

## 3 本地非傳染病的防控策略及行動計劃

### 3.1 目的及目標

3.1.1 《邁向 2025：香港非傳染病防控策略及行動計劃》（《策略及行動計劃》）乃經過詳細考慮海外經驗及證據，並全面分析本地人口健康狀況及行為風險模式的數據，以及預防措施現況後而制定。

3.1.2 《策略及行動計劃》旨在於二零二五年或之前，減輕非傳染病所造成的負擔，包括殘疾及早逝。要取得成果，必須達致以下目標：

- (a) 創造平等的健康促進環境，增強個人能力以實踐健康的生活；
- (b) 增強市民健康素養水平和個人能力以作出健康選擇；
- (c) 透過基層醫療服務和全民醫療保障，加強醫療系統以優化非傳染病的診治；及
- (d) 根據世界衛生組織（世衛）的《全球監測框架》訂立明確目標和指

標，以監測非傳染病防控行動的進展情況。

### 3.2 範圍

3.2.1 為配合世衛《二零一三至二零二零年防控非傳染病全球行動計劃》（《非傳染病全球行動計劃》），此《策略及行動計劃》將會重點關注四種非傳染病（即心血管疾病、癌症、慢性呼吸系統疾病和糖尿病）以及四種共通的行為風險因素（即不健康飲食、缺乏體能活動、吸煙和酒精傷害）。香港特別行政區政府了解到許多其他關乎公共衛生的醫療狀況（如精神障礙、暴力及損傷、中毒及其他非傳染病），均與這四種非傳染病息息相關。非傳染病及其風險因素亦跟醫療系統及全民醫療保障掛鉤。儘管它們的關係密切，但難以單靠一套策略及行動計劃去解決所有問題。此外，現時已有其他高級別督導或諮詢委員會負責監控上述其中一些醫療狀況<sup>30</sup>，因此

<sup>30</sup> 例子包括：

- 行政長官在二零一七年《施政報告》中宣布成立基層醫療健康發展督導委員會，以全面檢討現時基層醫療健康服務的規劃、為其可持續發展制訂藍圖、設立服務模式，透過地區醫社合作，為社區提供基層醫療健康服務、制定策略以喚起社區對健康的關注及借助大數據以制定最切合社區需要的策略；
- 政府於二零一七年十二月成立精神健康諮詢委員會，就精神健康政策提交意見，包括以更綜合及全面的方式，處理與本港精神健康有關的各方面事宜；
- 癌症事務統籌委員會於二零一一年成立，就癌症預防及控制措施提供意見；
- 促進母乳餵哺委員會於二零一四年四月成立，就推廣及支援母乳餵哺的措施及行動提供意見；及
- 防止學生自殺委員會於二零一六年成立，就多項防止本地學生（小學、中學及專上學府等）自殺的措施提供建議。

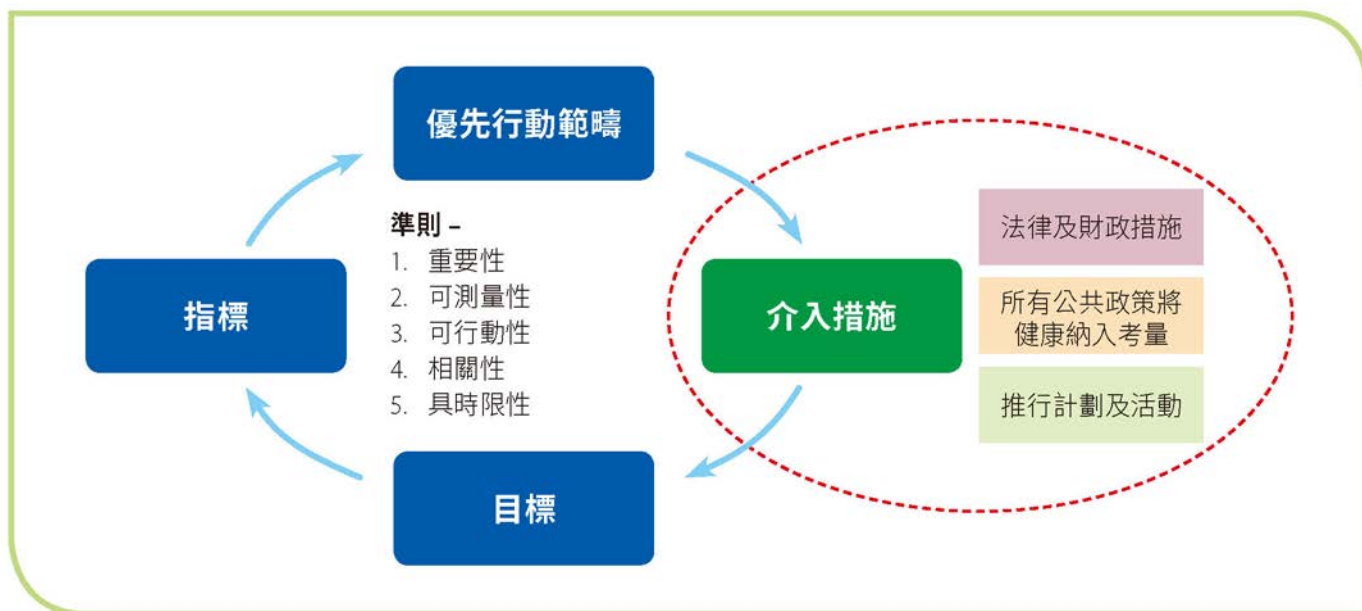
有需要避免工作範疇及非傳染病工作重疊。

### 3.3 問責框架

3.3.1 為達致設下的目的及目標，現採取一個將主要行動範疇、介入措施、目標及指標這些重要元素結合在一起的問責框架（如圖一所示），以指導具問責性及具成本效益的防控非傳染病工作。問責框架建基於以下幾個先決條件：

- (a) 認同政府的領導；
- (b) 建立社區及跨界別伙伴合作關係，從而達到互惠互利；
- (c) 強化醫療服務以更快速回應需求，並鼓勵基礎醫療人員參與推廣健康及減少非傳染病的工作；
- (d) 加強監測及提高情報能力；及
- (e) 爭取資源及提高專業能力。

圖一：建立以行動為重點的問責框架，以防控香港的非傳染病



## 3.4 整體原則和方針

3.4.1 根據世衛非傳染病全球行動計劃<sup>31</sup>，本《策略及行動計劃》堅守以下整體原則和方針：

### (a) 採取上游的預防措施

預防勝於治療。現時有足夠的醫學證據顯示，大部分非傳染病的早逝情況可透過改變生活方式，如戒煙、避免飲酒、均衡飲食及恆常進行體能活動來避免，當然還要在有充足支援及有利促進健康的環境下才能做到。有證據指出消除健康行為風險因素，將可預防 80% 的心臟病、中風和糖尿病，以及 40% 的癌症<sup>32,33</sup>。幫助市民建立健康生活方式，就能預防非傳染病，整體改善人口健康。適當的治療固然重要，但採取上游策略卻是最合乎經濟效益的控制非傳染病方法，可節省數十億元計用以治療病人的第二層及第三層醫療開支。

### (b) 採取貫穿人生歷程的措施

人生各階段有不同因素影響人們患上非傳染病的機率，隨着年齡

增長，風險便會更大。因此，貫穿人生歷程的介入措施能有助預防疾病發展。若想減少人們在壯年時早逝的情況、減低殘疾人士的人數、令市民有更優質的生活及降低醫療及護理開支，就需把握人生各個階段的機會，由適當的嬰兒餵養方式做起（包括鼓勵母乳餵哺），再向兒童及青少年推廣健康教育，及後向大眾推廣健康工作生活及健康高齡人生以及為晚年的非傳染病患者提供醫療服務。

### (c) 關注平等

非傳染病患者不應因其教育水平、性別、社會經濟地位、種族及移民身分等社會決定因素而面對不平等的對待。所有政策和計劃應以減少不公的情況為目的。

### (d) 跨界別行動

我們必須先從人們的起居、上學、工作、宗教及娛樂的地方採取非傳染病的預防措施、解決潛在風險因素及推廣健康教育。有效的非傳染病防控工作須以跨界別方

<sup>31</sup> Global action plan for the prevention and control of noncommunicable diseases 2013-2020. Geneva: World Health Organization, 2013.

<sup>32</sup> Spring B., Moller A.C., Coons M.J. Multiple health behaviours: overview and implications. J Public Health (Oxf). 2012 Mar; 34(Suppl 1): i3-i10.

<sup>33</sup> Ezzati M, Lopez AD, Rodgers A, et al. Comparative Quantification of Health Risks: Global and Regional Burden of Disease Attributable to Selected Major Risk Factors. Geneva: World Health Organization; 2004.

式牽涉政府各個層面，包括以整個政府及整個社區的取向結合健康、教育、環境、食物、社會福利、社會及經濟發展、運動、貿易、運輸、城市規劃以及金融各部門的合作，以建設有利人們健康生活的環境，使他們能作出健康的選擇，活出健康。

#### **(e) 強化醫療系統**

為醫療服務重新注入動力並重新定位，對於推廣健康教育、預防疾病、及早檢查及綜合護理而言屬必要，在基層醫療層面尤其重要。

#### **(f) 全民醫療保障**

所有人特別是貧困及弱小社群均應可在不受歧視的情況下享有所需的保健、預防、治療、康復及紓緩治療性質的基本醫護服務，亦不應因使用必需、安全、可負擔、有效及優質藥物及診斷而陷入財政困難。

#### **(g) 採取以實證為本的措施**

我們須根據最新的科學證據及／或最佳實務來制定防控非傳染病策略及做法。儘管成本效益分析

有助決策，但不應用作唯一依據。當選擇採用哪一種介入措施來防控非傳染病時，應仔細衡量各種介入措施的效益、成本效益、是否可負擔、執行力、可行性、本地情況、對其健康公平性的影響，以及考慮是否需要結合全民政策、以特定環境為本的計劃及個人介入措施。

#### **(h) 增強公眾和社區的能力**

「提升能力」是一個過程，令人們得以掌控影響健康的決定及行動。應透過提升大眾的健康素養，提升公眾的能力，使他們能作出健康行為選擇，並有合適技能有效運用醫療服務，以及使他們有機會為自身健康負責及自我護理。應提升社區伙伴的能力並邀請其參與防控非傳染病活動，包括倡議、政策制定、計劃、提供服務、監測、研究及評估。

### **3.5 主要的優先行動範疇**

3.5.1 有鑑於我們應採取上游及貫穿人生歷程的措施以預防及減少風險因素，繼而預防非傳染病，現針對香港的情況，訂立以下五個主要行動範疇

(英文譯名的首字母可拼成縮略詞 **HeALTH**)：

- 從小實踐健康生活 (**H**ealthy Start)
- 無酒 (**A**lcohol Free)
- 活躍好生活 (**L**ive Well and Be Active)
- 無煙 (**T**obacco Free)
- 健康飲食 (**H**ealthy Diet)

3.5.2 各項行動會建基於以下策略方針：

- (i) 政府展現領導能力；
- (ii) 將學校轉型為有利於健康的學習環境（例如健康促進學校）；
- (iii) 創造有利進行體能活動的生活環境；
- (iv) 與基層醫療專業人員建立有效的伙伴關係；及
- (v) 在適當階段考慮並採取「最合算」及其他建議介入措施<sup>34</sup>，如在食品製作階段禁止使用反式脂肪、

徵收糖稅或限制酒精飲品的推銷及提高酒稅等。

3.5.3 除了採取上游的預防措施外，政府承認如要在二零二五年或之前持續降低非傳染病的發病率及死亡率，就須大幅改善醫療制度。例如應更善用現有及／或新推出的公私營協作計劃、推出有效的醫療融資模式、加強運用醫療券及提升基層醫療系統等。

## 3.6 非傳染病目標、指標及跨界別行動資料便覽

3.6.1 經全面檢視現有非傳染病數據及進行篩選過程<sup>35</sup> 識別出最可靠和可持續的數據來源以供持續使用，並考慮到世衛《全球監察框架》<sup>36</sup> 與本地環境的相關度，最終決定採納 9 項目標、34 個指標（包括 25 個主要指標（根據世衛的《全球監察框架》改編而成）及 9 個輔助指標（與本地情況相關<sup>37</sup>）作本地非傳染病監控。**表 2**（見**第 24 至 27 頁**）列出了香港邁向二零二五年的非傳染病目標和指標概覽。

<sup>34</sup> Tackling NCDs: 'best buys' and other recommended interventions for the prevention and control of noncommunicable diseases. Geneva: World Health Organization, 2017.

<sup>35</sup> 篩選過程中考慮過的因素包括年齡覆蓋範圍、數據收集／量度方法、監測的頻率、數據的擁有權及與官方數字的相容性等。

<sup>36</sup> 有關世衛《全球監察框架》的詳情，可見以網址：[http://www.who.int/nmh/global\\_monitoring\\_framework/2013-11-06-who-dc-c268-whp-gap-ncds-techdoc-def3.pdf?ua=1](http://www.who.int/nmh/global_monitoring_framework/2013-11-06-who-dc-c268-whp-gap-ncds-techdoc-def3.pdf?ua=1)

<sup>37</sup> 經參考世衛《100 個核心健康指數全球參考列表》及世衛終止兒童期肥胖症委員會的建議行動後，建議加入 9 項輔助指標以設定一套本地的非傳染病指標。例子有母乳餵哺率、使用電子屏幕產品的時間及睡眠時間。



世衛將全部 9 項自願實現的目標和指標的基線定為二零一零年。但是，根據本地現有的數據，香港為每個目標和指標所採用的基線將不盡相同，當中會選擇最接近二零一零年的最新現有數據作為基線。為便於參考世衛的 25 項指標，「主要指標」的編號遵循世衛的《全球監測框架》。為便於區分，「輔助指標」會使用字母「S」來標示。

3.6.2 一系列非傳染病的政策、計劃及行動已列入本《策略及行動計劃》，其均屬重要（對可預防的本地非傳染病死亡率和發病率有重大益處）、息息相關（在本地和國際層面亦然）、可行（由相關界別的社區和持份者進行）、可測量（通過世衛的《全球監察框架》和世衛《終止兒童肥胖委員會的報告》<sup>38</sup>），並且具時限（可以在規定的時間框架內實施）。這些行動是在諮詢各界別的持份者後訂立，最重要是徵求他們對實施這些行動的支持和承諾。衛生署、醫院管理局（醫管局），以及康樂及文化事務署、教育局、食物安全中心、房屋委員會等各個政府決策局和部門均擔當重要角色。

3.6.3 為方便日後與持份者、健康促進合作伙伴和公眾溝通，本地非傳染病目標、指標和跨界別行動的詳情已載於 9 份目標為本的資料便覽中（見目標一至九，第 28 至 95 頁），內容與世衛 9 項全球目標相一致。各資料便覽的內容按以下標題編排：

- (a) **引言** 清晰闡明特定目標及其對防控非傳染病的重要性；
- (b) **本地情況** 重點介紹最新現有的數據和（在合理的時間範圍內的）趨勢，以描述非傳染病問題的狀況<sup>39</sup>；
- (c) **本地目標** 指明到二零二五年的預期結果；
- (d) **為實現目標所採取的行動** 重點描述目前已經展開／正在進行的極具影響力的政府政策、策略、計劃和行動，以及為在二零二五或之前實現所述非傳染病目標而須推出／加強／探討的具體介入措施；以及
- (e) **本地指標的定義和說明** 指出主要指標及／或輔助指標（如適當）的最可靠數據來源、將進行計量的項目及各指標的進行方式。

<sup>38</sup> 有關世衛《終止兒童肥胖委員會的報告》的詳情，可見以下網址：<http://www.who.int/end-childhood-obesity/publications/echo-report/zh>

<sup>39</sup> 考慮到需要監測本地的趨勢並與國際同行進行比較，個別的指標同時會以「粗略比率」和「年齡標準化比率」呈報。其他如目標七的指標「中小學生超重和肥胖檢測率」則同時採用兩種方式呈報，其一為採用「本地的兒童超重／肥胖定義」，另一種則採用「世衛根據體重指數所界定的超重／肥胖定義」。此外，在目標六和七中，我們採用了世衛對高血壓、糖尿病和高血膽固醇的定義以便進行國際間的比較，因此高血壓、糖尿病和高血膽固醇的患病率數字會與《二零一四至二零一五年度人口健康調查報告書》中的數字略有不同。

### 3.7 未來非傳染病的監測

3.7.1 世衛提供了非傳染病風險因素監測的逐步漸進式方法（STEPwise approach）。這些步驟包括問卷、身體量度及化驗檢測。為了滿足未來對本地非傳染病監測的需求，並符合世衛《全球監察框架》所規定的報告要求，衛生署將於二零一八年開始加強非傳染病監測，每兩年進行一次以住戶健康行為問卷調查，並輔以每四至六年進行身體和化驗檢測。這將顯著提高成年人口非傳染病風險因素和生物醫學監測的準確度、可靠度及實用性，並有助監察政府的非傳染病工作。

3.7.2 由於醫管局的服務目前為大部分本地居民所使用，其臨床資料庫可能是追蹤非傳染病狀況的最大和最全面的數據來源。衛生署會考慮參考醫管局關鍵表現指標報告中已有的指標（如糖尿病應診人士），並探討追蹤其他非傳染病情況（如高血壓）的可行性。

**表 2：本地非傳染病目標及監測指標的總覽**



**目標一：減少市民因罹患非傳染病而早逝的情況**

在二零二五年或之前，市民因罹患心血管疾病、癌症、糖尿病或慢性呼吸系統疾病而早逝的風險相對減少 25%

**主要指標**〔監測頻率〕

- 1** 30 至 70 歲人士在沒有預設條件的情況下因罹患四大非傳染病〔即心血管疾病、癌症、糖尿病或慢性呼吸系統疾病〕而死亡的概率〔每年一次〕
- 2** 每種癌症按年齡和性別劃分的發病率及死亡率（按每 10 萬人口計算）〔每年一次〕
- 20** 按每名癌症死者生前所服用的類鴉片強力鎮痛劑（美沙酮除外）的嗎啡當量而評估的接受舒緩治療情況〔每年一次〕
- 22** 在本地免疫接種計劃中是否有人類乳頭瘤病毒疫苗可供接種〔每年一次〕
- 24** 按 2 至 5 歲兒童已接種三劑乙型肝炎疫苗的比率及接種第三劑疫苗時間的中位數和四分位數間距所反映的接種疫苗合時性而衡量的乙型肝炎疫苗接種率〔每 2 至 3 年一次〕
- 25** 30 至 49 歲婦女曾接受至少一次子宮頸癌篩查的比率〔每 2 年一次〕



**目標二：減少酒精相關危害**

在二零二五年或之前，成年人暴飲與有害的飲酒行為〔即其飲酒情況具危害性／依賴性〕及青少年飲酒的普遍率相對降低至少 10%

**主要指標**〔監測頻率〕

- 3** 15 歲或以上人士在一曆年內的估計人均總飲酒量〔以純酒精計，單位為升〕〔每年一次〕
- 4a** 青少年每月至少暴飲一次的普遍率〔每 1 或 2 年一次〕
- 4b** 成年人〔18 歲或以上人士〕每月至少暴飲一次的年齡標準化普遍率〔每 2 年一次〕
- 5** 15 歲或以上人士在酒精使用障礙鑑別檢測中取得 16 分或以上（即表示其飲酒情況有危害性或很大可能有依賴性）的比率〔每 2 年一次〕

**輔助指標**〔監測頻率〕

- S1** 年輕人曾經飲酒、在過去 12 個月內曾經飲酒，以及在過去 30 日內曾經飲酒的普遍率〔每 2 或 4 年一次〕
- S2** 報稱在 16 歲前初次飲酒的青少年比率〔每 2 年一次〕
- S3** 報稱在 16 歲前開始有每月飲酒習慣的青少年比率〔每 2 年一次〕



表 2：本地非傳染病目標及監測指標的總覽（續）



### 目標三：減少體能活動不足

在二零二五年或之前，青少年和成年人體能活動不足的普遍率相對降低 10%

#### 主要指標〔監測頻率〕

- 6 青少年體能活動不足的普遍率〔每年一次〕
- 7 18 歲或以上人士體能活動不足的年齡標準化普遍率〔每 2 年一次〕



### 目標四：減少鹽攝入量

在二零二五年或之前，人均每天鹽／鈉攝入量相對減少 30%

#### 主要指標〔監測頻率〕

- 8 18 至 84 歲人士的年齡標準化平均每天鹽〔氯化鈉〕攝入量〔以克計〕〔每 4 至 6 年一次〕



### 目標五：減少吸煙

與二零一零年的基線吸煙比率比較，在二零二五年或之前，15 歲或以上人士現時吸煙的比率相對減少 30%

#### 主要指標〔監測頻率〕

- 9 青少年現時吸煙的普遍率〔每 2 年一次〕
- 10 18 歲或以上人士每天吸煙的年齡標準化普遍率〔每 2 至 3 年一次〕

#### 輔助指標〔監測頻率〕

- S4 15 歲或以上人士每天吸煙的粗略普遍率〔每 2 至 3 年一次〕

**表 2：本地非傳染病目標及監測指標的總覽 (續)**



**目標六：遏止市民的高血壓患病率上升**

在二零二五年或之前遏止市民的高血壓患病率上升

**主要指標** (監測頻率)

- 11a** 18 至 84 歲人士的年齡標準化 (和粗略) 高血壓患病率 (每 4 至 6 年一次)
- 11b** 18 至 84 歲人士的年齡標準化 (和粗略) 收縮壓平均值 (每 4 至 6 年一次)



**目標七：制止糖尿病及肥胖問題上升**

於二零二五年或之前，制止糖尿病及肥胖問題上升

**主要指標** (監測頻率)

- 12** 18 至 84 歲人士年齡標準化 (和粗略) 高血糖／糖尿病患病率 (每 4 至 6 年一次)
- 13** 中小學生超重及肥胖的檢測率：
  - 本地定義 (每年一次)
  - 世衛定義 (每年一次)
- 14** 18 至 84 歲人士超重及肥胖的年齡標準化 (和粗略) 普遍率：
  - 本地分類 (每 4 至 6 年一次)
  - 世衛分類 (每 4 至 6 年一次)
- 15** 18 歲或以上人士飽和脂肪酸佔總能量攝取量的年齡標準化平均比率 (大約每 10 年一次)
- 16** 18 歲或以上人士蔬果攝取量不足的年齡標準化普遍率 (每 2 年一次)
- 17** 18 至 84 歲人士的年齡標準化總膽固醇偏高患病率及年齡標準化總膽固醇平均值 (每 4 至 6 年一次)
- 21** 是否有實施政策限制飽和脂肪酸及禁止部分氫化植物油 (工業製反式脂肪的主要來源) 在食品供應中使用
- 23** 是否有實施政策限制含高飽和脂肪、高反式脂肪酸、高游離糖及高鹽的食品及非酒精類飲料的銷售以減少對兒童的影響

**表 2：本地非傳染病目標及監測指標的總覽 (續)**



**目標七：制止糖尿病及肥胖問題上升**

於二零二五年或之前，制止糖尿病及肥胖問題上升

**輔助指標 (監測頻率)**

- S5** 5 歲以下兒童超重及肥胖的普遍率 (每年一次)
- S6** 母乳餵哺率 (出院計) (每 2 年一次)
- S7** 全母乳餵哺至四個月大的嬰兒比率 (每 2 年一次)
- S8** 每天花兩小時或以上使用互聯網或電子屏幕產品作非學業用途的高小學生及中學生比率 (每年一次)
- S9** 上學日前一晚睡覺時間少於 8 小時的高小學生及中學生比率 (每年一次)



**目標八：透過藥物治療及輔導服務來預防心臟病和中風**

由於欠缺可量化的指標，目前沒有制訂具體目標



**目標九：為市民提供可負擔用作治療主要非傳染病的基本設備和必需藥物**

由於欠缺可量化的指標，目前沒有制訂具體目標