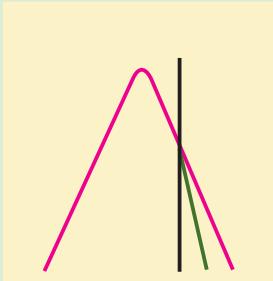
- 2.16 心臟康復計劃是以個人為本的預防模式的一個例子。該計劃能有效減少心臟病的死亡人數。透過特別編定的生活方式計劃，鼓勵患心臟病或有其他心臟問題的病人多做運動和改變生活方式，有助病人康復。一項系統性評估報告發現，與只做運動組別的病人比較，曾參與綜合心臟康復組別的病人因心臟病死亡的總人數減少達26%至31%。¹⁴ 另一項研究顯示，採用此模式介入生活方式，可使葡萄糖耐受性異常的人士在六年內患上糖尿病的風險降低58%。¹⁷
- 2.17 至於採用以人羣為本模式的有效介入措施，例如提高煙草產品稅，能使煙草產品價格上升而減少吸煙人數，從而大幅改善人口健康情況。此外，降低市場上加工食品的含鹽量，不論採用立法或業界自律方式，皆能促使區內特定人口的平均心臟收縮血壓相應下降。^{18,19}
- 2.18 對一些在社區中十分普遍的非傳染病，採用以人羣為本的模式，即使輕微改變風險因素水平，仍會對整體人口帶來重大的益處。然而，因為以個人為本的模式本質上能令高危人士獲益，所以這模式亦應納入防控非傳染病的整體策略之中(說明12)。¹⁷ 主要的挑戰是要在兩種模式中取得平衡。

說明12：以人羣為本與以個人為本的預防策略



原本分佈情況

疾病的風險因素水平於整體人口中的正態分佈情況如圖中的紅線所示 — 即大部份人口的風險因素水平低於某界限，小部份則高於該界限。



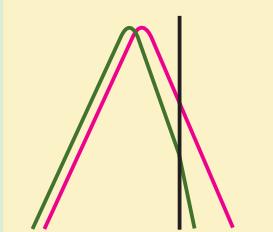
以個人為本的模式

這個模式是集中幫助少數其風險因素水平已超出界限的高危人士。當推行只針對這些高危人士的預防措施，其風險因素水平分佈則會向低水平方向移動，但非高危人士的風險因素水平則不受影響，如圖中綠線所示。



以人羣為本的模式

這個模式是要幫助整體人口的風險因素水平分佈向低水平方向移動。當推行針對整體人口的預防措施，則整體風險因素水平會向低水平方向移動，包括高危人士的風險因素水平亦能相應稍為移動，如圖中綠線所示。



綜合模式

因此推行以人羣為本及個人為本的結合模式，對整體人口以及高危人士來說都可獲得較大健康裨益。

(資料來源：Rose, 1985)

- 2.19 在世界各地均有許多成功例子是結合以人羣為本和以個人為本的模式來防控非傳染病 (說明13)。

說明13：成功結合以人羣為本和以個人為本的非傳染病預防計劃

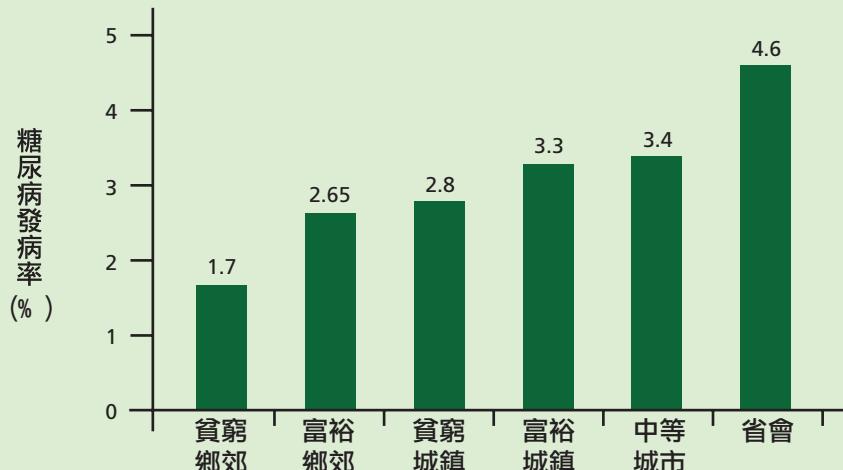
社區可從參與預防慢性疾病有關的活動中得益。一些成功的心血管疾病預防試驗計劃包括斯坦福三社區計劃²⁰、北卡累利阿計劃²¹、斯坦福五市計劃²²、明尼蘇達州心臟健康計劃²³及波塔基特心臟健康計劃。²⁴ 這些計劃發現，透過改變已確知的風險因素，包括吸煙、高血脂、高血壓及缺乏運動，可有效預防心血管疾病。

這些工作的基本前提是採用針對整個社區的策略，透過改變危害個人及社區的風險因素，從而減低整體人口的患病率。它們各自提供了具參考價值的模式、改善認知和教育方面的多樣化方法、建立技術和倡議的方法，以及籌劃和推行以社區為本／主導的策略。這些工作不但具成本效益，而且易於轉化，以及對健康政策發展有重大影響。²⁵

健康差距

- 2.20 健康差距一般是指不同人口或社羣之間在健康狀況方面出現的差距範圍。每個人的基因和生理結構各有不同，某些健康差距本就無可避免，但很多健康差距卻是由於個人的生活方式、享有的資源和接受醫護服務的機會有別所致。²⁶ 例如在內地，由於人民日漸富裕和採用西方的飲食習慣，居於城市的人罹患糖尿病的風險比住在貧窮鄉郊的人高出2.7倍(說明14)。²⁷
- 2.21 致力縮窄各人口組別之間的健康差距，已成為公共衛生的挑戰。² 因此，公共衛生的重要工作是要找出導致健康差距的健康決定因素，並制訂相應的政策以減少差距。

說明14：日益擴闊的健康差距



內地糖尿病發病率分析顯示，糖尿病患者的比例，由內地貧窮鄉郊的1.7%增加至省會的4.6%。

(資料來源：吳先萍等，2002年)

健康認知水平與社會市場學

- 2.22 健康認知水平是指閱讀、了解醫護資訊並作出相應行動的能力。研究顯示，健康認知水平低的人羣出現健康狀況欠佳的比例遠高於其他人羣。²⁸ 因此，要改善人們的健康，就必須先提高整體人口的健康認知水平。
- 2.23 社會市場學是有效的健康促進方法，可透過推動人們運用健康資訊和改變行為來促進和維持良好的健康。過去多年來，包括香港等多個地方均有運用社會市場學推廣運動來促進健康(說明15)。

說明15：運用社會市場學策略促進健康

衛生署中央健康教育組自2002年重組後，已加強運用社會市場學策略，向市民宣傳各種改善健康的方法。該組與傳媒合作，就不同的重大健康問題籌辦各類活動，例如提倡正面健康概念的「普及健體運動」，以及國際性健康活動，包括「世界不吸煙日」、「世界衛生日」、「國際母乳餵哺週」、「世界慢性阻塞性肺病日」和「世界糖尿病日」。各項活動都運用了社會市場學，通過不同的途徑向不同的目標傳遞健康訊息。

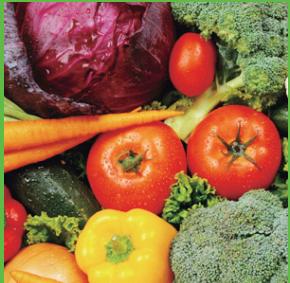
設定公共衛生工作優先次序

- 2.24 由於資源所限，我們必需設定優先次序，才可以合理運用資源在社會推行公共衛生工作。不過，要辨識優先處理的健康範疇並不容易。某種疾病或健康情況是否應該成為關注重點和預防措施的目標，要視乎多項因素而定(說明16)。
- 2.25 過去20年來，部分已發展國家已完成辨識公共衛生工作優先次序的歷程，並着手處理相關的優先健康範疇。舉例來說，澳洲選定了七個全國公共衛生工作優先範疇，包括哮喘、心血管健康、癌症控制、損傷防控、糖尿病、精神健康、關節炎和肌肉骨骼情況，以展開行動；而美國亦把心臟病、中風、癌症及糖尿病視為最重要的健康問題。我們需要就香港應設定的優先次序，以及所須達成的目標，取得共識。

說明16：設立健康範疇的優先次序條件²⁹

- 從公共衛生角度衡量為重要的致命原因
- 因疾病而產生的後果
- 對社會構成的經濟負擔
- 預防性和及早偵測的可能性
- 導致發病率或死亡率上升的潛在可能
- 通過符合成本效益的介入措施而使健康有大幅改善的機會
- 公眾認同為重要的健康範疇

3



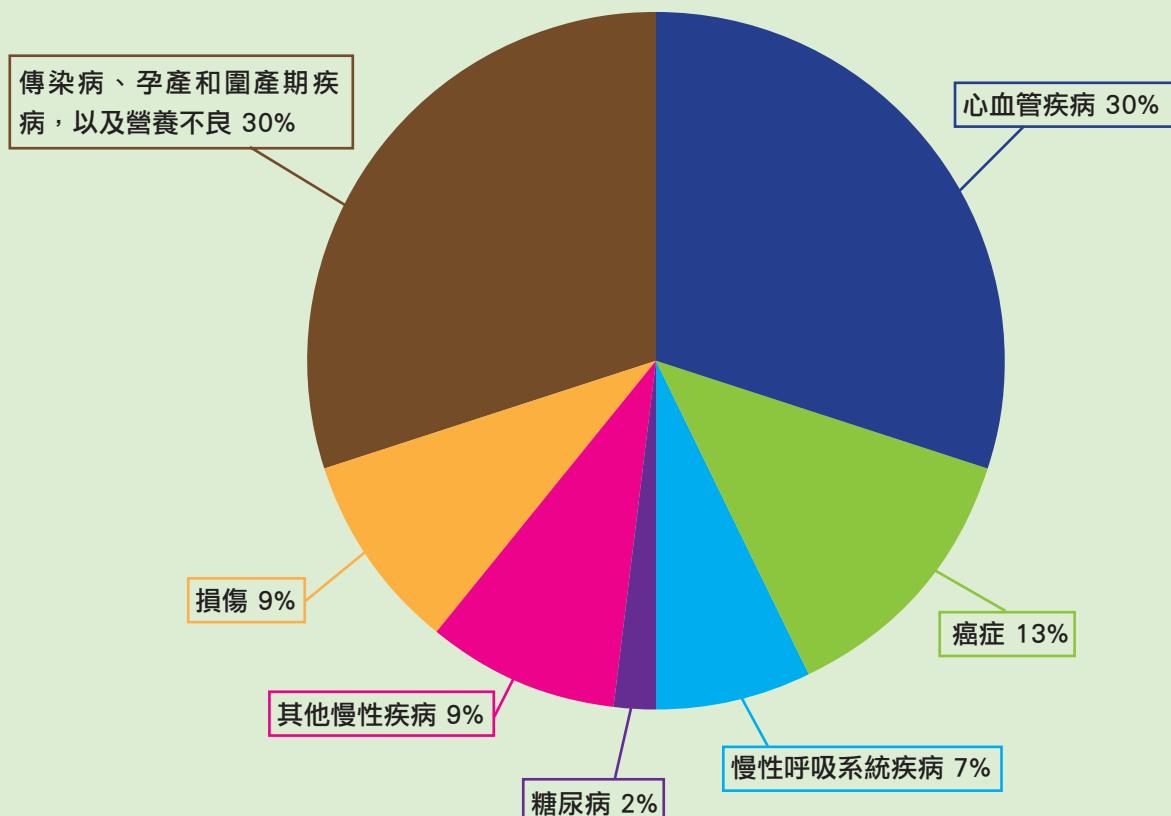
防控非傳染病的全球觀點



被忽略的流行病

3.1 估計在2005年全球有5 800萬人死亡，當中超過五分三(61%)死於心血管疾病、癌症、糖尿病、慢性呼吸系統疾病及其他慢性非傳染病(說明17)；而在全球疾病負擔方面，非傳染病所佔的比例接近一半，達46%。¹ 若不立即採取行動，世衛估計在2015年全球6 400萬人死亡中，將有4 100萬人死於慢性病。

說明17：估計2005年全球人口的主要死因



(資料來源：世界衛生組織，2005年)

3. 防控非傳染病的全球觀點

- 3.2 大多數疾病的形成是由數項既可獨立，亦可相互結合的風險因素所致。舉例來說，在2001年全球700萬宗癌症死亡個案中，估計大約243萬宗(35%)是由九個影響健康的行為及環境決定因素所引致，包括過重及肥胖、蔬果攝取量不足、缺乏體能活動、吸煙、酗酒、市區空氣污染、不安全性行為、在室內使用固體燃料產生煙霧、在醫院或診所接受已被污染的注射等。² 此外，有四分三心血管疾病是由吸煙、缺乏體能活動、蔬果攝取量不足、高血壓和膽固醇等主要風險因素所引致。¹
- 3.3 傷殘調整壽命年常用作疾病負擔的指標，用以量化和量度人口的健康狀況，從而決定應該優先採取改善人們健康的介入措施。傷殘調整壽命年是指因種種原因，以致失去健康生命的總年數，這包括早逝或罹患殘疾而失去的健康年期。在已發展國家，吸煙是最主要的健康風險因素，以傷殘調整壽命年計算約佔全部疾病負擔的12%；高血壓和酗酒各佔9%至11%，而膽固醇過高和體重指數過高則各佔傷殘調整壽命年的7%至8%（說明18）。³

說明18：按國家發展程度劃分並以傷殘調整壽命年計算，構成疾病負擔的十大健康風險因素及其百分率³

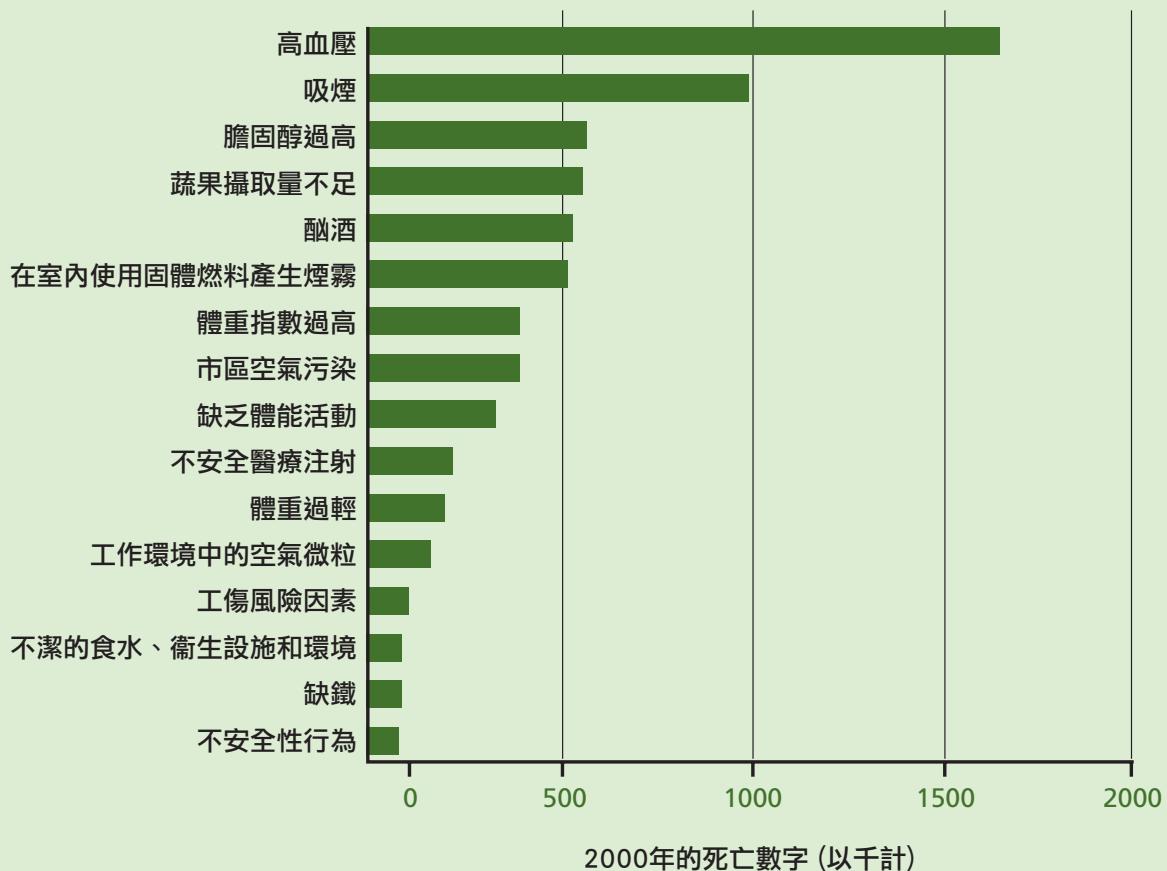
級次	發展中國家		已發展國家
	死亡率高的國家	死亡率低的國家	
1	體重過輕 (14.9%)	酗酒 (6.2%)	吸煙 (12.2%)
2	不安全性行為 (10.2%)	體重過輕 (5.0%)	高血壓 (10.9%)
3	不潔食水 (5.5%)	高血壓 (4.0%)	酗酒 (9.2%)
4	室內煙霧 (3.7%)	吸煙 (3.1%)	膽固醇過高 (7.6%)
5	缺鋅 (3.2%)	體重指數過高 (2.7%)	體重指數過高 (7.4%)
6	缺鐵 (3.1%)	膽固醇過高 (2.1%)	蔬果攝取量不足 (3.9%)
7	缺乏維他命A (3.0%)	缺鐵 (1.9%)	缺乏體能活動 (3.3%)
8	高血壓 (2.5%)	蔬果攝取量不足 (1.9%)	吸毒 (1.8%)
9	吸煙 (2.0%)	在室內使用固體燃料 產生煙霧(1.8%)	體重過輕 (0.8%)
10	膽固醇過高 (1.9%)	不潔食水 (1.7%)	缺鐵 (0.7%)

(資料來源：《2002年世界衛生報告》)

3. 防控非傳染病的全球觀點

- 3.4 在2000年西太平洋地區有超過160萬宗死亡個案與高血壓有關，約100萬宗與吸煙有關，而與膽固醇過高和蔬果攝取量不足有關的則分別超過50萬宗(說明19)。³ 其實，最少80%的心臟病、中風和二型糖尿病以及40%的癌症個案是可以透過健康飲食、恒常運動和不吸煙來避免⁴，因此，制訂一個處理各種常見主要風險因素的綜合模式是預防和控制非傳染病最具效益的方法。
- 3.5 此綜合模式不單提供介入措施以消除常見的主要風險因素，還整合了第一級、第二級和第三級預防工作，藉此減低早逝和患病風險。要做到以上兩點，必須研究應如何配合病程來採取措施，由促進健康和預防疾病做起，再結合治療和自我護理，並邀請各個界別和專業人士參與。

說明19：2000年西太平洋地區引致死亡的主要風險因素



(資料來源：《2002年世界衛生報告》)

國際經驗

3.6 預防和控制非傳染病是世衛的優先工作項目。下文摘錄有關推行非傳染病防控策略的國際經驗，其成功要素可供香港借鏡。此外，世界衛生大會多年來通過的決議(說明20)，對制訂香港的非傳染病防控策略框架甚具參考價值。

說明20：與香港非傳染病防控框架有關的世衛決議

- WHA 51.12 健康促進(1998)
- WHA 53.17 預防和控制非傳染病(2000)
- WHA 56.1 世衛煙草控制框架公約(2003)
- WHA 57.16 健康促進和健康的生活方式(2004)
- WHA 57.17 飲食、身體活動與健康全球戰略(2004)
- WHA 58.16 加強積極和健康的老齡化(2005)
- WHA 58.22 預防和控制癌症(2005)
- WHA 60.23 預防和控制非傳染病：實施全球戰略(2007)
- WHA 60.24 全球化世界中的健康促進(2007)

(資料來源：世界衛生組織世界衛生大會)

3.7 在2000年，第53屆世界衛生大會所通過的《預防和控制非傳染病全球戰略》⁵為制訂地區框架提供了重要的指引(說明21)。該戰略除了重點闡述促進健康和預防疾病外，亦確認了醫院護理和醫療改革在發展更有系統的非傳染病防控方面帶來更具健康效益的機遇。

3. 防控非傳染病的全球觀點

3.8 在2005年舉行的第6屆全球健康促進會議上，與會者通過了《曼谷健康促進憲章》(說明22)。⁶此憲章重點提出全球健康形勢所出現的轉變，並確立各項重大挑戰、主要承諾及所需行動。這些都有賴眾多參與者及相關各方合力促進健康，才能付諸實行。以上各項均與香港息息相關。

說明21：預防和控制非傳染病全球戰略

收集行動所需的數據基數

- 評估和監測由非傳染病造成的死亡狀況、人口暴露於風險因素的水平及其在人口中的決定因素；
- 設立監測信息機制以促進醫療衛生的決策、宣傳和評估。

建立促進健康和預防非傳染病的全國性規劃

- 聯繫相關各方，組成國家聯盟；
- 建立可全國推行並以綜合風險因素為基礎的預防試點項目；
- 建立國家和社區對制訂、實施和評估非傳染病綜合規劃的能力；
- 促進對預防和管理相關問題的研究。

處理醫療衛生部門以外可影響非傳染病控制的問題

- 評估社會和經濟發展對主要非傳染病負擔的影響，以便開展全面及跨學科的分析；
- 制訂創新機制和程序以協調影響醫療衛生的政府活動；
- 將疾病預防工作制訂為公共議程的優先項目，並動員社會行動作支持。

確保醫療衛生部門面對非傳染病挑戰的能力

- 制訂具成本效益的醫療衛生各項計劃，為需優先處理的非傳染病，制訂以實證為基礎的有效管理指引；
- 轉變衛生保健管理人員的角色，由只向機構(如醫院)負責至負起有效管理資源的責任，以促進和確保人口的健康。

(資料來源：世界衛生組織，2000年)

說明22：《曼谷健康促進憲章》

重大挑戰

此憲章重點指出多個重要因素，包括國內及國際間日趨嚴重的健康差距、新的消費與通訊模式、商業化、都市化加劇及環境惡化等，均對健康構成威脅，而我們必須處理這些因素。其他挑戰則包括急速和多屬不利的社會、經濟及人口轉變。這些轉變對工作情況、學習環境、家庭模式，以及社區的文化和社會結構都會產生影響。

主要承諾

為了達致全民健康，此憲章提出了促進健康的新方向，建議政府、聯合國轄下各組織和其他機構包括私人機構，在所有層面上落實連貫的政策。這種連貫的政策將有助加強國際間對條約的遵從性、透明度和問責性。四項主要承諾是使健康促進成為：

- 全球發展議程的中心；
- 所有政府的一項核心責任；
- 社區及民間社會的一個主要重點；以及
- 公司規範的一項要求。

所需行動

邁向更健康的世界需要各界不斷提倡、政府大力支持及公眾廣泛參與。正如《曼谷健康促進憲章》所建議，各界別及各機構必須：

- 倡導以人權和團結為基礎的健康；
- 投資予可持久的政策、行動和基礎設施以處理健康的決定因素；
- 開展政策制訂、領導作用、健康促進措施、知識轉讓和研究以及衛生掃盲方面的能力建設；
- 進行管制和立法以便確保高度的危害防範並使人人都能獲得健康的平等機會；以及
- 與公立、私立、非政府和國際組織以及民間社會建立伙伴關係和同盟以便形成可持久的行動。

(資料來源：世界衛生組織，2005年)

3. 防控非傳染病的全球觀點

3.9 每個國家，不論其人力和財力的多寡，均有能力改善防控非傳染病的工作。為了向各地衛生部門提供一個靈活可行的模式，世衛提出了一個漸進式框架，內容包括三個主要策劃步驟和三個實施步驟(說明23)，以便在防控非傳染病時平衡不同的需要和優先處理工作，並實施以實證為本的介入措施。¹多個國家在制訂防控非傳染病政策和實施防控工作時，都有參考該框架。⁴

說明23：世衛預防慢性疾病的漸進式框架



(資料來源：世界衛生組織，2005年)

3.10 下列國家所進行的工作，再次反映出預防非傳染病的重要性。

加拿大⁷

3.11 加拿大自2002年開始發展綜合泛加拿大健康生活策略(Integrated Pan-Canadian Healthy Living Strategy)。這套策略根據健康生活的理念定出可長遠實行的框架，並於2005年在聯邦、省、地區衛生部門首長周年大會上通過。策略的目標是促進健康及縮窄健康差距。該策略從全民健康入手，初期工作針對健康飲食和體能活動以及這兩項因素與健康體重的關係，其後並制訂泛加拿大健康生活目標。總結該策略，要取得成效，各方必須通力合作。

3.12 策略以整合、合作、分擔責任、最佳實踐方法為指導原則，循以下四個方向落實：

- 領導與政策發展；
- 知識發展與轉移；
- 社區發展及基礎設施；以及
- 公眾資訊。

3.13 健康生活策略具有跨界別的特質，因此能為所有界別、政府機關及私營機構提供全國適用的參考點，以檢測各自訂定的策略及介入是否有效。

英國^{8, 9}

3.14 英國政府雖然沒有具體定出非傳染病策略，但白皮書*Saving Lives: Our Healthier Nation* (1999)實際上已設定處理同類疾病(包括冠心病及中風、癌症及意外)的框架。白皮書其中一項主要目標，是「改善社會上最貧困者的健康，並縮窄健康差距。」白皮書在1999年發表後，國家健康服務局落實一系列的國家醫療保健服務框架，各個框架涵蓋針對糖尿病及冠心病等一系列疾病的預防、治療、復康、護理等工作。同時亦為長者及兒童另設一套國家醫療保健服務框架。

3. 防控非傳染病的全球觀點

- 3.15 2004年，英國政府發表另一份名為*Choosing Health: Making Healthier Choices Easier*的白皮書，詳述政府如何協助國民選擇較健康的生活方式。其三大原則是讓每一個人掌握足夠資訊以作出選擇、提供個人化的支援讓他們作出健康的選擇、攜手合作為促進健康而努力。白皮書並提出六項優先處理的工作範圍，讓更多國民可以此作為依據，作出健康的選擇：
- 處理健康差距；
 - 減少吸煙人口；
 - 處理肥胖問題；
 - 改善性健康；
 - 改善精神健康及心理健康；以及
 - 減低酗酒造成的傷害及鼓勵理性飲酒。
- 3.16 英國政府決意改善國民的生活，並致力實踐承諾，長期進行這方面的工作。為此，白皮書列出落實這個策略的重點。扼要來說，政府承諾：
- 日後訂立的法例會加入促進健康的元素，在進行規管影響評估時須評估對健康的影響；
 - 重訂主流計劃的重點，並為特定優先處理的工作提供新撥款；
 - 與地區政府及其他機關合作，由內閣小組委員會統籌及監督有關工作；
 - 公佈工作計劃，清楚闡述實踐各項承諾的責任以及需要進行的工作；
 - 建立伙伴關係，匯集地區政府、英國國民保健服務系統、消費者、志願機構及私營機構一同推行工作；以及
 - 清楚訂明實踐工作的系統，以確保能在地方層面落實。
- 3.17 工作要取得成效，必須有中央的協調及指引、政府和地方機構及相關各方的合作、善用公共衛生系統、在現有的工作基礎上向前推進、以促進健康為主流承諾、定出清楚的目標及時間表，並結合公眾及傳媒的參與。除策略文件外，當局還發出中央指引，說明如何評定落實英國國民保健服務系統各項優先處理範圍的成效，並且訂立全國恆常監察的公共健康目標。

3.18 2003年，瑞典國會通過政府的公共衛生目標草案 (Public Health Objectives Bill)，推行國家公共衛生政策 (National Public Health Policy)。其政策的整體方向是締造社會條件，確保全國人民能享有健康，達致以下目標：

- 全民參與，相互影響；
- 促進經濟和社會的穩定；
- 為兒童及青少年提供安全良好的成長條件；
- 促進工作健康；
- 促進環境及產品的健康及安全；
- 提供能促進健康的醫療保健服務；
- 有效預防傳染病；
- 鼓勵安全性行為及促進生育健康；
- 增加體能活動；
- 養成良好飲食習慣，注意食物安全；以及
- 減少抽煙、飲酒和服用違禁藥物，並且減輕沉迷賭博造成的害處。

3.19 首六個目標與結構性因素有關(例如環境)，可透過國民的努力及政府的政策得以改善，其餘五個目標則與個人的生活方式有關，需要個人承擔維持自己健康的責任。當局已計劃在不同的政策範圍推行改善公共健康的措施，涵蓋的範疇包括社會、兩性平等、兒童、長者、保健、殘疾人士、教育、勞工市場、環境及文化。整體而言，該公共衛生草案已定出共31個擬實施的政策範疇。

3. 防控非傳染病的全球觀點

澳洲^{11, 12}

3.20 過去10年，澳洲推出多項政策以應付日益普遍的慢性病。2001年，在澳洲衛生部長議會(Australian Health Minister's Advisory Council)支持下，國家公共衛生伙伴小組(National Public Health Partnership Group)，聯同全國策略協調小組(National Strategies Coordination Working Group)及國家衛生優次行動局(National Health Priority Action Council)，提出預防慢性病的策略框架。此框架的目的在於提供全面、實證為本的公共衛生對策以應對優先的疾病及健康問題。為使保障全國人口健康的工作更具有成效，框架着重於多個有共同病源、風險及其他決定因素的可預防疾病。根據一系列選擇準則，得出所要針對的主要健康問題為心臟病、中風、二型糖尿病、高血壓、血脂異常及肥胖。該框架建議處理的其他問題還包括腎病、某類癌症及慢性肺病，而主要行為風險因素則有吸煙、不健康飲食、缺乏體能活動及酗酒等。

3.21 該慢性疾病預防策略目的在於：

- 抑制慢性疾病對健康、社交及經濟的影響，從而促進全澳洲市民的健康；
- 收窄人口中不同羣體的健康差距；
- 建立全國性的促進健康及預防慢性疾病的策略，以切合國民於生命中不同階段的健康需要；
- 將預防慢性病的目標納入政策中；以及
- 建立及維持達致這些目標所需的伙伴關係、制度及領導工作。

3.22 為達致這些目標，框架凸顯了根據各生命階段而推行的疾病預防及健康促進工作，及協調社會上各組別和關注團體分擔疾病預防工作的重要性。與此同時，為配合世衛的建議，該框架建議在澳洲，就三個重大範疇組織全國性預防疾病工作，包括：建立一個有效的資料庫、加強疾病預防及健康促進的工作，以及改善慢性疾病的護理制度。

新加坡¹³

3.23 由2000年開始，新加坡衛生部開展了多元化的疾病管理框架，以控制主要慢性疾病的情況。其目的在於減少主要慢性疾病如心血管疾病所導致的死亡及疾病負擔。該框架強調利用預防性的健康護理計劃，推廣健康生活，以建立更健康的社羣。這個工作方針分為下列各項：

- 病人及家庭教育；
- 推廣自主護理；
- 改進臨牀護理程序(例如臨牀指引及流程)；
- 通過良好的溝通及各種臨牀設備，促進照顧者與病人的互動；
- 匯報病人的康復成果；以及
- 提供資訊科技基礎設施的支援。

3.24 這個框架針對一般市民及高危組別推行健康促進及第一級預防工作。同時也強調，及早發現和處理(第二級及第三級預防工作)風險因素的重要性，以達致全面的疾病防控工作路向。為成功推展此框架，國家疾病控制計劃(National Disease Plan)通過全面的策略，涵蓋病人責任、整合多方護理提供者的工作，以及確定負責方。這個計劃的範疇包括癌症、冠心病、中風、末期腎衰歇及近視。

3.25 總括而言，上述國家所採取的工作強調推廣健康的生活方式和疾病預防的角色，以處理主要非傳染病問題。

4

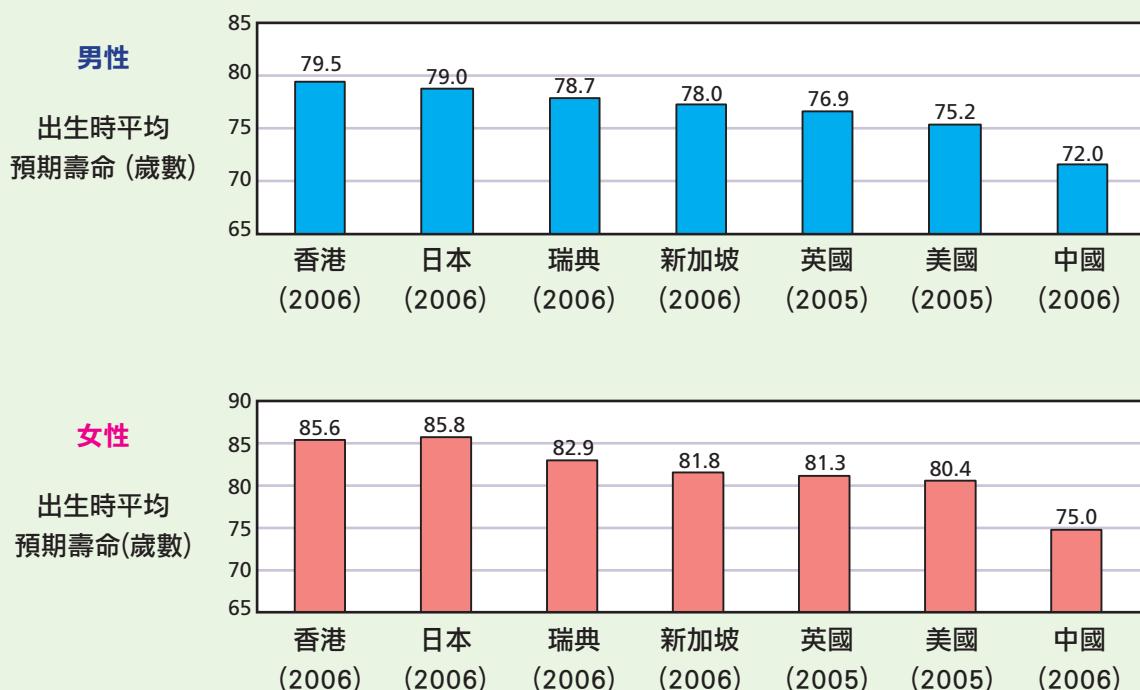


本港情況概覽



4.1 相比其他地區，香港人出生時平均預期壽命高(說明24)和母嬰死亡率低，較世界許多地方優勝。

說明24：香港與選定國家的出生時平均預期壽命



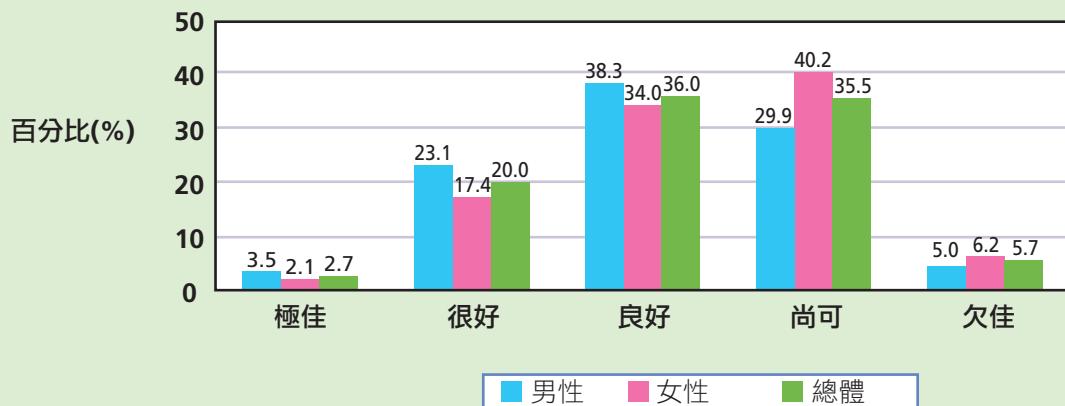
(資料來源: 香港 - 政府統計處；日本 - 日本統計手冊(<http://www.stat.go.jp/english/data/handbook/c02cont.htm>)，檢視日期2008年7月8日；瑞典 - 瑞典統計局網站 (http://www.scb.se/templates/tableOrChart____25831.asp)，檢視日期 2008年7月8日；新加坡 - Handbook of Statistics Singapore 2007(<http://www.singstat.gov.sg/pubn/reference/yoys/yoys2007.pdf>)，檢視日期2008年7月8日；英國 - Population Trends, Summer 2008, No.132 (http://www.statistics.gov.uk/downloads/theme_population/Population_trends_132.pdf)，檢視日期2008年7月8日；美國 - National Vital Statistics Reports. Vol 56, No.10, April 2008 (http://www.cdc.gov/nchs/data/nvsr/nvsr56/nvsr56_10.pdf)，檢視日期2008年7月8日；中國 - The World Health Report 2008, WHO (<http://www.who.int/whosis/whostat/2008/en/index.html>)，檢視日期2008年7月8日。)

4. 本港情況概覽

一般健康狀況

- 4.2 在2003至2004年，衛生署聯同香港大學社會醫學系進行「人口住戶健康調查」，探討香港人口的健康狀況、健康行為和其他多項與健康相關的問題。此調查隨機抽選了7 000多名15歲及以上陸上非住院香港居民進行面對面訪問。¹
- 4.3 結果顯示，約60%受訪者認為自己的健康狀況良好甚至極佳(說明25)，約42%認為自己的生活質素良好或很好；只有少數被訪者認為自己健康「欠佳」。不過，在75歲及以上的長者中，差不多每五名便有一名(19.5%)認為自己的健康狀況欠佳，這可能與長者較常患病有關。

說明25：按性別劃分的自我評估健康狀況



註：15歲及以上的人士

由於四捨五入的關係，百分率的總和未必是100%

(資料來源：2003至2004年人口住戶健康調查)

4.4 隨着人口老化，加上市民的健康風險情況持續改變，這包括社會差距日益擴大(說明26)及影響健康的環境因素不斷改變，預計未來會有更多人患上慢性疾病，我們必須制訂公共衛生策略，以應付挑戰。

說明26：收入與健康

健康與社會經濟環境息息相關。在貧窮地區及在主流社會邊緣或以外的某些弱勢社羣或分組人口其健康狀況會較差。不少報告顯示，健康狀況與收入等級成正比。調查也證明，一個國家的收入分佈情況愈不平均，市民的健康狀況愈差。

4. 本港情況概覽

常見的健康風險和行為

4.5 研究顯示，某些主要的行為和生物醫學風險因素在香港人口中十分常見。舉例來說，根據2007年4月的行為風險因素調查結果，在年齡介乎18至64歲的人口中，有15.9%的人每天吸煙，其中男性的吸煙比率更是約女性的四倍；另有18.9%的人的體能活動水平屬「低度」。調查又顯示，只有不足五分之一的人達到世衛所建議每天吃至少五份水果和蔬菜的指標。此外，8.9%的人(14.6%男性和3.8%女性)自稱在受訪前的一個月曾經暴飲(即每次喝超過五杯或五罐酒精類飲料)(說明27)。² 另一項研究發現，健康風險因素羣集的現象十分普遍。該研究指出連同體重指數超標(體重指數 ≥ 23)在內的五項的風險因素，有37.6%人士擁有其中一項健康風險因素、35.8%的人擁有兩項、2.8%的人同時擁有四項，0.7%的人更同時擁有上述全部五項風險因素。³

說明27：常見行為風險因素

	總計	男性	女性
每日吸煙	15.9%	26.2%	6.8%
低度體能活動水平 (按國際體能活動問卷分類)	18.9%	16.6%	20.9%
蔬果攝取量不足	81.1%	86.3%	76.6%
暴飲(在過去一個月)	8.9%	14.6%	3.8%

註：18至64歲的人士

(資料來源：2007年4月的行為風險因素調查)

4.6 另一項調查 — 心臟健康調查顯示，本港15至84歲人士中，逾三分之一屬中央肥胖(即男性腰圍大於90厘米和女性腰圍大於80厘米)。按年齡分析，中央肥胖的比率隨年齡而上升。⁴ 調查亦發現有33.3%人士的膽固醇濃度屬於高水平邊緣及以上；3.9%人士的高密度脂蛋白濃度屬於高危水平；22.9%的低密度脂蛋白濃度屬於高水平邊緣及以上；0.4%人士的極低密度脂蛋白濃度屬於高危水平；和有15.9%人士的三酸甘油脂濃度屬於高水平邊緣及以上。整體而言，男性有不理想的膽固醇、高密度脂蛋白、低密度脂蛋白、極低密度脂蛋白和三酸甘油脂濃度的比率較女性高。而有這類血脂濃度不理想的比率也隨年齡增長而上升。此外，調查也發現7.5%的人士經檢驗被界定為葡萄糖耐受性異常或空腹血糖異常，當中不包括糖尿病患者(說明28)。值得注意的是，某些人可能有超過一種風險因素。

說明28：主要生物醫學風險因素的患病率

	總計	男性	女性
中央肥胖	35.3%	30.2%	39.5%
不理想膽固醇濃度	33.3%	36.3%	30.8%
不理想高密度脂蛋白濃度	3.9%	6.8%	1.5%
不理想低密度脂蛋白濃度	22.9%	27.6%	19.1%
不理想極低密度脂蛋白濃度	0.4%	0.6%	0.1%
不理想三酸甘油脂濃度	15.9%	22.1%	10.8%
葡萄糖耐受性異常或空腹血糖異常	7.5%	8.7%	6.4%

註：15至84歲的人士

(資料來源：2004至2005年心臟健康調查)

4. 本港情況概覽

慢性健康問題的患病率

4.7 死亡率偏高的疾病，不一定是社區內最普遍的健康問題。過重及肥胖(38.8%)和高血壓(27.2%)是最普遍經由醫生診斷或於調查其間被檢測出的慢性健康狀況，而膽固醇過高(8.4%)和糖尿病(3.8%)則是經由醫生診斷的最常見慢性疾病（說明29）。¹

說明29：慢性健康問題的患病率

	總計	男性	女性
過重及肥胖(體重指數 ≥ 23)	38.8%	42.5%	35.9%
高血壓	27.2%	30.1%	24.9%
膽固醇過高	8.4%	8.4%	8.4%
糖尿病	3.8%	3.7%	3.8%
哮喘	1.9%	1.8%	1.9%
冠心病	1.6%	2.0%	1.2%
慢性阻塞性肺病	1.4%	1.9%	0.9%
癌症	1.3%	1.0%	1.5%
中風	1.1%	1.5%	0.8%

註：15歲及以上的人士

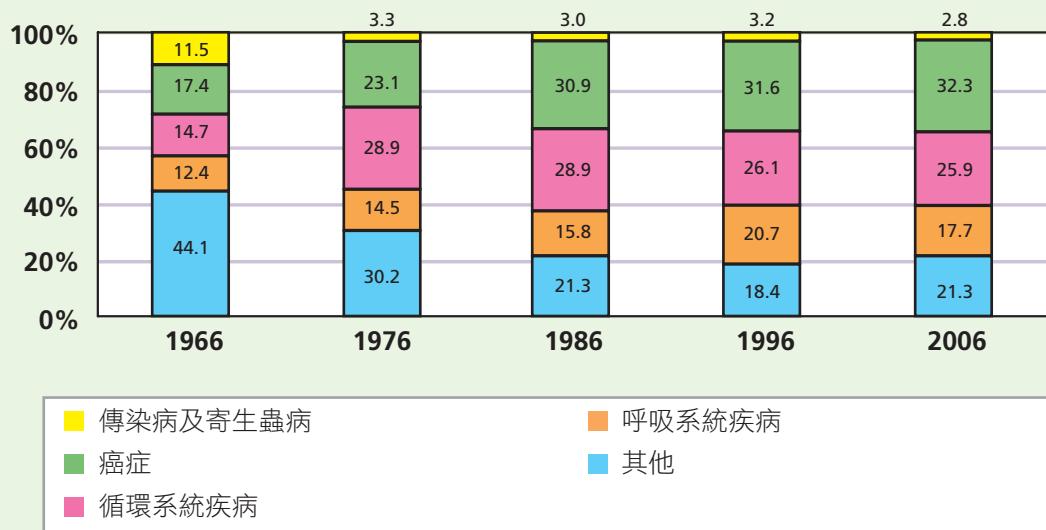
(資料來源：2003至2004年人口住戶健康調查)

- 4.8 然而，這些健康問題的實際患病率可能會被低估，很多人因為沒有病徵，而未能意識到本身已有該問題。就糖尿病而言，根據一項本港研究指出，分別只有28%和30%男性與女性患者知道自己患有糖尿病，也就是說約有70%患者並不知道自己已患有該疾病，而這情況在各年齡組別中都可見。⁵
- 4.9 損傷是另一個主要的公共衛生問題。人口住戶健康調查發現，14.3%的15歲及以上人士在調查前的12個月曾因損傷以致活動受到限制，其中男性所佔比率(17.4%)比女性(11.7%)高。此外，15至24歲年齡組別的人士較其他年齡組別人士多報稱因嚴重損傷而令正常活動受到限制。¹

主要致命疾病

4.10 一如其他多個國家，香港經歷了流行病的轉變，致命疾病已由傳染病轉變為以非傳染病為主。傳染病和寄生蟲病的死亡率，由1966年的約10%下跌至2006年的不足3%，而同期由癌症和循環系統疾病(包括心臟病和中風)等非傳染病引致的死亡比率，則上升近一倍(說明30)。

**說明30：1966、1976、1986、1996和2006年選定疾病類別所引致死亡的比
例(佔登記死亡總數的百分率)**

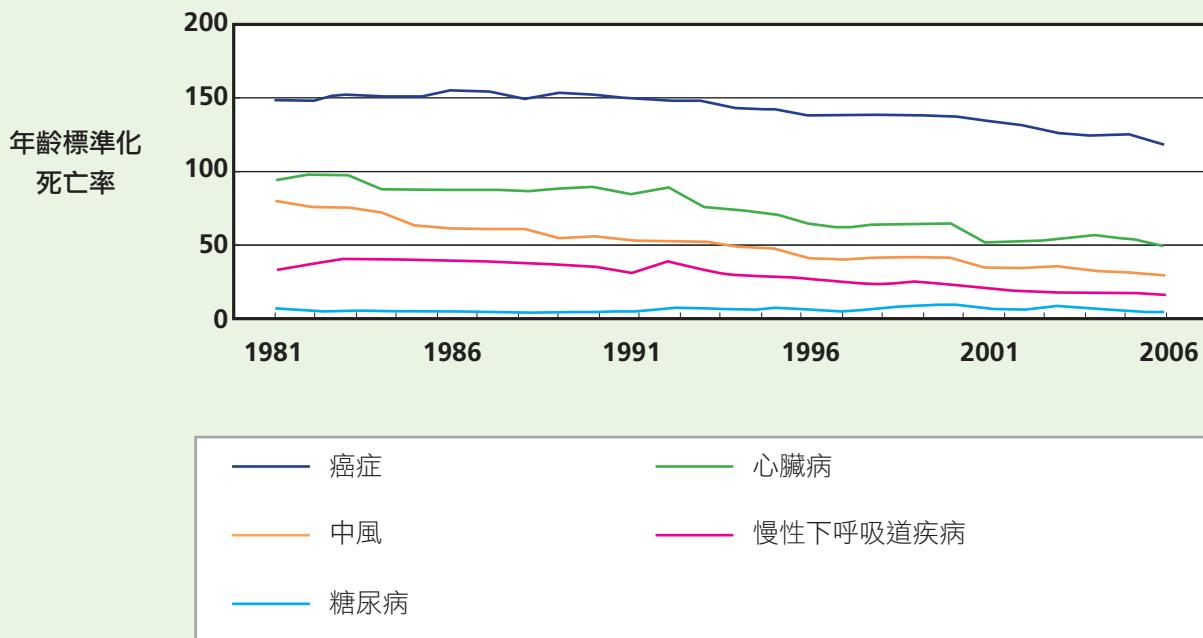


註：由於四捨五入的關係，百分率的總和未必是100%

(資料來源：政府統計處；衛生署)

4.11 但是，過去20年間，常見的致命疾病包括心臟病、中風和大多數癌症的年齡標準化死亡率已呈現了下降的趨勢(說明31)。

說明31：1981年至2006年按選定疾病劃分的年齡標準化死亡率(每10萬名標準人口計算)

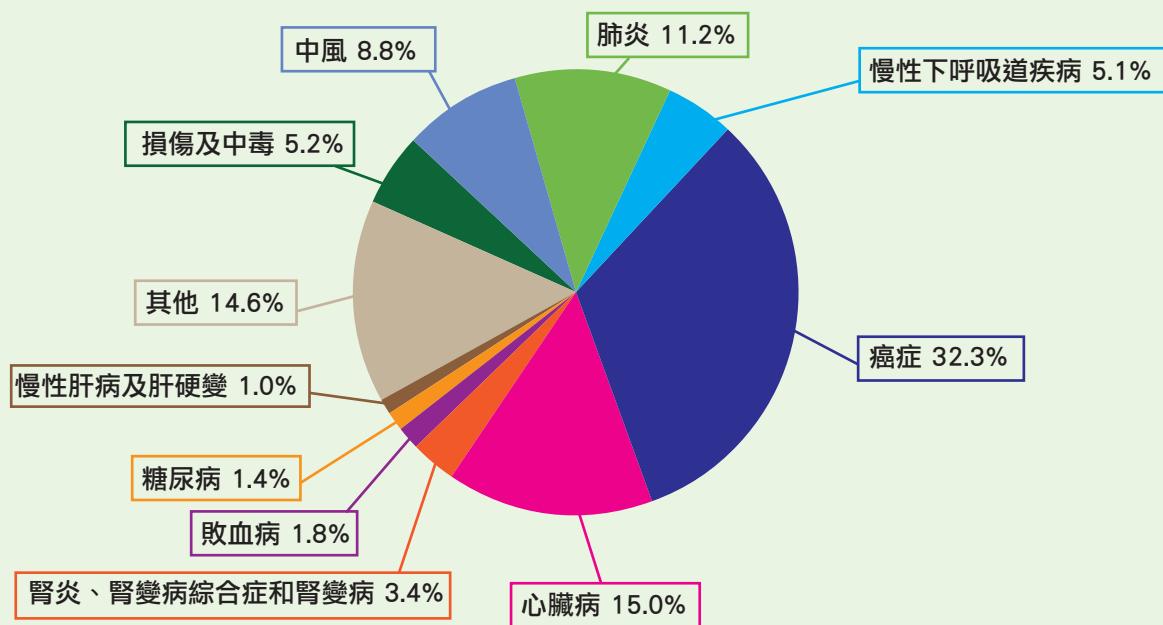


(資料來源：衛生署；政府統計處)

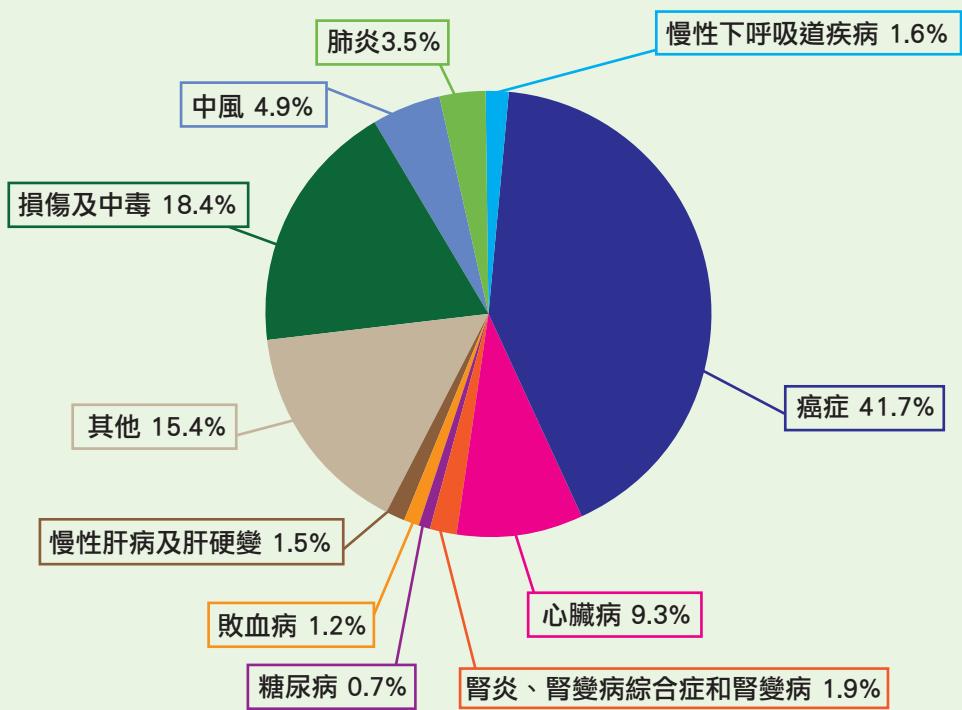
4.12 於2006年，登記死亡個案共37 415宗，當中約61%是由四大主要但可預防的非傳染病引致，包括癌症(32.3%)、心臟病(15.0%)、中風(8.8%)和慢性下呼吸道疾病(5.1%)。以75歲為分界來計算的潛在減壽年數，可有助評估整體人口早逝的情況。於2006年，癌症佔潛在減壽總年數的五分之二，損傷及中毒則約佔五分之一(說明32)。

4. 本港情況概覽

說明32：2006年十大死亡原因



佔登記死亡個案總數的比例



佔以75歲為分界來計算的潛在減壽總年數的比例

(資料來源：政府統計處；衛生署)

醫院和門診服務的使用情況

- 4.13 非傳染病已成為本港病人住院的主因。上世紀初期，傳染病是主要的健康問題，但現時非傳染病才是最大的威脅。
- 4.14 過去20年間，本地所有醫院的出院及死亡人次之中，癌症、中風、心臟病、腎病、慢性下呼吸道疾病、精神病和損傷及中毒佔了很大的比重；傳染病和寄生蟲病只約佔3%(說明33)。

說明33：按選定疾病劃分的1986年和2006年所有醫院出院和死亡人次(%)

	個案數目(%)	
	1986	2006
傳染病和寄生蟲病	23 948 (3.1%)	43 037 (3.0%)
損傷及中毒	88 341 (11.3%)	71 705 (5.0%)
癌症	48 465 (6.2%)	97 172 (6.7%)
心臟病	30 281 (3.9%)	61 887 (4.3%)
慢性下呼吸系統疾病	28 881 (3.7%)	39 371 (2.7%)
腎炎、腎變病綜合症和腎變病	31 345 (4.0%)	84 672 (5.9%)
中風	14 847 (1.9%)	25 991 (1.8%)
其他	512 314 (65.8%)	1 017 329 (70.6%)
總數	778 422 (100.0%)	1 441 164 (100.0%)

註：由於四捨五入的關係，百分率的總和未必是100%

(資料來源：衛生署；醫院管理局)

4. 本港情況概覽

4.15 同樣，最多人報稱須長期覆診的疾病為非傳染病，當中包括心臟或循環系統疾病(47.9%)、內分泌及新陳代謝疾病(22.4%)和肌肉骨骼疾病(13.5%)(說明34)。⁶

說明34：2005年按疾病類型劃分須長期覆診的人數

	人數 ('000)	比例*
心臟或循環系統疾病	644.1	47.9%
內分泌及新陳代謝疾病	300.8	22.4%
肌肉骨骼疾病	181.2	13.5%
肺病	110.9	8.3%
眼病	107.5	8.0%
耳 / 鼻 / 喉疾病	92.8	6.9%
精神病	90.3	6.7%
癌症	40.6	3.0%
腸胃病	36.0	2.7%
皮膚病	35.0	2.6%

註：可選擇多個答案

*佔所有須長期覆診人數的比例

(資料來源：主題性住戶統計調查第30號報告書，政府統計處)

- 4.16 值得留意的是，死亡率並不是一個可準確地反映疾病負擔的指標，而住院病人的統計數字又可能令人誤解。加上，某些情況可引致身體殘障，但不致死亡或無須住院則可能為人所忽略。故此，為計量在某段時間因疾病或損傷而損失的完全健康年期，或評估人口中出現疾病影響所及的全面範圍，我們可以採用傷殘調整壽命年。
- 4.17 雖然以傷殘調整壽命年的計算方法去研究疾病負擔未臻完美(例如費用昂貴、所需的數據繁多或計算方法複雜等)，但有些國家，包括澳洲、荷蘭、新西蘭和泰國已採用或參照世衛的計算方法，進行當地的疾病負擔研究。
- 4.18 香港現階段仍缺乏足夠的數據以準確評估整體的疾病負擔。儘管香港具有完善的死亡登記機制，但仍然缺乏計算疾病負擔所需的數據，包括多種非致命疾病的發病率、嚴重程度及平均引致傷殘的時間。故此，我們有需要制訂更準確的偵察及監測系統，以確切估計香港社會的疾病負擔。有些國家已設立「觀測站」處理有關事宜(說明35)。

說明35：公共衛生觀測站

英國在1999年公布白皮書*Saving Lives : Our Healthier Nation*⁷ 後，隨即在全國各地設立公共衛生觀測站。

透過與醫生、研究員、當地健康政策官員以及志願機構人員等的合作，進行以下工作：

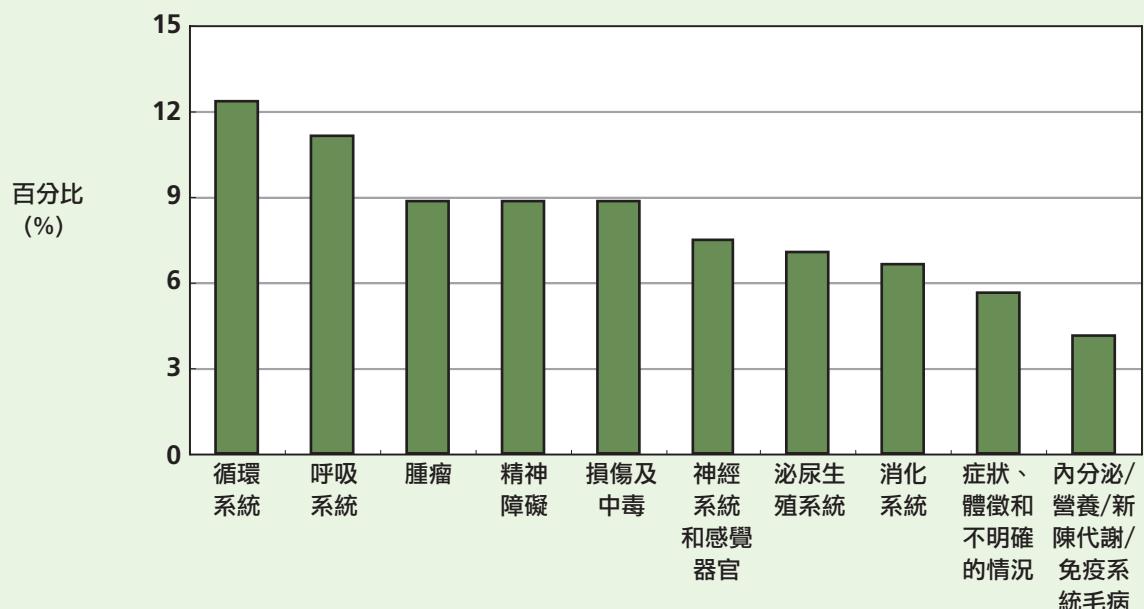
- 監察健康及疾病的趨勢，針對重點採取行動；
- 找出健康資訊不足的地方；
- 為健康及健康差距的影響評估提供建議；
- 以嶄新的方式去收集不同渠道的資料，加以分析以改善國民健康；
- 實行專題計劃，集中處理特定的健康問題；
- 由當地機構評估改善健康及縮窄健康差距的進度；以及
- 前瞻未來，及早警示日後可能出現的公共衛生問題。

醫療開支

4.19 病人一旦被診斷為患上非傳染病，他們可能要終生接受治療，自身、家人和醫療體系都因此而面對高昂的醫療費用。然而，由於欠缺治療個別疾病的成本數據，要量化社會為某種疾病承付的費用殊不容易。

4.20 醫管局的資料顯示，在2004至05年度，用以治療循環系統疾病、呼吸系統疾病、腫瘤、精神障礙和損傷及中毒的醫療開支最龐大。用於這五類疾病的開支，差不多佔醫管局該財政年度所得醫療撥款總額的50%(說明36)。

說明36：按疾病類別劃分2004至05年度醫院管理局用於治療各類疾病的開支比例



(資料來源：醫院管理局)

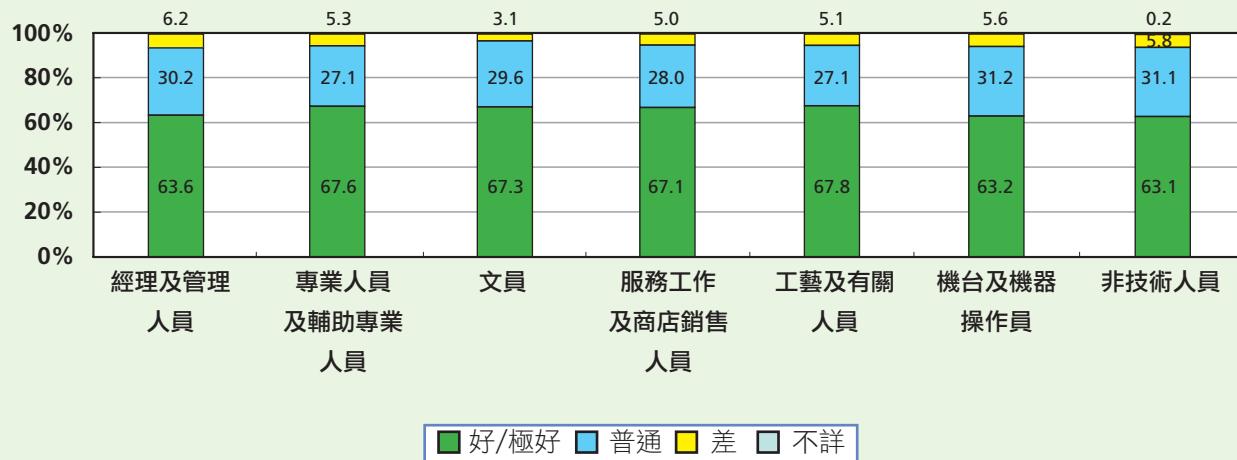
- 4.21 鑑於非傳染病，包括損傷及中毒在經濟、社會和個人方面涉及龐大的費用，因此做妥防控工作，既可減省治療費用，也可減少不必要的痛苦和早逝，誠為一項精明的社會投資。
- 4.22 不過，目前的醫療體系對疾病預防工作的重視有限。在1996年和2001年，政府與私營機構在疾病預防和健康促進方面的開支，分別佔總醫療開支的2.3%和2.5%。我們必須調撥資源，向市民廣作宣傳，增強社區和民間團體或組織的能力，動員整個醫療體系參與其事，社會上下一心，全力推展第一級、第二級和第三級的預防工作。

4. 本港情況概覽

健康差距

- 4.23 在香港，不同組別的人士有健康上的差距。舉例來說，香港男士出生時的預期壽命比女士短(在2006年，男性平均壽命為79.4歲，而女性則為85.5歲)。此外，在許多可預防的疾病方面，兩性之間亦有明顯的差距。^{1, 8} 長者和弱勢社群患上非傳染病的情況最為普遍。例如在慢性疾病患者方面，65歲及以上的長者比20歲的人士多出約五倍。⁹
- 4.24 教育程度較高的人士通常有較健康的飲食習慣和較少有過重的問題。¹⁰ 癌症和糖尿病的患病率在非技術工人組別中較高，而機械操作員則有較高的高血壓和中風的患病率。此外，哮喘病在輔助專業人員、管理及行政人員和文員中較為普遍。¹
- 4.25 二零零五年主題性住戶統計調查顯示，15歲及以上的香港居民對自我健康狀況評估會因從事不同類型職業而有明顯分別。當中經理及管理人員報稱健康狀況「差」的比率較從事其他類型職業者為高(說明37)。⁶

說明37：2005年按職業劃分的自我健康狀況評估



註：15歲及以上的受僱人士

註：由於四捨五入的關係，百分率的總和未必是100%

(資料來源：主題性住戶統計調查第30號報告書，政府統計處)

4.26 不同社群及人口組別之間的健康差距可以不同形式顯現，成因也不盡相同。因此，並沒有任何單一方法可矯正或縮窄這種差距。多份有關健康差距的報告及分析都指出，透過推行相應的公共政策和多方協作的公共衛生行動，可縮減健康差距。這包括：藉優質教育制度，建立人力資本；透過有效的福利計劃，對抗貧窮及增加就業機會。^{11, 12}

健康促進及疾病預防措施

- 4.27 本港的公營及私營醫護機構均有推行健康促進項目，及提供疾病預防服務。
- 4.28 自2000年起，衛生署加強了轄下服務單位的健康促進及疾病預防服務(說明38)。此外，衛生署亦成立了控煙辦公室，以加強和協調控煙工作；又分別推行男士健康計劃和子宮頸普查計劃，以促進男士的健康及預防子宮頸癌。
- 4.29 醫管局亦積極推行健康促進及疾病預防的工作。舉例來說，健康資訊天地與社區伙伴、不同專業人士、公司、病人團體和義工合作，舉辦與主要疾病有關的展覽、工作坊和健康促進活動。醫管局以病人／健康資源中心為平台，邀請出院病人及其照顧者參加健康教育和自我護理活動，藉以促進病人互助的精神，並加強相關疾病類別的第二級預防工作。普通科及專科門診亦為病人和全港市民舉辦健康講座。

4. 本港情況概覽

說明38：衛生署的健康促進及疾病預防工作

促進健康(中央健康教育組和口腔健康教育組)

- 與各機構攜手合作，促進市民健康；研究和評估各項促進健康計劃的成效；宣傳各種有益身心、強身健體的方法；為從事促進健康工作的人士提供培訓；以及透過各類大眾媒介和宣傳推廣計劃，鼓勵市民全面參與各項促進健康的活動。

家庭健康服務(母嬰健康院和婦女健康中心)

- 兒童健康：為初生嬰兒至5歲兒童提供全面的健康促進和疾病預防服務，包括親職教育、免疫注射和健康及發展監察等。
- 孕婦健康和家庭計劃：為婦女提供產前和產後護理、子宮頸細胞檢驗和家庭計劃指導服務。
- 婦女健康：為64歲及以下的婦女提供健康教育、輔導和普查服務。

學童健康服務(學生健康服務中心、健康評估中心、青少年健康外展隊及學童牙科診所)

- 為所有中小學生提供健康評估、健康教育及個別健康輔導服務。
- 透過青少年健康服務計劃的外展活動，促進就讀中學青少年的心理社交健康。
- 協助小學生培養良好的牙齒護理習慣。學童牙科診所提供的服務包括：牙齒健康評估和檢查；口腔健康護理輔導及口腔衛生指導；以及預防性、基本和緊急治療。
- 透過學童免疫注射小組，提供免費的疫苗接種。

長者健康服務(長者健康中心及長者健康外展隊)

- 為65歲及以上長者提供綜合健康服務，包括健康評估、身體檢查、輔導、治療及健康教育。
- 於各社區內提供外展服務，協助長者提升自我照顧能力。
- 為社區內負責照料長者的人士提供培訓。

專科門診服務(胸肺科診所及社會衛生科診所)

- 為全港市民提供健康教育，以及為結核病、其他呼吸系統疾病及性病患者提供免費治療。

- 4.30 有報告顯示，約70%的門診服務由私營界別提供。¹³ 另一項調查反映，超過十分之一15歲及以上的香港人在統計前30天內曾向中醫求診。¹ 因此，基層醫生和中醫在健康促進和疾病預防工作方面所擔當的角色不容低估。
- 4.31 非政府機構身為健康倡導者，是健康促進和疾病預防工作的重要伙伴。舉例來說，香港吸煙與健康委員會負責協調控煙工作、讓市民認識吸煙的禍害和對健康的不良影響，以及進行有關吸煙成因、預防和戒煙的研究。香港癌症基金會通過宣傳均衡飲食和健康生活模式，致力於防癌工作。香港家庭計劃指導會舉辦多項健康推廣運動，並為青少年和成年人提供各種性與生殖健康的輔導及臨牀服務。香港兒童安全促進會進行評估研究，以制訂與兒童安全相關的臨牀工作指引。

5



策略框架



- 5.1 要有效和以具成本效益的方式遏止非傳染病流行的情況，就必須制訂策略框架，藉以促進市民福祉和倡導健康行為。就此，衛生署在2005年9月3日舉行名為「制訂預防及控制非傳染病策略框架」的專家小組會議。逾40名來自學術界、商界、教育界、醫護界和社會福利界，以及其他政府和非政府機構人士參與該會議，為擬定本港預防和控制非傳染病策略框架提供建議（說明39）。

說明39：分享意見和知識



“制訂預防及控制非傳染病策略框架” 專家小組會議
2005年9月3日
香港特別行政區政府衛生署



衛生署署長林秉恩醫生表示：「……我們並沒有忽視非傳染病或慢性病對整體社會造成的沉重醫療及經濟負擔，……我們現在須更有系統地去處理非傳染病的問題。」

5. 策略框架

原則

5.2 根據世衛的《預防和控制非傳染病全球戰略》，按以下原則制訂策略一

- 政府、專業團體、非政府組織、商界和市民共同承擔，各盡其責；
- 採用多元化模式，以全港市民、特定人口組別和高危人士為對象；
- 着重健康促進、疾病預防和及早介入；以及
- 以實證為本、成效為重，並針對健康決定因素。

範圍

5.3 香港社會及醫療體系的疾病負擔，有相當部份是由少數非傳染病所造成，而這些疾病多由數項風險因素相互集結所致。從過往健康促進和疾病預防方面所累積的知識及經驗可見，我們應把預防措施策略地集中於那些可予改善的行為風險因素和環境決定因素集結而成的「羣組」，從而令生物醫學風險因素有相應的改變，減低罹患非傳染病的風險。為了獲得最佳健康裨益，本策略框架將會致力處理對香港市民健康有重大影響，並可預防或改善的主要風險因素(說明40和41)。

說明40：預防和控制非傳染病框架的範圍



說明41：風險因素及非傳染病的相關事實

空氣污染與呼吸系統疾病

環境空氣污染物包括多種粒子和氣體。本港汽車／發電廠和鄰近地區的工業／發電廠的排放物，是造成香港空氣污染的主因。眾所周知，空氣污染影響呼吸系統。研究發現，因慢性呼吸系統疾病而入院的情況與可吸入的懸浮粒子、二氧化氮、二氧化硫和臭氧的濃度水平有顯著關係。¹ 另一項流行病學研究指出，管制環境空氣二氧化硫濃度的規例實施後，兒童出現慢性支氣管炎徵狀和支氣管過敏反應的情況均有所減少。²

飲酒與損傷

酗酒不單影響身體健康，還會導致故意損傷(例如自殺)、非故意損傷(例如交通意外、跌倒)和社會問題。每年有四分之一的故意損傷致死個案與酗酒有關；於所有非故意損傷致死的個案中有40%至60%是因飲酒所致。³ 一項本地的流行病學研究發現，於1999年因車禍死亡的個案當中，有一成(10.3%)涉及飲酒。⁴

飲食習慣與心血管疾病

世衛建議每日最少進食400克蔬果，以預防心臟病和中風等非傳染病。蔬果攝取量不足不僅是全球十大致命風險因素之一，亦是已發展地區常見的不良飲食模式。全球而言，估計約31%的冠心病及11%的中風是由於蔬果攝取量偏低所致。⁵

體能活動與糖尿病

世衛建議要維持身體健康，需每日或每星期大部份的日子進行不少於30分鐘的中等劇烈程度運動。⁶ 從流行病學所得的實證亦指出，體能活動可以預防患上二型糖尿病。⁷

吸煙與癌症

燃點香煙時會釋放焦油、尼古丁和一氧化碳等多種化學物質，對整個呼吸系統造成傷害。男性吸煙者患肺癌的機會大約是非吸煙者的23倍，女性吸煙者患肺癌的機會則大約是非吸煙者的13倍。約九成的男性肺癌死亡個案是吸煙所致，女性則接近八成。此外，吸煙亦與口腔癌、喉癌、咽癌、食道癌和膀胱癌有關。患上與吸煙相關癌症的風險與吸煙數目和吸煙年數成正比，而完全戒煙通常可降低這風險。⁸

遠景

5.4 任何策略都必須具有清晰的遠景，以顯示工作的重心及提醒各人員有關工作的長遠目標。我們展望本策略框架成功推行後，香港將有：**高水平健康意識的人口**，能為自己的健康盡責；**關懷互愛的社會**，公私營界別攜手，以確保公眾可享有更健康的選擇；**具實力的醫護專業**，把健康促進和疾病預防的醫療服務視為主要工作；以及**可持續的醫療體系**，加強為市民提供健康促進、疾病預防及醫療護理等服務，從而**大幅減少由非傳染病引致的殘疾及早逝負擔**。

目標

5.5 為了實現上述遠景，本非傳染病策略框架具以下的目標 一

- 締造有助促進健康的環境；
- 推動市民促進個人、家人以至社區的健康；
- 預防個人及各人口組別患上非傳染病及 / 或延緩發病；
- 減低非傳染病患者病情惡化和出現併發症的機會；
- 減少非必要的住院及醫護程序；以及
- 提供優質的非傳染病護理服務，以保障市民的健康及防止患者病情惡化。

5. 策略框架

策略方針

5.6 為了達到上述目標，我們已確定六個策略方針，以便把注意力、資源和行動集中在若干範圍，使投放在防控非傳染病的資源帶來最佳的健康成效回報。

方針一：支援全新及加強現有與本策略觀點一致的健康促進和非傳染病預防措施或活動

主要行動包括一

- 鼓勵推行全港健康促進計劃，例如「健康飲食」、「動感生活」和「正視過重問題」的計劃；
- 調撥資源和支援非政府機構推行健康促進和非傳染病預防工作；以及
- 支援以環境為本的健康促進和疾病預防綜合模式，如健康學校、無煙公眾場所、健康工作間和健康城市。

方針二：建立有效的資料庫和系統，按各病程階段需採取的行動提供指引

主要行動包括一

- 加強現有的知識管理系統，為醫護服務機構提供所需的實證和資訊來推廣最佳的工作方法；
- 制訂一套有系統的衛生資訊傳遞策略，以進一步加強個人的健康知識；
- 改善有關非傳染病的監測工作，追蹤人口健康風險及健康決定因素的轉變情況；以及
- 支持適當的健康促進和非傳染病預防政策研究工作。

方針三：加強伙伴關係及促進相關各方的參與

主要行動包括一

- 促進公私營界別之間的伙伴關係，鼓勵民間組織參與其中，並與所有相關各方建立聯繫，以尋求合作機會；
- 鼓勵政府各階層、社區和所有市民共同參與，建立有利推廣健康行為的環境；
- 成立特定工作小組，就預防工作的特定範疇所須採取的優先行動提供意見，並提出管理策略；以及
- 根據不同的環境如學校、工作地點、醫院等制定相應的健康推廣策略。

方針四： 建立抗禦非傳染病的能力

主要行動包括 —

- 確保所有醫護人員均接受預防非傳染病的培訓，以具備預防、偵測及治療非傳染病的能力；
- 利用研究和評估推動以實證為本的工作方法；以及
- 運用適當的資訊和工具，提升公眾的健康認知水平。

方針五： 確保醫療衛生界別能回應非傳染病的挑戰，並改善護理系統

主要行動包括 —

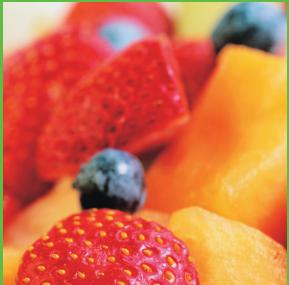
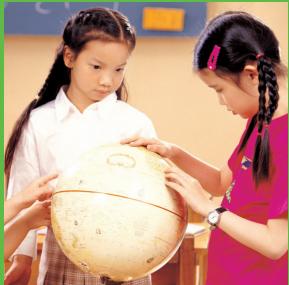
- 加強醫療體系中健康促進和疾病預防工作的角色；
- 制訂和推行以實證為本有效治理主要非傳染病的指引，並監察其使用情況；
- 鼓勵醫護專業人員識別及處理非傳染病的風險因素，通過適當的檢查和輔導作早期介入，並支援病人的個人護理；以及
- 制訂目標及衡量服務表現的框架，以推行本策略、監管推行情況、監察進度和評估表現。

方針六： 加強及制訂有助促進健康的法例

主要行動包括 —

- 承諾就有關特定公共衛生事務的範疇立法，如控煙政策和食物標籤及安全等，以保障公眾健康。

6



推行策略框架的主要元素



6.1 此非傳染病策略框架是為促進本港市民的健康而設的。推行此框架時須從六方面着手，現詳述如下 —

伙伴關係(Partnership): 汇聚多界別具不同知識和技能的人才

6.2 影響健康狀況所涵蓋的範圍甚廣，除了醫護界別外，還涉及環境、交通、房屋、教育、就業等範疇。故此，健康促進及疾病預防必須全民參與。而建立伙伴關係是有效的工作方式，以匯聚不同背景、文化及專長的人才。此外，有關措施必須獲得主要相關各方的支持和參與，才能順利推行，取得成果。協作可以團結力量，彌補不足，以收事半功倍之效。公共衛生界別必須上下一心，推行界別內外的合作項目，才能令防控工作發揮成效(說明42)。

說明42：本地主要合作伙伴的例子

- 政府各部門
- 區議會
- 公營及私營醫護服務機構
- 非政府機構及有關的社區團體
- 商界和僱主
- 學術界
- 傳媒
- 市民
- 學校
- 宗教團體

6. 推行策略框架的主要元素

生活環境(*Environment*): 把健康促進和疾病預防與整體環境連接起來

6.3 生活環境是決定人類健康與否的重要因素之一，包括居住、學習和工作以及社交環境。社會應締造有利促進健康的環境，讓市民可作出健康的選擇及有健康的生活。因此，以環境為本的模式最能有效地支援本地健康促進活動，因它能透過政策措施、跨界別協作和社區行動，來改善能影響人類各方面的社會經濟因素。以環境為本的健康促進例子包括健康城市(說明43)、健康學校、健康工作間、健康食肆和健康市場。

說明43：健康城市力求提供¹：

- 清潔、安全及優質（包括房屋質素）的有形環境；
- 長遠來說既穩定又可持續的生態系統；
- 市民無私地彼此扶持的穩健社區；
- 市民積極參與和監察對其生活、健康及福利有所影響的決定；
- 所有城市的市民均獲提供基本的需要（食物、水、居所、收入、安全及工作）
- 人人都可獲得廣泛的經驗和資源，並有機會透過多種渠道互相接觸、交流和溝通
- 多元化、富活力和求創新的城市經濟；
- 鼓勵與地區歷史、與城市人的文化和生物遺產及與其他團體和個人的連繫；
- 能與上述特質互相兼容並有強化作用的形式；
- 人人得享理想和適當的公共衛生及疾病護理服務；以及
- 優質健康（健康良好及疾病率低的情況）

(資料來源：世界衛生組織，1997年)

以成效為重點(Outcome-focused): 通過積極跟進各項健康工作，確保善用資源，以取得最大的健康成效

6.4 要在改善市民健康方面取得成果，關鍵在於監察健康成效及決定介入措施所取得的健康效益。在設立防控非傳染病綜合機制後，醫護人員、公共衛生工作者和管理人員須記錄及闡述本地的非傳染病負擔因此而得以減輕的程度。此外，亦須向有關方面和本港市民傳達健康工作的成效。

人羣為本的介入措施(Population-based Intervention) : 以促進全民健康為工作重點

6.5 鑑於與健康相關的因素之間互有影響，而人羣為本的介入措施正是通過推廣健康行為、控制患病的決定因素，來達致減低全民的整體健康風險。由於不健康的生活方式和患非傳染病的情況相當普遍，因此採取人羣為本的介入措施，即使風險因素水平只有輕微降低，預計亦會對公共衛生帶來重大好處(說明44)。

6. 推行策略框架的主要元素

說明44：北卡累利阿計劃：由示範計劃到國家活動^{2, 3}

於1972年，芬蘭政府為了回應當地人民的訴求，要求當局緊急推行有效的介入措施，以減輕區内心血管病死亡率的負擔，推行了名為「北卡累利阿計劃」的示範計劃。該計劃由當地政府、專家和世衛合作推行，通過社區組織和人民的行動，實施人口為本的介入措施。計劃通過多元化的活動，針對改變生活方式，當中涉及衛生與其他服務、學校、非政府機構、傳媒、食品工業等。

在試驗計劃初步取得成效，區內的各風險因素和心血管疾病死亡率大幅減少後，芬蘭政府其後在國家層面推行了更深入而全面的活動。經過25年的努力，芬蘭出現極大的改變，男士的吸煙率顯著下降、大大改善了市民的飲食習慣，而血清膽固醇和血壓水平也大幅下降。同期，當地年齡介乎35至64歲的男士的心血管疾病死亡率下降了68%、癌症的死亡率亦下降了44%，各種原因引致的死亡率則下降了49%。芬蘭整體的相應改變亦十分顯著：例如冠心病死亡率下降了65%。另有分析顯示，冠心病死亡率下降的現象，大部份是因整體人口的主要風險因素改變所致。這反映了得到社會上社區組織攜手合作，加上市民的積極參與以人口為本的介入措施，是計劃成功的關鍵。

採取貫穿人生歷程的措施(Life-course Approach): 通過促進終身健康，以解決日積月累的毛病

6.6 罹患非傳染病的風險隨着年齡增長而累積，同時也受到生命中各階段出現的各項因素所影響。故此，在生命各階段中施以介入措施，可有助防止疾病轉趨嚴重。於早年時有良好成長和發展，繼而在成年時維持最高水平的健康和機能，對減低在晚年罹患非傳染病的風險至為重要。在各階段把握先機，或能減少早逝和殘疾，並讓更多人可享受優質的生活和積極的晚年，以及減少醫護方面的開支(說明45)。

說明45：採取貫穿人生歷程的措施來促進健康和預防疾病⁴

- **對新生嬰兒(到一個月大)及幼兒(到一歲大)**來說，成長和發展至為重要。適合這些年幼的兒童的預防措施，包括母乳餵哺、合適和富營養的輔助食品、良好衛生習慣，以及有助健康發展的護理行為。
- 在兒童進入幼兒、適齡入學，以至青少年的階段，生活習慣的形成對他們有較深影響，當中包括吸煙、運動及飲食。而青少年時期的主要健康問題則多涉及性和生殖健康、濫用藥物、精神健康(包括自殺)，以及與意外和損傷。
- 到了**成年期及中年期**，非傳染病是構成發病、殘疾和死亡的主因。不過，很多非傳染病是可以預防或延緩的。事實上，引致中年人士及年紀較大人士身體機能(如肺功能、肌肉功能及心血管輸出量)提早衰退的主因包括吸煙、壓力、酗酒、工作過勞、缺乏體能活動、不健康飲食等生活習慣，以及某些不利健康的環境因素。
- 雖然**年長人士**較常患病，但是要減低身體出現殘疾的機會並保持獨立自主的生活能力是有可能的。事實上，長者要享受健康人生，有賴個人努力維持健康的生活方式，同時亦需有公共政策措施去迎合長者在經濟和身體健康方面的需要。

提升能力(Empowerment): 讓每人有機會充分發揮潛能

6.7 提升能力是健康促進和疾病預防的核心方法。通過提升能力的過程，使人們更有能力作出影響健康的決定及相應的行動，從而令人們能夠作出健康行為的選擇，掌握與醫護服務有效互動的適當技巧，並獲得承擔責任和參與自我護理的機會。為此，不論是醫護還是非醫護界別的人士，都必須具備健康促進和疾病預防的知識和技能，包括改進行為、及早發現疾病、適當使用醫療衛生服務和為病人提供持續支援服務。

7

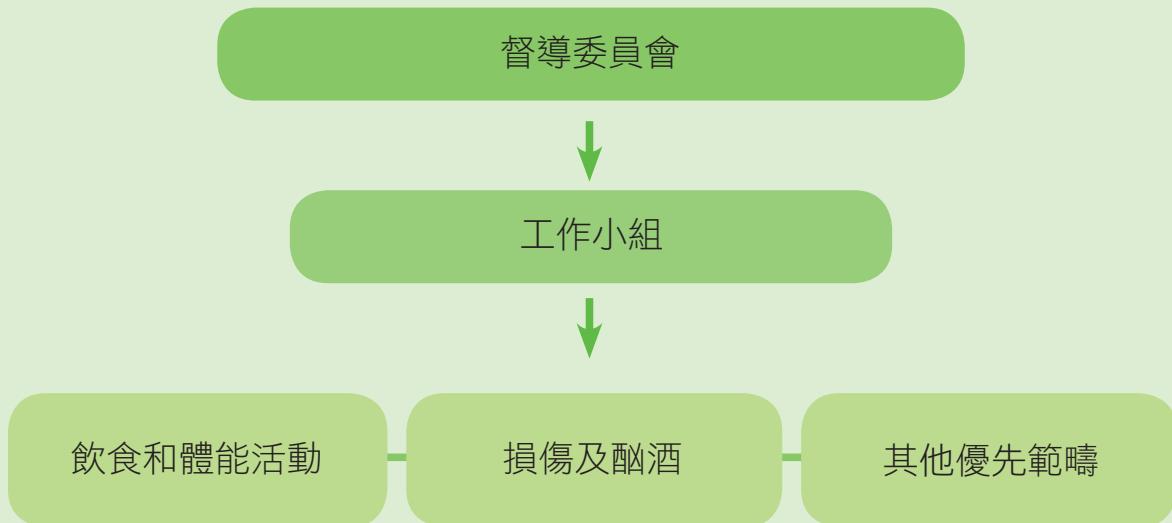


落實策略



- 7.1 本文件陳述了我們需要處理的問題，以及採取行動時所依據的原則。為提供方向並落實有關策略建議，我們須設立策略性管理架構，以監督推行計劃的發展和整體進度(說明46)。
- 7.2 我們建議成立一個高層督導委員會，成員來自政府、公私營機構、學術界、專業團體、業界以及本地主要合作伙伴的代表。高層督導委員會須考慮和監察整體計劃和策略，包括成立工作小組的事宜。

說明46：策略性管理架構



備註：控煙、癌症和中毒的工作分別由衛生署控煙辦公室、癌症事務統籌委員會及香港中毒防控網絡來處理。

7. 落實策略

- 7.3 各工作小組會就須優先處理的工作提出意見，並制訂目標和行動計劃，包括實務指引、工具和說明社會各界如何參與，成為合作伙伴(說明47)。
- 7.4 為應付過重及肥胖、心臟病及糖尿病等由主要風險因素所引致的迫切問題，處理飲食及體能活動的工作小組將率先於2008年成立，而負責其他優先範疇的工作小組則於日後分階段成立。在此期間，所涉及的各個界別將繼續提供並加強現有服務和計劃。

說明47：工作小組的擬議目標和職責

- 1. 訂立基準**：檢討香港現有的數據和做法。
- 2. 找出最佳措施**：檢討國際實行的最佳措施和介入策略，包括臨牀指引和良好措施。
- 3. 定下目標**：提出可供採納的具體和可量度的目標。
- 4. 制訂工作計劃**：訂出有效的策略，以及制訂切合香港情況的推行計劃，並列明優先次序。
- 5. 監督推行情況**：監管進度，並向督導委員會匯報。

爭取支持

- 7.5 政府會率先提出相關的工作綱領，並推動在健康促進和疾病預防工作上的跨界別協作。我們呼籲全港市民積極考慮和採取適當的行動來預防及控制非傳染病。
- 7.6 通過制訂與本框架所述方針相符並具成本效益的防控策略，不但可以改善市民多方面的生活條件，亦可提升健康成效，及舒減非傳染病的治療和復康所帶來的財政壓力。我們預期，成功推行本策略有助香港建立一個可持續發展的醫療體系，使預防和醫療護理服務得到更佳整合，達致人人健康的目標。
- 7.7 刻下正是香港市民同心協力對抗非傳染病的時機。我們促請社會各界和全港市民支持本策略框架，並肩攜手將香港打造成更健康的城市。



參考資料



第一章

1. Facts related to Chronic Diseases. Geneva: World Health Organization. Available from <http://www.who.int/dietphysicalactivity/publications/facts/chronic/en> [accessed on 4 August 2008].
2. Preventing Chronic Diseases: A Vital Investment. Geneva: World Health Organization; 2005.
3. Your Health Your Life: Healthcare Reform Consultation Document. Hong Kong SAR: Food and Health Bureau; 2008.

第二章

1. Public Health in England: The Report of the Committee of Inquiry into the Future Development of the Public Health Function. CMND 289. London: HMSO; 1988.
2. Baum F. The New Public Health. Melbourne: Oxford University Press; 2002.
3. Dahlgren G, Whitehead M. Policies and Strategies to Promote Social Equity in Health. Stockholm: Institute for the Futures Studies; 1991.
4. Preventing Chronic Disease: A Strategic Framework (Background Paper). Melbourne: National Public Health Partnership; 2001.
5. Global Strategy for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases. Geneva: World Health Organization; 2000. Available from http://ftp.who.int/gb/archive/pdf_files/WHA53/ea14.pdf [accessed on 4 August 2008].
6. Brownson R, Remington P, Davis J. Chronic Disease Epidemiology and Control. (2nd Edition). Washington, D.C.: American Public Health Association; 1998.
7. Aboderin I, Kalache A, Ben-Shlomo Y, et al. Life Course Perspectives on Coronary Heart Disease, Stroke and Diabetes: Key Issues and Implications for Policy and Research. Geneva: World Health Organization; 2002.
8. Doll R, Peto P, Boreham J, Sutherland I. Mortality in relation to smoking: 50 years' observation on male British doctors. British Medical Journal 2004; 328:1519 .

References

9. Kalache A, Kickbusch I. A global strategy for healthy ageing. *World Health* 1997; 4:4-5.
10. Fruits, Vegetables and NCD Disease Prevention. Geneva: World Health Organization. Available from http://who.int/dietphysicalactivity/media/en/gsfs_fv.pdf [accessed on 4 August 2008].
11. Wilson JM, Junger CT. Principles and Practice of Screening for Disease. WHO Public Health Paper No. 34. Geneva: World Health Organization; 1968.
12. Kim JJ, Leung GM, Woo PP, Goldie SJ. Cost-effectiveness of organized versus opportunistic cervical cytology screening in Hong Kong. *Journal of Public Health* 2004; 26(2):130-7.
13. Brown A, Taylor R, Noorani H, et al. Exercise-based Cardiac Rehabilitation Programs for Coronary Artery Disease: A Systemic Clinical and Economic Review. Ottawa: Canadian Coordinating Office for Health Technology Assessment; 2003.
14. Jolliffe JA, Rees K, Taylor RS, et al. Exercise-based rehabilitation for coronary heart disease. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2001;(1):CD001800.
15. Rose G. Sick individuals and sick populations. *Bulletin of the World Health Organization* 2001; 79(10):990-6.
16. Rose G. The Strategy of Preventive Medicine. Oxford University Press; 1992.
17. Tuomilehto J, Lindstrom J, Eriksson JG, et al. Prevention of type 2 diabetes mellitus by changes in lifestyle among subjects with impaired glucose tolerance. *New England Journal of Medicine* 2001; 344(18):1343-50.
18. Utting P. Regulating Business via Multi-stakeholder Initiatives: A Preliminary Assessment. Voluntary Approaches to Corporate Responsibility. Geneva: United Nations Non-Government Liaison Service; 2002. p.16-130.
19. Lawes C, Feigin V, Rogers A. Estimating Reductions in Blood Pressure Following Reductions in Salt Intake by Age, Sex and WHO region. Auckland: Clinical Trials Research Unit, University of Auckland; 2002.
20. Maccoby N, Farquhar JW, Wood PD, et al. Reducing the risk of cardiovascular disease: Effects of a community based campaign on knowledge and behavior. *Journal of Community Health* 1977; 3:100-14.
21. Puska P. Successful prevention of non-communicable diseases: 25 year experiences with North Karelia Project in Finland. *Public Health Medicine* 2002; 4(1):5-7.
22. Fortmann SP, Varady AN. Effects of a community-wide health education program on cardiovascular disease morbidity and mortality: the Stanford Five-City Project. *American Journal of Epidemiology* 2000; 4:316-23.
23. Luepker RV, Rastam L, Hannan PJ, et al. Community education for cardiovascular disease prevention: Morbidity and mortality results from the Minnesota Heart Health Program. *American Journal of Epidemiology* 1996; 144(4):351-62.
24. Carleton RA, Lasater TM, Assaf AR, et al. The Pawtucket Heart Health Program: community changes in cardiovascular risk factors and projected disease risk. *American Journal of Public Health* 1995; 85(6):777-85.

25. Building the Case for the Prevention of Chronic Disease. Ottawa: Centre for Chronic Disease Prevention and Control, Health Canada; 2002.
26. Leon D, Walt G, Gilson L. International perspectives on health inequalities and policy. *British Medical Journal* 2001; 322:591-3.
27. 吳先萍，楊曉妍，張寧梅等。我國人群2型糖尿病流行病學研究現狀。預防醫學情報雜誌。2002年05期。
28. Bennett CL, et al. Relation between Literacy, Race, and Stage of Presentation among Low-Income Patients with Prostate Cancer. *Journal of Clinical Oncology* 1998; 16(9).
29. Armstrong BK. Morbidity and Mortality in Australia. In: McNeil J, et al, editors. *A Textbook of Preventive Medicine*: Edward Arnold Publishers; 1990.

第三章

1. Preventing Chronic Diseases: A Vital Investment. Geneva: World Health Organization; 2005.
2. Danaei G, Hoorn SV, Lopez A, et al. Causes of cancer in the world: comparative risk assessment of nine behavioural and environmental risk factors. *The Lancet* 2005; 366:1784-93.
3. The World Health Report: Reducing Risks, Promoting Healthy Life. Geneva: World Health Organization; 2002.
4. Epping-Jordan JE, Galae G, Tukuitonga C, Beaglehole R. Preventing chronic diseases: taking stepwise action. *The Lancet* 2005; 366(9497):1667-71.
5. Global Strategy for the Prevention and Control of Non-communicable Diseases. Geneva: World Health Organization; 2000.
6. Bangkok Charter for Health Promotion. Geneva: World Health Organization; 2005.
7. The Integrated Pan-Canadian Healthy Living Strategy. Ottawa: Health Canada; 2005.
8. Saving Lives: Our Healthier Nation. London: Department of Health; 1999.
9. Choosing Health: Making Healthy Choices Easier. London: Department of Health; 2004.
10. Sweden's New Public Health Policy: National Public Health Objectives for Sweden. Stockholm: National Institute of Public Health; 2003.
11. Preventing Chronic Disease: A Strategic Framework (Background Paper). Melbourne: National Public Health Partnership; 2001.
12. Consultation Draft of the National Chronic Disease Strategy. Canberra: Australian Institute of Health and Welfare; 2005.
13. Toh CM, Chew SK, Tan CC. Prevention and control of non-communicable diseases in Singapore: a review of National Health Promotion Programmes. *Singapore Medical Journal* 2002; 43(7):333-9.

第四章

1. Population Health Survey 2003/04. Hong Kong SAR: Department of Health and Department of Community Medicine, University of Hong Kong; 2005.
2. Behavioural Risk Factor Survey, April 2007. Hong Kong SAR: Department of Health; 2008.
3. Wan L, Choi J, Tse W, Tse LY. Monitoring the "big five" through the Behavioural Risk Factors Surveillance System. *Public Health and Epidemiology Bulletin* 2007; 16(1):6-15.
4. Heart Health Survey 2004/05. Hong Kong SAR: Department of Health; 2007.
5. Janus ED. The Hong Kong Cardiovascular Risk Factor Prevalence Study 1995 - 1996. Hong Kong SAR: University of Hong Kong; 1997.
6. Thematic Household Survey Report No.30: Health status of Hong Kong residents; Doctor consultation; Hospitalization; Dental consultation; Provision of medical benefits by employers/companies and coverage of medical insurance purchased by individuals; Health status of institutional residents and their utilization of medical services. Hong Kong SAR: Census and Statistics Department; 2007.
7. Saving Lives: Our Healthier Nation. London: Department of Health; 1999.
8. Wan L, Li CK. Male - the healthier sex? *Public Health and Epidemiology Bulletin* 2001; 10(6):57-62.
9. Building a healthy tomorrow: discussion paper on the future service delivery model for our health care system. Hong Kong SAR: Health, Welfare and Food Bureau; July 2005.
10. Woo J, Leung SSF, Ho SC, et al. Influence of educational level and marital status on dietary intake, obesity and other cardiovascular risk factors in a Hong Kong Chinese population. *European Journal of Clinical Nutrition* 1999; 53:461-7.
11. Wilkinson R, Marmot M. The Solid Facts: Social Determinants of Health. Geneva: World Health Organization; 1998.
12. Baum F. The New Public Health. Melbourne: Oxford University Press; 2002.
13. Your Health Your Life: Healthcare Reform Consultation Document. Hong Kong SAR: Food and Health Bureau; 2008.

第五章

1. Wong TZ, Lau TS, Yu TS, et al. Air Pollution and Hospital Admissions for Respiratory and Cardiovascular Diseases in Hong Kong. *Occupational Environment Medicine* 1999; 56:679-83.
2. Hedley AJ, Wong CM, Thach TQ, et al. Cardiorespiratory and All-cause Mortality after Restrictions on Sulphur Content of Fuel in Hong Kong: An Intervention Study. *The Lancet* 2002; 360(9346):1646-52.
3. Sethi D, Racioppi F, Baumgarten I, et al. Injuries and Violence in Europe. Why They Matter and What Can be Done. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2005.

4. Caneron PA, Rainer TH, Mak P. Motor vehicle deaths in Hong Kong: opportunities for improvement. *Journal of Trauma* 2004; 56:890-3.
5. Fruit, Vegetables and NCD Disease Prevention. Geneva: World Health Organization. Available from http://who.int/dietphysicalactivity/media/en/gsfs_fv.pdf [accessed on 4 August 2008].
6. Physical Activity. Geneva: World Health Organization; 2004. Available from <http://www.who.int/dietphysicalactivity/publications/facts/pa/en> [accessed on 4 August 2008].
7. Physical Activity and Health: A Report of the Surgeon General. Atlanta: Centers for Diseases Control and Prevention, US Department of Health and Human Services; 1996.
8. The Health Consequences of Smoking: A Report of the Surgeon General. Atlanta: Centers for Disease Control and Prevention, US Department of Health and Human Services; 2004.

第六章

1. Twenty Steps for Developing a Healthy Cities Project. 3rd edition. Copenhagen: World Health Organization; 1997.
2. Puska P. Successful prevention of non-communicable diseases: 25 year experiences with North Karelia Project in Finland. *Public Health Medicine* 2002; 4(1):5-7.
3. Nissinen A, Berrios X, Puska P. Community-based non-communicable disease interventions: lessons from developed countries for developing ones. *Bulletin of the World Health Organization* 2001; 79:963-70.
4. Active Ageing - A Policy Framework. Geneva: Noncommunicable Disease Prevention and Health Promotion Department, World Health Organization; 2002.