

行政院所屬各機關因公出國人員報告書

(出國類別：開會及考察)

赴英國參加 2003 國際健康城市會議及 參訪基層健康照護組織

出國人員：行政院衛生署國民健康局 簡任秘書林慶豐
 新竹縣衛生局 局長 劉靜芸
 行政院衛生署國民健康局 技正 林美智
 中華民國社區營造學會 秘書長 洪德仁

出國地點：英國

出國期間：九十二年十月十七日至二十六日

報告日期：九十三年一月六日

54 / 09204313

系統識別號:C09204313

公務出國報告提要

頁數: 23 合附件: 否

報告名稱:

赴英國參加2003國際健康城市會議及參訪基層健康照護組織

主辦機關:

衛生署國民健康局

聯絡人/電話:

/

出國人員:

林慶豐 衛生署國民健康局 簡任秘書

林美智 衛生署國民健康局 技正

劉靜芸 新竹縣衛生局 局長

出國類別: 考察

出國地區: 英國

出國期間: 民國 92 年 10 月 17 日 - 民國 92 年 10 月 26 日

報告日期: 民國 93 年 01 月 06 日

分類號/目: J4/公共衛生、檢疫 J4/公共衛生、檢疫

關鍵詞: 社區健康營造, 健康城市

內容摘要: 自1988年歐洲健康城市網絡建立以來，目前已有超過1000個城市推動健康城市計畫。對於社區健康營造工作之推動，應組成跨領域的合作網絡及加強社區培力（empowerment），另在地健康資源的整合也是很重要的，整合在地專業團體、學者專家，鄰近社區醫療資源，如衛生機構、診所、藥局、學校、社區團體、宗教團體、社工等團體，以具體的力量，在地的行動，凝聚社區的力量，提供社區資源，成為在地健康資源的網絡。未來對於社區健康營造的推動，應結合專業輔導、培力團隊，以增進健康資源的整合和社區培力。健康城市的概念主要著重於將居民的健康視為城市施政的重要議題，健康城市計畫的成果即是健康的公共政策。未來可依據WHO「健康城市」認證標準，輔導社區健康營造中心或鄉鎮推動國際「健康城市」認證，我們期望藉由健康城市計畫的推動，打造健康的公共政策之目標，並透過跨部門、跨學科合作與創新的健康促進方式，解決民眾的健康問題。英國衛生部門委託的民間機構National Primary Care Development Team (NPDT)，任務為負責研究評估該國基層醫療之品質、研擬相關政策及發展實驗性計劃（模式），以協助醫療團體，含括個人及組織改善及提昇其基層醫療的服務品質，以期符合民眾及社區的醫療保健需求。英國NPDT含括的不僅是醫療，亦包含了資源整合的社區健康營造，其亦致力於規劃基層領導人才培訓，可作為我們未來對於基層醫療衛生服務品質及人才培訓規劃之參考。

本文電子檔已上傳至出國報告資訊網

摘要

自 1988 年歐洲健康城市網絡建立以來，目前已有超過 1000 個城市推動健康城市計畫。對於社區健康營造工作之推動，應組成跨領域的合作網絡及加強社區培力（empowerment），另在地健康資源的整合也是很重要的，整合在地專業團體、學者專家，鄰近社區醫療資源，如衛生機構、診所、藥局、學校、社區團體、宗教團體、社工等團體，以具體的力量，在地的行動，凝聚社區的力量，提供社區資源，成為在地健康資源的網絡。未來對於社區健康營造的推動，應結合專業輔導、培力團隊，以增進健康資源的整合和社區培力。

健康城市的概念主要著重於將居民的健康視為城市施政的重要議題，健康城市計畫的成果即是健康的公共政策。未來可依據 WHO 「健康城市」認證標準，輔導社區健康營造中心或鄉鎮推動國際「健康城市」認證，我們期望藉由健康城市計畫的推動，打造健康的公共政策之目標，並透過跨部門、跨學科合作與創新的健康促進方式，解決民眾的健康問題。

英國衛生部門委託的民間機構 National Primary Care Development Team (NPDT)，任務為負責研究評估該國基層醫療之品質、研擬相關政策及發展實驗性計畫（模式），以協助醫療團體，含括個人及組織改善及提昇其基層醫療的服務品質，以期符合民眾及社區的醫療保健需求。英國 NPDT 含括的不僅是醫療，亦包含了資源整合的社區健康營造，其亦致力於規劃基層領導人才培訓，可作為我們未來對於基層醫療衛生服務品質及人才培訓規劃之參考。

目錄

壹、前言	4
貳、行程及內容	4
一、行程	4
二、2003 國際健康城市會議	6
三、National Primary Care Development Team (NPDT)	13
四、參訪曼徹斯特鄰近基層醫療診所、醫院及社區藥局	18
參、心得	19
肆、建議	20

赴英國參加 2003 國際健康城市會議及參訪基層健康照護組織

壹、前言

自 1988 年歐洲健康城市網絡建立以來，全球推動健康城市運動已達 15 年，世界衛生組織（World Health Organization, WHO）歐洲總部於 2003 年 10 月 19 日至 22 日，在英國北愛爾蘭首府 Belfast 舉行「2003 國際健康城市會議」。大會主題為地方行動力(The power of local action)，本次會議將分享歐洲及全世界發展十五年健康城市的經驗，尤其是第三階段（1998 年至 2003 年）的工作成果，並提供政府、城市、及各健康城市相關機構，經驗交流之平台。為了解各國推動健康城市的最新發展及經驗，並增進國際交流，本局派林慶豐簡任秘書慶豐、林美智技正，及邀請新竹縣衛生局劉靜芸局長及中華民國社區營造學會秘書長洪德仁醫師等四人參加。另因英國曼徹斯特市目前為該國發展基層照護計畫之重點地區，除洪醫師因業務需要於 10 月 23 日先行返台外，其餘三人於會後 10 月 23 日至 10 月 24 日，就近參訪當地之基層健康照護組織 National Primary Care Development Team (MPDT)，期有助於日後推動基層照護議題之發展。

貳、行程及內容

一、行程

日期	活動內容
10 月 17 日至 19 日	台北—香港—倫敦—Belfast
10 月 19 日	上午：報到 開幕及專題演講 下午：分組研討 晚上：歡迎酒會

10月20日	專題報告及分組研討 晚上：Belfast 市長歡迎晚宴（市政廳）
10月21日	上午：專題報告及分組研討 下午：城市導覽 WHO Inter-Regional Business Meeting 討論 Belfast 宣言草案
10月22日	上午：專題報告及分組研討 下午：簽署 Belfast 宣言及閉幕 晚上：歡送酒會
10月23日	Belfast—Manchester 參訪 National Primary Care Development Team （MPDP）行程如表一
10月24日	上午：參訪 MPDP 與意見交流 下午：參訪基習診所及衛生所
10月25日26日	Manchester—倫敦—香港—台北

表一：MPDP 參訪行程

十月二十三日		
9:30	Welcome and Overview of NPDT	John Timmins
10:00	Improvement Science	Jacqui White
11:00	Coffee	
11:30	Leadership for Improvement	Annette Hill
11:45	Capacity and Demand	Jayne Penny
12:00	Lunch	
13:00	Primary Care Strategy/Contracting	Helen Notthall
14:00	Health Communities collaborative Pilot and Falls	Jenny Knowles
15:00	Reflective Time	
十月二十四日		
9:30	Healthy Settings	Mark Dooris
10:30	Improvement Science	Jacqui White

10:45	Coffee	
11:00	Leadership for Improvement	Annette Hill
11:45	Capacity and Demand	Jayne Penny
12:00	Lunch	
13:00	Primary Care Strategy/Contracting	Helen Notthall
14:00	Health Communities collaborative Pilot and Falls	Jenny Knowles
15:00	Reflective Time	

註：根據 2003 國際健康城市會議大會統計，全球 66 個國家、800 多位公共衛生及永續發展的學者專家參與盛會。分組論文發表及討論共達 60 場次，超過 220 篇論文發表，主題包含一些現代公共衛生學的挑戰性議題，例如：貧窮、平等權、社會福利、暴力、城市合作、都會設計、失能照顧、老人照顧、社區培力及愛滋病等。

二、2003 國際健康城市會議

(一) Belfast 健康城市

自 1988 年歐洲健康城市網絡建立以來，此網絡即由 11 個城市推展至超過 1000 個城市，Belfast 也是自 1988 年即參加健康城市網絡之成員之一，政治上北愛爾蘭是混亂的，但健康的醫學視野卻是很流行，意即健康城市的概念被留存於各單位中，然而政治的不確定性卻是健康城市一個得到政治支持的最主要原因，大家都同意支持 Belfast 成為健康城市的一員。推動健康城市有三個階段，(1)Phase I：焦點在下列區域的跨部門合

作：兒童玩的權利、旅客的健康需求及居家安全。1990年公佈一個有關兒童玩的權利的報告，1993年政策聲明即形成。社區團體在剛開始時是指導團體持續的運作為工作團體，以確保專案能反映社區的需求。Belfast健康城市計畫在Phase I有許多城市行動方案，如菸害、婦女健康及心理健康是最具行動力的。

(2) Phase II：由專案層級轉為更策略層級，1996年開始進行健康城市計畫之工作，例如婦女健康專案，發展成婦女健康政策。

(3) Phase III(1998-2002)：城市健康發展計畫是主要目標，1998年有四個主題成為健康城市計畫的主要焦點，(A)運輸、環境、計畫及居住(B)年青人的心理健康(C)資源整合(D)終身學習，此計畫為跨部門的操作。至2002年開始進入計畫執行的階段，2003年第一個健度報告出爐。

(二) 推動健康的跨部門參與

WHO的歐洲區域辦公室提出一個合作的計畫，亦即同意分享各國家好的實際操作經驗，以及提供在新架構成立及實施過程被培植的機會，直到可被移植成為公共政策的主流為止。健康城市計畫被發展成為一個包括全國性、整合的計畫，其中，地方層次是很重要的。在英國，發展健康合作主要的挑戰，包括：跨區域工作、合作的責任、計畫安排及策略、社區參與及協議、政治參與的成員、著重於降低不平等及處理權利被剝奪、參與政策及訂定目標的優先順序等。在健康城市的計畫中，訂

定議題仍然可預防一些情況的發生，包括不同部門為了計畫推動在委員會上廣泛的需求、缺乏經濟上的誘因及政治上不可避免的競爭等，以合夥關係的概念來以推動健康城市是必須的，但並不足夠，在推動健康城市的過程中，仍需更多詳細關於過程的應用、約定及合夥關係的建置。城市關於建立健康跨部門的合夥關係，有以下主要的運作機制，最主要的方法是建立一個跨部門的委員會及發展涵括多個部門的公共政策及行動；第二個方法是發展健康城市專案辦公室及其他相關組織的合夥關係，特別是支持社區參與部分。雖然幾乎所有的城市對於一些沒有 WHO 支持下的合夥關係的持續都相當有自信，但來自 WHO 歐洲健康城市網絡的支持，仍是對合夥關係的持續強力的支持。

(三) 分組討論重點摘要

(1) 北愛爾蘭的 Mihela Harataum 醫師報告：「Public Participation, Partnership and Progress in Romania: A Pilot Project.」，英國政府支持，Nicare (N.I) 與羅馬尼亞政府一起在羅馬尼亞執行的健康促進計畫，期間自 2001 年 7 月至 2004 年 5 月，英國派遣公共衛生專家和當地政府衛生官員、第一線健康照護系統、社區團體結合，共同研擬基層健康照護機制和健康促進方案，開發對於專家團隊成員的訓練課程，凝聚出操作流程、評量標準的界定，這種「training the trainers」

及社區參與是計畫成效的關鍵，雖然計畫仍然在執行中，彼此對於效益滿意，將擴大執行本計畫。

- (2) 波蘭的 Iwona Iwanicka 博士分享健康學校的經驗：「Lodz Network of Health Promoting Schools and Kindergartens.」，Lodz 學校健康促進網絡的構想肇始於 1991 年，1996 年計畫成熟推動。目前有 21 所初級中學、44 所小學、22 所幼稚園參與，經由 Lodz 健康城市計畫結合學校，推動有關健康促進活動、健康教育、環境教育等等，學校自行運用自身資源，尋求老師、社區組織、基層健康專業人士資源，研擬相關執行方案，已具卓越成效。具體而言，操作策略有：(1) 定期集會。(2) 主持人或執行人員訓練課程。(3) 共同開發相關健康促進教材。(4) 對學生、家長進行健康促進課程。(5) 鼓勵學生組織健康促進社團。(6) 執行有關健康促進活動。(7) 經驗交流會增進操作技能。Iwanicka 博士認為本計畫成功的關鍵在於教師的認同、教師會和社區組織的支持和參與。
- (3) 加拿大 Neale Smith 先生報告社區培力的研究：「Enhanced Community Capacity- A Key Outcome of a Healthy Communities Initiative.」，加拿大的 David Thompson Health Region 針對 Alberta 省 19 個參與健康社區計畫的社區組織，進行社區培力的分析、研究，界定出健康社區指標，

有：社區參與、持續學習、願景、感覺 (sense)、領導人、資源網絡及溝通協調能力，這些健康社區指標對我們未來操作深具啟示作用。

- (4) 瑞典 Orebro 大學的 Eva Jarliden 小姐報告健康教育的遠距教學經驗：「Capacity Building for Public Health Actions-Using Distant Learning Program to Promote Healthy Communities.」，最近瑞典的新的國家健康政策，賦予地方政府極大的權力和責任來推動健康促進，由於地方政府在健康能力不一，因此，有必要結合健康衛生的學術、專業團體和學校，進行衛生教育，運用現代通訊科技的遠距教學是其中一項方案。遠距教學的參與者藉由教學課程、區域同學會、團體討論、師生留言討論、繳交作業及測驗，加上每月 3 小時的師生面對面教學座談會，完成訓練課程者給予專業認證。此項遠距教學使得參與者有機會增進健康衛生知能和技術，提供高品質、及時、有效的衛生教育途徑，對於偏遠地區推動健康社區有顯著的成效。
- (5) 北愛爾蘭的愛爾蘭公共健康研究所 Lesile Boydell 博士報告：「Leadership for Building a Healthy Society.」，優秀的領導是建構健康社區的重要基礎，因此，愛爾蘭公共健康研究所發展一套「健康社區領導培訓計畫」，在 2002、2003 年各訓練 22 及 29 名社區團體領導幹部，安排 7 天的培訓，

課程著重於：問題分析、領導統御、社會變遷、協調合作、創意能力、資源網絡等，參與者從而增進健康及社會福祉等議題的操作能力，對於個人、團體組織和社區的健康促進，有卓著的貢獻。健康促進相關的活動和教材開發，也由學員的網絡負責。在快速的經濟的、政策的、文化的變遷環境，健康社區領導培訓計畫使社區團體領導幹部學習各行各業的協調合作，增進永續經營的能量。

- (6) 義大利的 Alessandra Pedone 博士報告：「An Integrated Model for Health, the Environment and Sustainability.」，社區的健康受到社會的、經濟的、環境的、生活型式、服務設施等多元因素的影響，因此，健康促進必須結合機構與機構、政府與民間、跨領域的合作，義大利發展跨領域的合作平台，包括：(1) 基層醫師，是社區民眾健康的監視者，更是健康促進的老師，其角色是無可取代的。(2) 學校，可發展成為地區健康議題的網絡中心，作為官方、衛生專業者/團體、學生、教師和家長的健康促進的合作平台。(3) 官方機構，提供資源，引介健康城市計畫和歐洲永續發展運動。(4) 非營利組織，像國際環境醫師協會 (the International Society of Doctors for the Environment)，積極地經由誘導政策，促進健康生活和環境的永續經營。
- (7) 日本東京醫學及牙醫大學的 Keiko Nakamura 教授報告：在

健康城市運用地理資訊系統(GIS)可將社區的健康需求顯而易見「Application of Geographic Information System for Rational Decision Making in Healthy Cities : Visual Localization of Community Health Needs.」, 社區的需求在地理上不是單一分佈的, 也沒有一個指標可以解釋社區健康的需求, 這些需求與很多因素相關, 如: 人口統計、健康、社經情況、生活狀況及環境等, 此計畫的目標是將社區健康需求的位置清楚的呈現, 以及發展社區健康需求評估 GIS, 供公共衛生服務決策的參考。計畫方法包括: 收集人口資料、基本計畫藍圖的數字資料、地形圖、醫學及福利設備、建設的統計等等。此資料系統包括 3400 個人口統計、生活及環境的項目。

- (8) 以色列的 Joseph Berry 博士報告: 社區計畫資源中心「Community Planning Resource Center」, 社區組織常面臨資訊、技巧及經驗的阻礙, 這使它們在與官方及發展者交涉計畫時置於劣勢, 社區計畫資源中心(CPRC)將藉由豐富的計畫專業知識及經驗, 協助符合社區的需求。CPRC 由下列組成: (1)一個由學生運作的資訊及服務中心, 此服務包括評估數據、研究整合及網路搜尋。(2)計畫短期講習、公共服務的混合模式: 每週由專業人士引導之短期講習, 範圍包括 GIS 領土使用改變分析、都會模擬及學生社

區工作團隊。(3)諮詢服務：CPRP 扮演媒界及提供需求的支持服務。

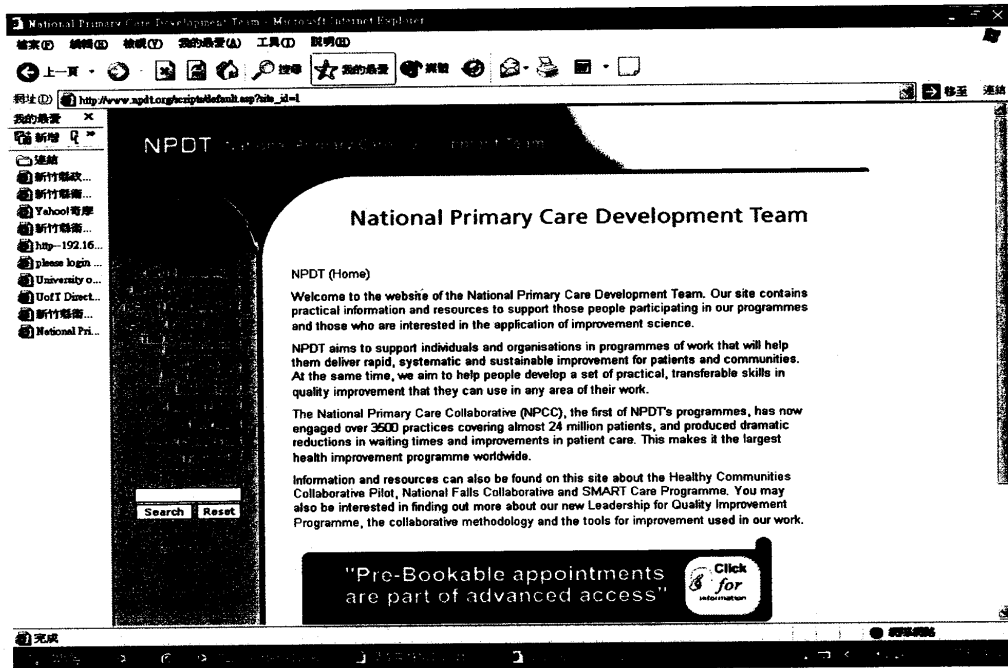
(四)簽署健康城市 Belfast 宣言：

於會議最後一天，我們以台灣名義與 66 個國家，在 WHO 代表及主席主持下，共同簽署 Belfast Declaration for Healthy Cities (如附件)。

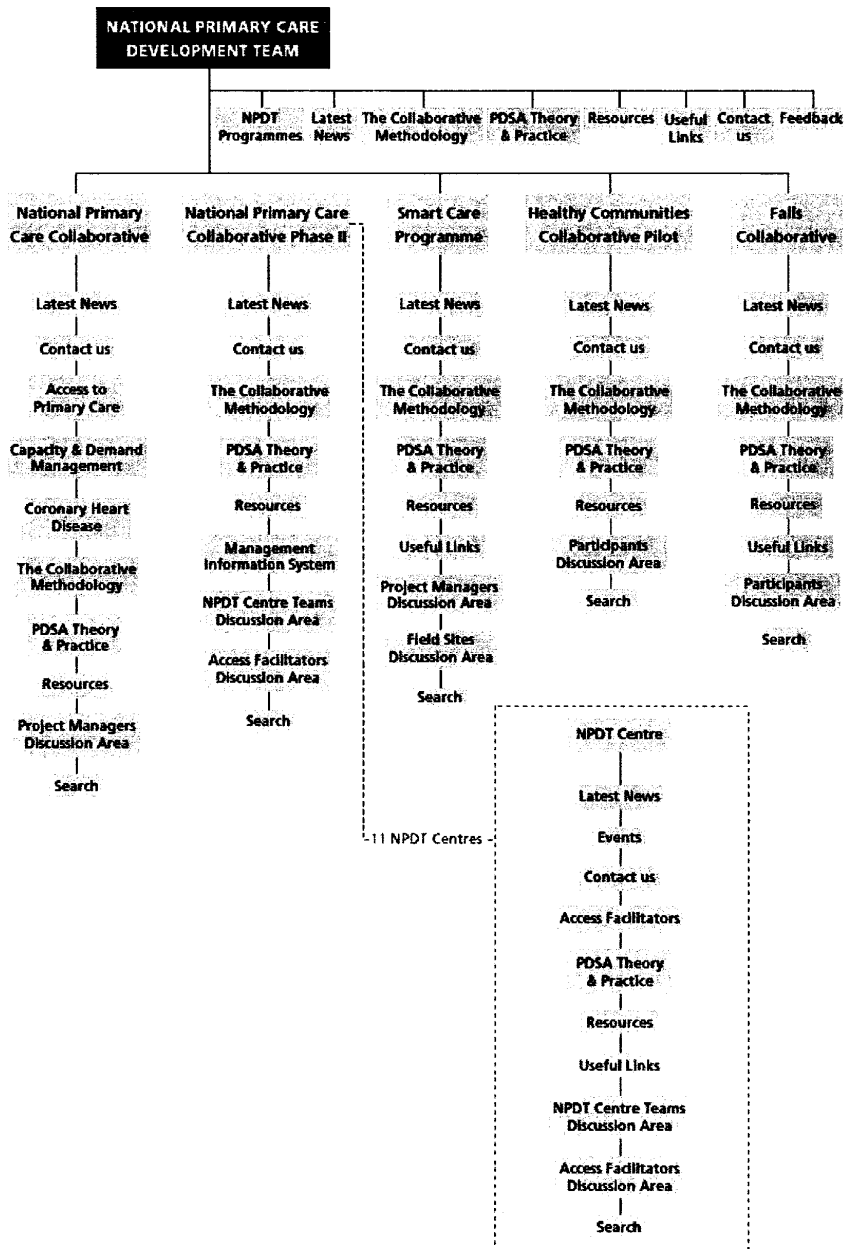
三、National Primary Care Development Team (NPDT)

NPDT 於 2002 年 2 月開始運作，係英國衛生部門所委託的一民間機構，全國共計十一個。其任務為負責研究評估該國基層醫療之品質、研擬相關政策及發展實驗性計劃(模式)，以協助醫療團體，含括個人及組織改善及提昇其基層醫療的服務品質，以期符合民眾及社區的醫療保健需求。該單位網站及相關組織計畫架構如表二、三。

表二：NPDT 網頁



表三：NPDT 組織及計劃架構



NPDT 目前推展的計劃包括：

(一)The National Primary Care Collaborative (NPCC)

此計畫始於 2000 年 5 月，是目前全球最大改善基層醫療服務的計畫，執行單位含括 80 個基層醫療團隊 (PCT Primary Care Team)、3500 個醫療點以及近乎二千四百萬的病患。計畫目的為協助基層醫療服務的個人或組織提昇其服務的品質與能力。初期以改善慢性心臟病患的轉診為目標，計畫成效卓著。該計畫並透過 NPDT 網狀組織架構推展至全國各地。這計畫的最大特色是採用合作團對經營模式，成員包括醫師、護士、公共衛生及相關代表，並以病患需求訂定可行性目標，此模式成果快速且有效。以慢性心臟病為例，該計畫訂的目標如下：

- 1、增進基層醫療對慢性心臟病患的可近性及使用率。
- 2、提昇慢性心臟病患的醫療照護。
- 3、建置慢性心臟病患初級及二級醫療之間的轉診介面。

(二)Health Communities Collaborative Pilot

此計畫始於 2002 年，利用與社區資源結合，推展健康議題，以改善社區資源分配不均及適時評估健康改善狀況 (與社區健康營造意義相同)。目前正進行的計劃是預防社區老人(六

十五歲以上)跌倒，計畫目標為一年時間減低社區老人百分之三十跌倒率。計畫包括三個地區、十五個地方合作團隊，團隊成員包括醫護人員(骨科、神經科、眼科、運動醫學、營養師等)、社區老人代表、地方行政機關代表(社會局、工務局等)，透過病患(老人)主導需求，團隊討論、決定與執行，採PDSA(plan, do, study, act)方式，該計畫成效卓著，部份社區甚至高達降低百分之五十以上的跌倒率。

(三) National Falls Collaborative

本計畫始於2002年11月，計畫內容與成果如上述(二)。

(四) Smart Care Program

此計畫是以改善整體基層醫療的醫療流程，涉及醫療保險、醫療品質、院內醫療流程監控等，層面廣且內容較複雜，短時間的參訪不易全盤了解其運作模式，僅知共計推展了四期計畫，成效仍待評估中。

(五) Leadership for Quality Improvement

此計畫始於2003年秋天，有鑑於基層醫療領導人才培育的重要性，NPDT亦開始規劃基層醫療領導人才訓練課程，護理課程已在進行中。課程內容以受訓者需求為導向，學習型組織(小組)方式進行，其成效將於一年後知曉。

四、參訪曼徹斯特鄰近基層醫療診所、醫院及社區藥局

- (一)該基層醫療診所為一公立群醫中心，由四位醫師(心臟內科、婦產科、骨科及家醫科醫師)所組成，輪流負責門診及社區醫療保健業務。校護編制含在屬社區醫院(類似衛生所，但醫療功能較多元及強化)，與公共衛生護士一同工作。
- (二)該社區民眾約八千人，人口多屬老年人口，居民社經地位偏低，失業、酗酒、藥物濫用、單親家庭及心理問題為社區較困擾的公共衛生問題。但針對社區中民眾心理衛生問題，社工及相關資源透過醫療保險制度能有效整合運用。
- (三)英國轉診制度相當落實，基層診所與轉診醫院間之轉診資料完全採電腦網路化。在病患照顧之角色分工上亦相當清楚，醫院負責臨床照顧，基層診所負責社區照顧；無所謂搶病患或強留病患的現象。基層診所醫師不論甚麼年齡層，在配合電腦化轉診作業上均相當熟悉，診所資訊化硬體亦相當完整。由於病患轉診資料完整網路化，基層診所可收到轉診醫院所回覆之病患就醫診治報告。由於醫院院內 clinical path 尚不理想，轉診病患尚需長時間等候轉診，英國 NPDT 已規劃改善中。社區藥局角色與功能與我國雷同，亦採醫藥分業制度。

參、心得

由 WHO 歐洲總部都會健康中心主任及健康城市計畫主持人 Dr Tsouros 發表國際健康城市推動十五週年專題演講指出：十五年前，為解決都會地區的健康問題，WHO 歐洲總部發展出健康城市計畫，特別是在過去五年，更是蓬勃發展。目前，在歐洲就有 29 個國家、1300 個城鎮，參與健康城市網絡。由於健康營造和地方政策、市民社會的參與，使得世界衛生組織健康城市運動有越來越重要的趨勢，會議顯示出健康城市計畫第三階段 (the phase III, 1998-2002) 推動的成功，並邁入第四階段 (the phase IV, 2003-2007) 的里程碑。

此次會議藉由不同議題，一直在闡述幾個概念，對於未來健康城市的推動，值得我們學習和省思：

1. 地方行動力：在地的行動，配合國家及 WHO 的健康政策，發展出各具特色的健康城市模式。
2. 跨領域的合作網絡：健康城市的營造，面臨的是多元的問題和議題，其資源網絡也是跨越官方、民間、專業、非專業領域，能做好跨領域的合作，就能奠定健康經營的基礎。
3. 社區培力的重要性：在地行動的基礎在於社區團體，積極進行社區培力，強化協調合作能力，增進永續健康經營的能量。
4. 在地健康資源的整合：整合在地專業團體、學者專家，鄰近社區

醫療資源，如衛生機構、診所、藥局、學校、社區團體、宗教團體、志願服務、社工等團體，以具體的力量，在地的行動，凝聚社區的力量，提供社區資源，成為在地健康資源的網絡，推動社區健康促進。

5. 健康社區領導培訓 (training the trainers)：在地專業團體、外部學者專家，結合鄰近社區醫療資源，如社區診所、藥局、衛生機構、學校，進行健康社區領導培訓，參與工作坊，以適應快速變遷環境，增進健康促進的知能與共識。

肆、建議：

一、持續推動健康生活社區化計畫：

雖然我們還不是聯合國或 WHO 會員國，但是台灣的公共政策一直是與聯合國或 WHO 的脈動，互相配合，像全民健康保險、健康平等權的實踐、社區健康營造等，不僅是呼應世界，更是促進健康生活和價值觀，建構健康家園的逐步累積成果。因此，應持續推動健康生活社區化的計畫，並適時的提供相關論文展現我國推動社區健康營造的經驗以與國際交流。

二、健康資源的整合和社區培力的重要性：

從這次健康城市會議的經驗，更加映照我國推動「挑戰 2008 國家發展重點計畫--新故鄉社區營造計畫」10.7 二十一世紀健康福

社社區營造的適宜性和重要性，我們必須做好健康資源的整合和社區培力，增進健康生活福祉的永續經營能量。未來對於社區健康營造的推動，應結合專業輔導、培力團隊，以增進健康資源的整合和社區培力。

三、積極參與國際組織、會議及網絡聯結：

經由 SARS、健康城市計畫等等多元議題交流，與 WHO 密切互動，也參與國際會議及網絡聯結，讓我們得到及時、正確資訊與知能，更是一個交流分享的平台。這次 Belfast 宣言的簽署，我國因無地方首長與會，留下些許遺憾。希望經由這次與會，能建立於公、於私誼的網絡聯結。

四、加強 NGO 參與的功能：

官方與民間攜手合作，依據各自特性，發揮專長，共同參與國際組織或會議，開創台灣生存空間，學習契合潮流之知能。這次會議顯示，官方與民間互為主體，交互運用，合作無間，尋求最大效益，是很好的經驗。

五、推動「健康城市」認證：

我們可以依據 WHO「健康城市」認證標準，輔導社區健康營造中心或鄉鎮市公所推動「健康城市」認證，邀請 WHO 健康城市委員來台指導，使國際專家了解、參與台灣健康城市計畫的推

動，並深化國民健康生活的實踐。

六、衛生出版物多元化：這次會議展示各種出版物，數量龐大，印刷精美，而且大多是議題成果專輯，極具參考功能。在國際交流日益頻繁的今天，對於社區健康營造的宣導單張及手冊，應加強製作展現成果及雙語化。

七、翻譯出版「健康城市」專輯：

WHO 歐洲總部針對這次會議，出版「WHO Healthy Cities in Europe: A Compilation of Papers on Progress and Achievements.」專輯，彙列健康城市相關的發展歷程、理論、社區培力、認證指標、操作程序及模式等等，可說是健康城市的經典著作，未來將尋求管道取得書面同意後，進行翻譯中文版的工作，以嘉惠國內健康城市的推動工作。

八、建置國民健康局資訊交流展示櫥窗：

此次參訪係經由英國文化交流學會安排，雖時間倉促、參訪人員亦僅三人，NPDT 仍費心安排一系列課程及參觀，其專業及熱心令人敬佩。未來本局如能規劃類似窗口，將有助於國內甚或國際行銷。

九、社區健康營造跨局處化、跨部會化：

各國基層醫療體系係因醫療保險制度、社會文化、經濟等不同

而有所不同，即使如此，民眾的需要好品質的健康照顧應是一致的。英國 NPDT 所謂含括的不僅僅是醫療，亦包含了資源整合的社區健康營造。反觀我國社區健康營造，目前全由本局一肩擔挑，面對慢性病充斥、醫療保健社區化的現況，若不能及時整合健保、醫政、防疫等資源，基層醫療體制也將只是消極「補破網」，社區健康營造亦將事倍功半。

十、重新評估及規劃基層醫療人員培訓：

由 NPDT 規劃基層領導人才培訓計畫，反思我國現行相關訓練課程恐有不敷新保健時代的需求。目前基層人員窮於應付推層出新的保健業務，實鮮有機會充份學習了解業務內容，期盼未來對於基層衛生領導人才之培訓，應有一番新的規劃。

39(4)

Belfast Declaration for Healthy Cities **19-22 October 2003, Belfast, Northern Ireland, UK**

The power of local action

Celebrating 15 years of the Healthy Cities movement in Europe and beyond,

recognizing the power of local action;

acknowledging city leadership in health and sustainable development;

knowing that the key determinants of health lie outside the direct control of the health sector;

building upon our broad experience and scientific evidence base;

committed to the continued improvement of the health and quality of life of all our citizens;

guided by the key principles of equity, sustainability, intersectoral cooperation, community empowerment and solidarity;

understanding that health should never be the exclusive concern of any one political party or professional discipline, and that all should adhere to these guiding principles;

drawing upon the Johannesburg Declaration on Sustainable Development 2002 which emphasized the importance of partnerships at all levels and good urban governance,

we the political leaders of our cities, towns and local authorities, attending the WHO International Healthy Cities meeting in Belfast, Northern Ireland, UK, 19-22 October 2003, pledge ourselves to:

- Build strong partnerships, alliances and networks;
- Design supportive environments to meet the needs of all citizens;
- Tackle the wider determinants of health; and
- Create effective policies, strategies and tools for action.

A call for action

As political leaders, we commit ourselves to

Reducing inequalities and addressing poverty, which will require local assessment and regular reporting on progress to reduce the gaps

City health development planning, which provides our cities with a means to build and maintain strategic partnerships for health

Promoting good governance and creating inclusive cities that ensure all citizens have a key role in shaping services and influencing city policies and plans

Building **safe and supportive cities** sensitive to the needs of all citizens, actively engaging urban planning departments and promoting healthy urban planning practices.

Promoting health impact assessment as a means for all sectors to focus their work on health and quality of life.

Taking an active role to shape and implement **national, European and global** strategies, and contributing to the localization of the United Nation's Millennium Development Goals.

Demonstrating the relevance of our work and maximizing the impact and strategic standing of Healthy Cities within countries and as international players.

Systematically monitoring, documenting, evaluating and **communicating our work** so that we and others can learn and benefit

Strengthening **international friendship and solidarity** between cities and regions, mutual support, and sharing of resources, knowledge, information and experience.

Expanding National Networks of Healthy Cities, as they represent a tremendous foundation of political commitment, innovation and dynamism for the whole movement

Acknowledging our responsibilities for **supporting healthy cities in other Regions**, enabling pioneering work and knowledge within regions to become globally accessible;

Action by others

Cities can not act alone. We call on

National governments:

- to recognize that national health and sustainability policies have a local dimension and acknowledge the significant contribution that cities can make towards them;
- to acknowledge that National Networks of Healthy Cities have a part to play in country health development and to support their coordinating and capacity-building role; and

the World Health Organization

- to provide leadership and strategic support in work towards the goals of Phase IV (2003-2007) of the WHO Healthy Cities Programme/movement;
- to strengthen inter-regional cooperation on healthy cities
- To join forces with other international organizations and agencies to meet urban health challenges.