

行政院及所屬各機關出國報告  
(出國類別：國際會議及參訪)

101年出席「養活世界：亞洲的前景  
高峰會議(Feeding the World:  
Asia's Prospect of Plenty)」、參  
加「永續醫療會議(CleanMed Europe  
2012)」、「第15屆加斯坦歐洲衛生論  
壇(European Health Forum Gastein)  
及參訪「歐洲先天性缺陷監測組織  
(Association of European  
Registries of Congenital  
Anomalies)」出國報告

服務機關：行政院衛生署國民健康局

姓名職稱：邱淑媿局長(女)、陳延芳組長(女)、  
林宇旋簡任技正(女)、陳妙心研究員(女)、  
葉曉文科長(女)

服務機關：慈濟醫院台中分院

姓名職稱：簡守信院長(男)

服務機關：長庚醫療財團法人行政中心營建專案組

姓名職稱：林威廷副組長(男)

服務機關：中山醫學大學醫療產業科技管理學系

姓名職稱：邱政元副教授(男)

派赴國家：香港、瑞典、英國、奧地利

出國期間：101年09月23日至101年10月07日

報告日期：102年1月02日

## 摘要

邱局長淑媿受邀代表署長於 101 年 9 月 26 日至香港參與「經濟學人集團(The Economist)」舉辦之「全球糧食供應-亞洲的前景(Feeding the World: Asia's prospect of plenty) 論壇,於「健康與營養議題:Health & nutrition discussion: Asia's double burden」主題擔任引言人,分享臺灣以跨部門力量,推動肥胖防治之經驗。

「CleanMed Europe 2012」永續醫療研討會,由國際無害醫療組織(Health Care Without Harm, HCWH)於 2001 年開始辦理,為歐洲區最重要永續醫療保健相關研討會之一。匯集各領域專家一齊探討環境與氣候對於地方、區域及全球保健的衝擊及影響,並提供永續醫療經營解決方案及產業新知給與會者參考。邱局長淑媿以臺灣醫院減碳經驗為題於 9 月 28 日大會閉幕式進行演說,與會者對臺灣政府帶動健康醫院推動減碳之成效予以高度肯定。其後參訪瑞典醫院減碳案例,其由醫院與專業顧問團隊合作,有效透過能源管理,達成減碳目的之作法,值得參考。

歐洲先天性缺陷監測組織(Association of European Registries of Congenital Anomalies, 簡稱 EUROCAT)是一自發性、非營利性組織,為世界衛生組織(WHO)先天性缺陷監測合作中心(Collaborating Centre),自 1979 年建置至今達三十餘年,已建立一套先天性缺陷通報之標準資料收集內容,且長期收集、分析歐洲地區先天性缺陷狀況。透過實地參訪 EUROCAT 總部、威爾斯資料登錄中心,瞭解其各成員國之政策、監測系統的運作以及國際合作機會,有助於國內建置先天性缺陷監測系統,並建立未來與 EUROCAT 持續學習及交流之管道。

第15屆加斯坦歐洲衛生論壇大會主題為「經濟緊縮時代健康照護的危機與機會Crisis and Opportunity-Health in an Age of Austerity」,本局以非傳染病政策與健康照護系統的因應(Non-communicable Diseases:prevention policy and health system response)為題,於會中辦理一場平行論壇分二時段進行,分別由邱局長淑媿演講「Whole society development: strategy or fantasy」,及代表邱署長文達演講「Financial and organizational innovations in Taiwan」,分享臺灣推動全國性健康體重管理介入計畫與臺灣在非傳染病防治政策的推動成效。另本局與外交部共同頒發外交睦誼獎章給論壇大會即將卸任主席 Prof. Günther Leiner,感謝其對增進臺灣與歐洲公共衛生領域合作之貢獻。且透過會議的學習,了解歐洲在歐債危機衝擊下,健康照護體系重新檢視保險制度,並重視提供實証有效益的健康服務,與透過資訊科技提升民眾健康識能之作法,可供未來相關衛生政策規劃之參考。

## 內容目錄

行程表.....	2
第一部分：出席經濟學人「養活世界：亞洲的前景高峰會議」.....	3
摘要.....	4
壹、經濟學人「養活世界：亞洲的前景」高峰會議簡介.....	5
貳、目的.....	10
參、過程.....	10
一、議程.....	10
二、會議內容.....	11
肆、心得與建議.....	16
第二部分：參加「永續醫療會議」.....	17
摘要.....	18
壹、CLEANMED EUROPE 永續醫療研討會簡介.....	19
貳、目的.....	19
參、過程.....	19
一、議程.....	19
二、內容.....	21
肆、心得與建議.....	28
第三部分：參訪「歐洲先天性缺陷監測組織」.....	30
摘要.....	31
壹、歐洲先天性缺陷監測組織簡介.....	32
貳、參訪目的.....	32
參、過程.....	32
一、議程.....	32
二、內容.....	33
肆、心得與建議.....	38
第四部分：出席「第 15 屆加斯坦歐洲衛生論壇」.....	40
摘要.....	41
壹、加斯坦歐洲衛生論壇簡介.....	42
貳、目的.....	43
參、過程.....	44
一、議程.....	44
二、內容.....	44
肆、心得與建議.....	60
附錄：授勳 PROF.GÜNTHER LEINER 相關報導.....	62

## 行程表

出國期間：101 年 9 月 23 日至 10 月 7 日(14 天，含 5 天假日)

日期	行程
9/23-9/24 (日、一)	搭機前往瑞典參加 CleanMed 會議 (陳妙心、葉曉文)
9/26 (三)	搭機前往香港參加香港經濟學人會議晚宴 (邱局長、陳延芳)
9/27 (四)	出席香港經濟學人高峰會議
9/27-9/28 (四、五)	搭機前往瑞典出席 CleanMed 會議並演講 (邱局長)
9/25-9/28 (二-五)	參加永續醫療 CleanMed Europe 2012 會議
9/29 (六)	準備拜會行程及加斯坦演講相關資料
9/30 (日)	搭機前往北愛爾蘭 Belfast
10/1 (一)	參訪歐洲先天性缺陷監測組織
10/2 (二)	搭機前往奧地利薩爾斯堡轉至加斯坦
10/3-5 (三-五)	參加第 15 屆加斯坦歐洲衛生論壇
10/6-10/7 (六、日)	返程

第一部分：出席經濟學人「養活世界：亞洲的前景高峰會議」

Feeding the World: Asia's prospects of plenty summit

服務機關：行政院衛生署國民健康局

姓名職稱：邱淑媿局長（女）、陳延芳組長（女）

派赴國家：香港

出國期間：101年09月26日至101年9月27日

報告日期：102年1月02日

## 摘要

邱局長淑媿受邀代表署長於 101 年 9 月 26 日至香港參與「經濟學人集團(The Economist)」舉辦之「全球糧食供應-亞洲的前景(Feeding the World: Asia's prospect of plenty) 論壇,於「健康與營養議題:Health & nutrition discussion: Asia's double burden」主題擔任引言人,分享臺灣以跨部門力量,推動肥胖防治之經驗。本次高峰會議為經濟學人集團邀請跨經濟、農業、健康與營養產官學媒界,共同研商因應亞洲地區 double burden 之高峰會議,會議經濟貿易、農業、健康與營養三個主題進行,參與之重要貴賓有:聯合國世界糧食計畫(WFP)中心主任 Daniel Balaban、聯合國糧農組織(FAO)亞洲區代表 Percy Misika、世界食物政策研究組織(IFPRI)局長 Shenggen Fan、澳洲前首相 Kevin Rudd、印尼農業部副部長 Rusman Heriawan、泰國農業部顧問 Tamarat Wanglee 等人,在「健康與營養」單元中,由我國衛生署國民健康局邱淑媿局長及菲律賓國家營養委員會秘書長 Maria-Bernardita Flores 共同擔任引言人,該場與談人則有 BASF 集團營養健康部總裁 Walter Dissinger、全球食物銀行組織總裁暨執行長 Jeffrey Klein、PepsiCo 亞太地區總裁 Umran Beba、維也納自然資源生命科學大學教授 Johann Vollmann,共同探討飲食改變與健康影響、提升營養知能、健康與營養政策之各國現況與作法。邱局長淑媿將我國近年肥胖防治推動之策略與成果納入引言,分享我國在 NCD 防治的成功經驗。本次會議,我國之參與,可汲取國際組織之經驗、與亞洲國家分享現況與作法、建立與友邦之後續合作平臺,於健康與營養議題上尋求未來合作模式。

## 壹、經濟學人「養活世界：亞洲的前景」高峰會議簡介

食物為人類生存與社會建構的基石，而永續安全的供應食物，提供適當足夠的營養，是社會維持安定與繁榮的前提。已有許多證據指出世界糧食安全出現了危機，預期在 2050 年全球人口將達到 90 億，要養活這樣龐大的人口，估計全球糧物產量需再增加 70%，才能滿足需求量。而亞洲的問題，比其他區域更為複雜且嚴重。中國大陸與印度人口數占世界人口的三分之一，而亞洲整體人口則占世界人口的半數。在亞洲，有人種與文化差異，又有人口（特別是勞工）流動所帶來的飲食與健康差異問題，還有食物價格波動大、城鄉差距擴大、農業投資與技術短缺等問題，近年來又面臨氣候變遷、土地與水資源不足的新問題。

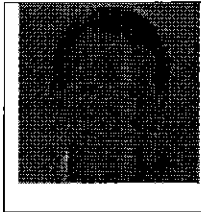

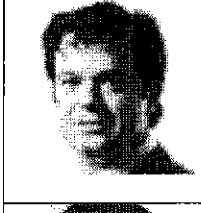



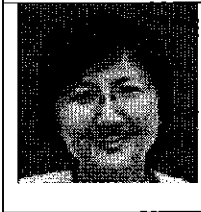


經濟學人以非政府立場，在全球各洲召開「養活世界」高峰會議，2012 年 9 月 27 日在香港舉辦「養活世界：亞洲的前景」高峰會議，號召各國家產、官、學、媒界，討論亞洲各國在經濟成長的同時，應重視提供營養、安全與永續充裕糧食所面臨的問題及考驗。亞洲國家的營養缺乏，特別是婦女、嬰幼兒營養不良問題持續存在；另一方面伴隨經濟成長，許多國家的人民因為營養不均衡、社會不平等問題，產生了營養不均的後遺症，導致非傳染性疾病（non-communicable disease, 簡稱 NCD）盛行，例如糖尿病、心血管疾病、癌症等，形成營養不良的雙重負擔(double burden)問題。亞洲各國領袖應重視這個問題，各國之間共同合作來處理及解決問題，在既有農業合作的基礎上，應可再擴大產業界、政界、經濟貿易等方面的合作，解決各國共同存在的營養不良雙重負擔問題。

本次經濟學人邀請經濟、農業與健康領域的產官學媒界專家，共同研商解決亞洲營養不良的雙重負擔，會議分經濟貿易、農業、健康與營養三個主題會議，在「健康與營養」主題會議中，探討飲食習慣改變對健康影響，以及各國健康與營養政策之現況與作法。我國自 2011 起，推動國家層級的健康體重管理計畫，為 NCD 防治的重要政策、策略及成果。衛生署國民健康局邱淑媿局長於本次會議受邀於「健康與營養」主題會議中擔任引言人，分享我國在 NCD 防治上的成果。與會主要講者名單如下：







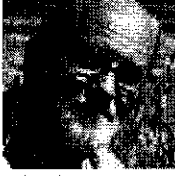











Charles Goddard, *Editorial Director, Asia-Pacific,*  
Economist Intelligence Unit





Charles Goddard leads the Economist Intelligence Unit's editorial services in Asia-Pacific, including Corporate Network, a peer group for senior decision-makers of global businesses operating in the region.

	<p>Simon Long, <i>Banyan Columnist, The Economist</i> Simon Long took up this post, based in Singapore, in August 2010. Before that, he had worked in London for four years, as the magazine's Asia editor, and for four years prior to that as South Asia bureau chief based in Delhi.</p>
	<p>John Parker, <i>Globalisation Editor, The Economist</i>, author of special report Feeding the World (The Economist, February 2011)</p>
	<p>Alex Travelli, <i>Hong Kong Bureau Chief, The Economist</i> Alex Travelli is Hong Kong bureau chief for The Economist, with responsibility for the website's home page during Asian business hours and for its online coverage of Asia as a whole.</p>
	<p>Rusman Heriawan, <i>Vice Minister of Agriculture, Government of Indonesia</i> Rusman Heriawan was appointed vice minister of agriculture, Republic of Indonesia, in October 2011.</p>
	<p>Kevin Rudd, <i>Member, Australian Parliament for Griffith; Former Prime Minister, Government of Australia</i> Kevin Rudd served as Australia's 26th prime minister between 2007 and 2010 and subsequently as Australia's foreign minister from 2010 until 2012.</p>
	<p>Maria-Bernardita Flores, <i>Assistant Secretary of Health, National Nutrition Council, Philippines</i> Maria-Bernardita T. Flores is an assistant secretary of health and concurrent executive director of the National Nutrition Council in the Philippines.</p>
	<p>Shu-Ti Chiou, <i>Director-General, Bureau of Health Promotion, Department of Health, Taiwan</i> Shu-Ti Chiou's career has included experience in clinical practice, public-health administration, hospital management, academic research and NGO operation.</p>
	<p>Tamarat Wanglee, <i>Adviser to the Minister of Agriculture and Cooperatives, Government of Thailand</i> Tamarat Wanglee is currently an advisor to the minister of agriculture and cooperatives.</p>
	<p>Melinda Gates, <i>Co-chair and Trustee, Bill &amp; Melinda Gates Foundation</i> As a co-chair, Melinda Gates helps shape and approve foundation strategies, reviews results, advocates for the foundation's issues, and sets the overall direction of the Bill &amp; Melinda Gates Foundation.</p>



	<p>Walter Dissinger, <i>President, Nutrition &amp; Health Division</i>, BASF Group</p> <p>Walter Dissinger is President of BASF's Nutrition &amp; Health Division. This division includes BASF's human and animal nutrition businesses as well as pharma and aroma ingredients businesses worldwide.</p>
	<p>Stan Ryan, <i>Corporate Vice President</i>, Cargill Agricultural Supply Chain Worldwide</p> <p>Stan Ryan has served as a corporate vice-president of Cargill's agricultural supply-chain businesses since January 2011.</p>
	<p>Vic Arrington, <i>Senior Vice President, Center for Environmental Leadership in Business</i>, Conservation International</p> <p>Vic Arrington is the Senior Vice President of Center for Environmental Leadership in Business of Conservation International.</p>
	<p>Percy Misika, <i>FAO Representative in China, DPR Korea and Mongolia</i>, Food and Agriculture Organization of the United Nations</p> <p>Percy Misika joined the Food and Agriculture Organisation of the United Nations (FAO) in 2005, when he was appointed FAO Representative in Uganda. Since May 2011, he has served as FAO Representative in China, DPR Korea and Mongolia.</p>
	<p>Bev Postma, <i>Executive Director</i>, Food Industry Asia</p> <p>Bev Postma has been executive director of Food Industry Asia (FIA) since 2010. A seasoned public-affairs specialist with more than 15 years' experience in the agri-food sector, she has worked with the food industry in both Europe and Asia.</p>
	<p>Shenggen Fan, <i>Director-General</i>, International Food Policy Research Institute (IFPRI)</p> <p>Shenggen Fan has been director-general of the International Food Policy Research Institute (IFPRI) since 2009</p>
	<p>Robert Zeigler, <i>Director-General</i>, International Rice Research Institute</p> <p>Robert Zeigler is an internationally respected plant pathologist with more than 30 years of experience in agricultural research in the developing world. He became director-general of the International Rice Research Institute (IRRI) in 2005.</p>

	Anil Jain, <i>Managing Director</i> , Jain Irrigation Systems
	Gao Yu, <i>China Country Director</i> , Landesa Gao Yu is the China country director of Landesa (formerly Rural Development Institute), a non-profit development organisation based in Seattle.
	Raoul Oberman, <i>Chairman</i> , McKinsey & Company Indonesia Raoul Oberman is a director in the Jakarta office of McKinsey & Company. He works primarily with companies in the agriculture and energy sectors.
	Claudio Torres, <i>Regional Vice President</i> , Asia-Pacific, Monsanto Claudio Torres is currently the regional vice-president for Monsanto in the Asia-Pacific region.
	Umran Beba, <i>President</i> , Asia-Pacific region, PepsiCo Umran Beba has been president, Asia-Pacific, for PepsiCo since 2010.
	Ivo Menzinger, <i>Managing Director</i> , Global Partnerships, Head Asia-Pacific and Emerging Markets Strategies, SwissRe Ivo Menzinger leads Swiss Re's business activities with governments, development institutions and non-governmental organisations in Asia-Pacific
	Davor Pisk, <i>Chief Operating Officer</i> , Syngenta Davor Pisk is the chief operating officer of Syngenta and a member of the executive committee.
	Jeffrey Klein, <i>President and Chief Executive Officer</i> , The Global FoodBanking Network Since January 2011 Jeffrey Klein has been the president and CEO of the Global FoodBanking Network (GFN), an international organisation of food banks working in 22 current and prospective countries.
	José Cuesta, <i>Food Price Watch author</i> , Senior Economist, The World Bank José Cuesta is a senior economist at the World Bank and an affiliated professor at Georgetown University.

	<p>Miriam Nelson, <i>Professor of Nutrition, Friedman School of Nutrition Science and Policy, Founder and Director of the John Hancock Research Center on Physical Activity, Nutrition, and Obesity Prevention</i>, Tufts University</p> <p>Miriam Nelson is a professor of nutrition at the Friedman School of Nutrition Science and Policy, and founder and director of the John Hancock Research Center on Physical Activity, Nutrition and Obesity Prevention at Tufts University.</p>
	<p>Johann Vollmann, <i>Professor and Soy bean breeder, University of Natural Resources and Life Sciences, Vienna</i></p> <p>Johann Vollmann is teaching plant-breeding and crop-science courses on the master and PhD levels. He is engaged in oil-crop breeding with special emphasis on improving the quality of the harvest product for food, feed and non-food utilisation.</p>
	<p>Brett Rierson, <i>Director, China Office, UN World Food Programme (WFP)</i></p> <p>Brett Rierson is the director of the World Food Programme's (WFP) China Liaison Office. He is responsible for WFP's relations with the Chinese government, private sector and high net worth donors.</p>
	<p>Saurabh Bhat, <i>President and Managing Director, Development and Sustainable Banking, Yes Bank, India</i></p> <p>Saurabh Bhat is the president and managing director of development and sustainable banking at YES BANK.</p>

## 貳、目的

爲因應世界糧食安全危機，經濟學人在全球各洲召開「養活世界」高峰會議，2012年9月27日在香港舉辦「養活世界：亞洲的前景(Feeding the World: Asia's prospect of plenty)」高峰會議，邀集政府官員、政策顧問、企業高級主管、專家學者及媒體界，就經濟貿易、農業、健康與營養等三項主題，討論亞洲面臨糧食的供給挑戰，邱淑媿局長受邀於「健康與營養議題：Health & nutrition discussion: Asia's double burden」主題擔任引言人，分享我國近年推動全國健康體重管理計畫之政策、策略與成果的成功經驗。本次會議可汲取國際組織之經驗，與世界各國分享我國的成果，建立合作平臺，於健康與營養議題上尋求合作模式。

## 參、過程

### 一、議程

時間	議程
0845-0915	Chairperson's opening remarks
0915-1005	Keynote panel: Global scene-setter
1005-1100	Trade discussion: Food, labour and markets
1100-1130	Networking refreshment break
1130-1225	Agriculture discussion: Asia's crops, land and water
1225-1320	Health and nutrition discussion: Asia's "double burden" Shu-Ti Chiou, Director-General, Bureau of Health Promotion, Department of Health, Taiwan
1320-1325	Working towards solutions
1325-1425	Networking luncheon
1425-1545	Case studies and working groups
1545-1615	Networking refreshment break
1615-1645	Presentations from working groups
1645-1710	Special interview—Bill & Melinda Gates Foundation
1710-1715	Chairperson's closing remarks
1715	Networking cocktail reception
2100	搭機前往瑞典

## 二、會議內容

### (一) Chairperson's opening remarks

“養活世界”已是全球面臨的挑戰，也是不容易達成的任務，預計在 2050 年全球人口將達到 90 億人，而中國及印度人口將占世界人口的三分之一，亞洲國家在養活世界的責任上，必須積極發揮重要角色。經濟學人全球編輯及「養活世界」的作者 John Parker 先生指出，因應亞洲人口成長的挑戰，必須有創新的營養、安全及永續的解決方案。亞洲的國家都在努力解決勞動、飲食與健康的問題、食品和商品價格的波動、城鄉收入差距、以及在農業投資和技術的短缺。依據 1965 年至 2010 年間各地區糧食交易數量分析，北美和澳洲保持相對穩定剩餘的糧食，西歐和中美洲的糧食進口過剩，南美及前蘇聯糧食產量增加，而亞洲和非洲糧食的進口量增加。未來因城市化和人口增長，亞洲糧食需求將持續增加，如何滿足大量糧食的需求增加，是亞洲要面對的重要課題，此外，亞洲亦面臨著棘手的氣候變化、土地和水資源的缺乏問題。因此，「經濟學人」作為一個全球性刊物的出版者，特召開「養活世界」高峰會議，希望能藉由企業、政府、學術界和多邊組織的討論，共同研商解決亞洲營養不均的雙重負擔問題。

### (二) Keynote panel: Global scene-setter

經濟學人 Banyan 專欄作家 Simon Long 先生指出亞洲即將面臨的糧食挑戰。聯合國世界糧食計畫中國辦公室 Brett Rierson 主任表示，中國已透過政府政策計畫，例如學校的營養計畫，飢餓問題是可以解決的。並非只有非洲面臨飢餓的問題，亞洲也面臨同樣的問題，解決問題不只是社會責任與公義，也同時處理經濟問題，發展中國家的營養不足可導致平均 4% 的國內生產總值損失。嬰幼兒面臨的風險最大，如在出生後的最初 1 千天內無法獲得足夠的營養，將導致永久性發育不良。聯合國糧農組織代表 Percy Misika 先生說明，食物的品質和安全在亞洲仍是個重要的問題，特別是在中國亟需改善，雖然中國已解決 5 億人擺脫了貧困，但未能提供足夠的營養及食品安全。中國仍有 1 億 2,800 萬的人民仍生活在貧困，大量“隱性飢餓”的民眾沒有得到足夠的維生素，以及過度依賴化學合成品的補充，在中國已引發嚴重的食物品質問題。正當世界許多地方對生產量增長的需求增加之際，土地和水的供應萎縮仍是一個的挑戰。國際糧食政策研究所 (IFPRI) Shenggen Fan 主任建議保護農業的人力資本及促進知識轉譯是很重要的議題，亞洲國家需要解決自己國內的糧食問題，在國際上必須做出對等的努力，然價格波動仍然是一個重大的問題。Jain Irrigation 公司 Anil Jain 總經理談到印度的挑戰，例如吸引和留住農民的問題，需要鼓勵許多到城市尋求工作的青少年，願意留下來種田，以及農業管理知識的轉譯的重要性，提供小農民生產方

面的新技術，可以提高生產率。但印度分散的供應鏈和基礎設施落後，配送是一個問題。

### (三) Trade discussion: Food, labour and markets

澳大利亞 Kevin Rudd 前總理說明在全球政策議程上，全球糧食安全議題很少獲得應有的重視，其呼籲需要進行更多的研究，投入更多的資金，設計更多的價格誘因而來鼓勵農民。Worldbank 資深經濟學人 Jose Cuesta 先生建議增加開放貿易，以解決長期糧食安全。Cargill 公司 Stan Ryan 副總裁認為公、私部門的合作能有效地促進農產品貿易，並建議各國不應禁止糧食出口，以防止各國政府在其國內屯積糧食，但允許區域屯積，以因應救災之用。Yes 銀行 Saurabh Bhat 總裁說貿易融資可有效促進農業貿易。McKinsey 公司 Raoul Oberman 主席建議農業應著眼於以利潤吸引資本，農民也可以因擁有土地所有權而獲得更大的利益。而在價值鏈的其他團體，同樣需要得到適當的誘因，因此應重視自由貿易，以及各國應遏止導致糧食禁止出口或超買危機的誘因。在糧食和農業領域的貿易問題，常為大貿易商所把持，在發展中國家的小型生產者往往無法獲益，故可引進有效的方法來刺激小型生產貿易，例如改進生產與行銷的連結和基礎設施的需要。在出口方面，呼籲更多的銀行提供貿易融資管道，同時提高衛生安全的要求和生產標準。

### (四) Agriculture discussion: Asia's crops, land and water

印尼政府農業部 Rusman Heriawan 副部長表示，印尼農業產業必須與國內其他部門爭奪有限的水資源，談到印尼小農民擁有的耕地面積從 1973 年的一英畝減為 2010 年的 0.3 英畝。印尼仍有許多荒地和耕地，政府正規劃分配給小農民以生產糧食，但仍然需要土地所有權認證等改革措施及強大的政治意願來推動。在水資源方面，印尼在水資源的基礎設施仍有很大的改善空間，同時必須有更多的農業研究和發展的投入，以及引進更多外國資源投資在農業項目。泰國政府農業和合作部 Tamarat Wanglee 顧問表示，泰國政府加強鼓勵年輕人從事農業，以維持生產。政府已經在提供土地和強化基礎設施上，支持農民致力於糧食生產，並確保免於洪水危害，而旱季時，則實施人造雨。Monsanto 亞太地區副總裁 Claudio Torres 先生表示需要增加糧食生產帶來的雙重挑戰，既要提高產量，也要節約有限的天然資源，如土地和水，這意味著需要生產更多糧食，但必須使用較少資源。農業的創新可提高農民的生產力和工作效率，增加他們的收入，改善家庭、社區和國家的生活品質。在發展中國家的糧食產量大大落後於其他世界各地，而品種改良、改進農藝措施和生物技術可以縮減此一差距，幫助農民在各種規模的農田，皆能提高生產量。Landesa 中國區主任高宇先生談到土地所有權問題，為中國小

規模農業改革的核心問題。Syngenta 公司 Davor Pisk 執行長表示不僅要提供新技術給小農民，而且要確保這些技術對他們有助益。為增加農民獲得技術和投資的可近性，持續投資在研究和基礎設施是必要的，以促進技術的取得，同時向消費者保證，在農業生產中使用的技術是安全的。國際水稻研究所 Robert Zeigler 主任認為小農民可以透過農業技術改進，改善種子品質及農作物種植的管理，以增加農業收入。

#### (五) Health and nutrition discussion: Asia's "double burden"

Economist Intelligence Unit - EIU編輯部Charles Goddard主任主持健康和營養主題會議。邱淑媿局長擔任引言人，說明在臺灣有另一面的問題，我國兒童發育不良的比率相較亞洲其他國家為低，而且每人可獲得的總熱量、肉類及油脂類，皆高於亞洲大部分的國家，已超過每人每天的需要量。在臺灣每2位男性成人、每3位女性成人及每4位兒童即有1位是過重或肥胖，相較亞洲各國，我國男性成人及兒童有較高的過重或肥胖的比率。就飲食的品質而言，我們攝取過多的肉類及醣類，但奶類、水果及堅果類攝取不足。這些飲食品質及營養問題將導致糖尿病、心血管疾病及大腸癌與乳癌等肥胖相關疾病。因應這些挑戰，我國在2011年由總統支持，啟動「健康100 臺灣動起來」健康體重管理的全國性計畫，衛生署透過跨部門合作，結合勞委會、國防部、內政部、教育部、農委會等部會，以及帶動學校、職場、社區、醫院等場域的參與及努力，設目標招募60萬人，共同健康減重600公噸，希望透過全國健康體重管理活動，帶動民眾落實「聰明吃、快樂動、天天量體重」的健康生活。以學校為例，我國所有的國小及國中全部推動健康促進學校計畫，健康體位是計畫必選的重要議題，衛生署及教育部共同訂定「校園飲品及點心販售範圍」，同時學校必須提供由營養師設計且價格低的健康午餐，並有超過70%的高中、國中及國小每週至少有一天為「健康蔬食日」，午餐不提供肉類，讓學生及家長學習如何健康飲食，維持健康體重。在2011年底，總計號召超過72萬人，共同健康減重110萬公斤，平均每個人減重1.5公斤，民眾對於健康體重管理計畫的知曉度超過40%。我們也同時體認到不僅個人要能維持健康體重，最重要的是整體的環境及產業也要能改變成為健康的支持性環境及健康產業，整個計畫才能成功。因此，我們必須與產業界合作，例如72萬人可以產生龐大的購買及消費力量，讓產業界瞭解消費者的健康需求，進而生產及販售健康的產品。例如我們與餐廳、麵包、糕餅及盒餐業者合作，研發及生產健康的食品，並提供這些健康產業的名單給所有的參與者，有些產業也會提供優惠給參與者。同時對於像鳳梨酥是臺灣名產，是國外遊客伴手禮的首選，所以我們研發低油、低糖、低熱量、高纖且味美的鳳梨酥，供顧客有一健康的選擇。便利商店在臺灣

到處林立，我們輔導業者成爲健康產業，提供輕食、水果及蔬菜沙拉等，製作APP供顧客下載至手機，以利顧客瞭解每個產品的熱量等訊息，也提供熱量紀錄及計步器等功能，同時有利顧客管理健康體重。今年我們的總統在他62歲的生日時寫了「國民有健康，國家有希望」的一篇文章，共分享他控制體重的經驗，包括運動及健康飲食，他的身體質量指數(BMI)是23，對於一個成年男性而言，這是非常健康的，總統說：「身體髮膚，受之父母，不敢毀傷，孝之始也。」領導者及政治的承諾對於推動國民健康促進是非常重要的。同時健康的經濟、健康的採購、健康的農業及健康的供應，才能真正創造健康存在每個文化及永續的經濟中，進而有益於每位民眾的健康。

菲律賓National Nutrition Council Maria-Bernardita Flores助理秘書長擔任引言人，指出飢餓和糧食不安全在菲律賓仍爲嚴重的問題，因爲糧食價格的上漲和那些失業率增加。同時，菲律賓目前有31%的人口過重、7%爲肥胖。此情況反映的營養的挑戰及“雙重負擔”，在亞洲有許多國家也面臨相同的問題。菲律賓政府採取綜合性的介入方案，包括結合保險政策、改善環境和促進醫療保健來解決這兩個問題。BASF公司的Walter Dissinger說，在價值鏈中的每個環節都需要有效的改變，所以管理是必不可少的。University of Natural Resources and Life Sciences的Johann Vollmann建議農業生產體系應該要有能力改變食物的營養成分，才能維護民眾的健康。Global FoodBanking 的Jeffrey Klein主席表示健康烹飪教育爲解決肥胖的一個重要的因素，「養活全世界」這個課題所面臨的挑戰是嚴峻的、是全球性的，需要強有力的領導和協調決策，如水資源的利用，玉米應作爲食物而不是燃料，都是極爲重要的共識。此外，許多有生產力強的農業國家，包括美國，已重視農民數量的減少，至2050年需增加70%至80%的食物，但是耕地空間的增加極其有限，因此應同時增加現有農業的生產量並減少浪費。在生產方面，必須有更多的投資在開發更有品質的種籽及改善作物輪種，以提昇耕地的生產量。我們必須有效減少浪費食物，才能達到養活全世界的目標，全世界所生產的食物有三分之一被浪費，因此已開發國家必透過教育，改善飲食習慣，以減少在供應鏈中被個人及零售業者所浪費的食物。在發展中國家所面臨的問題是不同的，也更具挑戰性，如何減少在糧食收成後的廢棄物，必須投資於供應鏈起始端至最終消費端的貯藏和冷藏系統的基礎設施，建構有效率的市場機制，以利買家和賣家資金的運用，以及引進更精緻的農業技術和設備。食物銀行以回收剩餘的食物及在減少廢棄的食物爲首要任務，這也是食物銀行的核心競爭力，也就是聚集剩餘的食物、整理、儲存和最終重新分配這些仍是完好、營養的食品，以餵養飢餓的人。





邱淑媿局長擔任引言人及演說



邱淑媿局長擔任引言人及演說



邱淑媿局長參與  
高峰會議晚宴



邱淑媿局長接受  
採訪



與EIU編輯部  
Charles Goddard  
主任合影



與Global  
FoodBanking  
Jeffrey Klein主  
席合影

#### (六) Case studies and presentations from working groups

案例討論分為亞太貿易、農業、健康與營養三組，貿易小組方面，國際糧食政策研究所 (IFPRI) Shenggen Fan主任指出，當要求政府改變政策時，必須對於公平的競爭環境，如環保措施，增加政策的透明度。進行最迫切的改革，包括土地改革，建構一個相互課責機制，以及監測所有生產者的措施。農業小組方面，聯合國世界糧食計畫中國辦公室Brett Rierson主任說明需要解決農業保險理賠調整及分配的困難，並要有國家層級強而有力的規範。健康和營養小組方面，Food Industry Asia公司的 Bev Postma執行長表示，解決過度消費和營養不足，是改善亞洲雙重負擔的關鍵因素，並應結合多方利益相關者，而有效能的領導是重要的關鍵，因而應賦予有能力的人權力，並支援在每個國家的倡議活動。同時要明確界定問題，瞭解不同的語言和文化上，在倡議上的不同解釋。這三個討論議題是相互關聯的，不能單獨地處理，但同時解決貿易、生產及營養的問題，仍為挑戰。

#### (七) Special interview—Bill & Melinda Gates Foundation

透過Skype視訊會議，Bill & Melinda Gates Foundation 的聯合主席MelindaGates表示有一場綠色革命在非洲萌芽，農民改種抗旱農作物，並經常徵

詢建議，以大幅度地提高生產量。她認為要幫助小農民，必須創建小型合作社和增加農業研究發展及人力資本的投資，基金會致力於改善農業研究經費不足的問題。另基金會進行米營養強化計畫，針對不同的氣候條件和營養的需求，生產不同的稻米。因為女性主要負責家人的飲食，所以應引導她們共同討論農業的發展。同時基金會資助創新性的方案，以新技術幫助發展中國家的農民種植農作物，生產更多的糧食，同時增加收入。

#### 肆、心得與建議

糧食是構成社會的根本，而營養、安全和充足的食物是一個繁榮社會的基礎，預估 2050 年全世界人口將達到 90 億。為了養活這龐大的人口，全球糧食產量需要增加 70%。因此，養育全世界 90 億人已全球關注的課題，現階段如未能及早因應，全球性的糧食危機可能即將到來。而亞洲的問題可能更為複雜和嚴重，問題涉及農業、健康、衛生及地區經濟和貿易結構，因為單是中國和印度的人口就占到了全球人口的三分之一，此外亞洲更背負著養育全球一半人口的重擔，其他的挑戰也顯得突出，亞洲還需面對棘手的氣候變化，土地和水資源的限制等問題。從積極地方面看，亞洲的前景要光明一些，亞洲地區的經濟持續的增長，亞洲的政治領袖、企業界人士和政策制定者應共同解決營養不足及過剩的雙重負擔及問題，鼓勵經濟繁榮的國家及地區，減少食物的浪費，力行低碳生活，例如維持健康體重，不攝取過多的營養及熱量，不僅可減少食物的浪費，亦可避免過多熱量造成身體脂肪累積，造成肥胖，衍生慢性疾病、失能、醫療費用支出增加及影響經濟發展等問題。因應人口增加解決糧食需求的方案，應包括公部門及私部門的合作，政府、業界、學界、研究單位及各團體組織共同努力加強農業方面的投資和技術，促進農糧生產、貯存及產銷，永續提供營養、安全和充足的食物。

第二部分：參加「永續醫療會議」

CleanMed Europe 2012

服務機關：行政院衛生署國民健康局

姓名職稱：邱淑媿局長（女）、陳妙心研究員（女）、葉曉文科  
長（女）

服務機關：慈濟醫院台中分院

姓名職稱：簡守信院長（男）

服務機關：長庚醫療財團法人行政中心營建專案組

姓名職稱：林威廷副組長（男）

派赴國家：瑞典

出國期間：101年09月23日至101年9月28日

報告日期：102年1月02日

## 摘要

「CleanMed Europe 2012」永續醫療研討會，由國際無害醫療組織(Health Care Without Harm, HCWH)於2001年開始辦理，為歐洲區最重要永續醫療保健相關研討會之一。匯集各領域專家一齊探討環境與氣候對於地方、區域及全球保健的衝擊及影響，並提供永續醫療經營解決方案及產業新知給與會者參考。邱局長淑媿以臺灣醫院減碳經驗為題於9月28日大會閉幕式進行演說，與會者對臺灣政府帶動健康醫院推動減碳之成效予以高度肯定。

透過本次會議的參與，提出相關建議如下：

- 一、國內醫院多老舊建築，一般醫院的空間品質與建築硬體條件與先進國家綠色醫院相比有一段距離，但仍可透過能源管理達到改善，惟能源管理涉高度專業，大多數醫院難以自行達成，建議可透過專業顧問團隊的協助，提供評估診斷及建議，讓醫院不必從零學習，方可擴大臺灣低碳醫院的推動。另經濟部之產業促進條例如能提供醫院改善建築的投資獎勵，或可給予醫院些許預算支援。
- 二、臺灣低碳醫院的推動，在管理面的低碳作為比國外多，值得與國際分享，未來將朝鼓勵臺灣醫院投稿，或向大會主辦單位推薦邀請臺灣醫院代表演講，提升臺灣醫界於低碳健康照護的國際能見度。
- 三、鼓勵醫院持續追蹤年度碳排放量，規劃競賽鼓勵碳排放量減少的醫療機構，強化衛生署與環保署等相關部門的聯繫，提供醫療院所最新而完整的各項低碳補助與獎勵資訊。
- 四、我國未來核發新的醫療機構設置時，可考量將綠色建築列入要求，而鼓勵醫院相關採購將低碳環保列入考量，或可納入醫院評鑑參考。

## 壹、CleanMed Europe 永續醫療研討會簡介

「CleanMed Europe 2012」永續醫療研討會，由國際無害醫療組織(Health Care Without Harm, HCWH)於 2001 年開始辦理，為歐洲區最重要的永續醫療保健相關研討會之一。匯集各領域專家一齊探討環境與氣候對於地方、區域及全球保健的衝擊及影響，並提供永續醫療經營解決方案及產業新知給與會者參考。本次會議由瑞典 Region Skane(斯科納省)於 Malmo(馬爾默市)辦理，Malmo 是瑞典第三大城市，會議型態包括六種綠色科技的實地參訪行程(GreenTech Visits)、四場專題演講、四場平行會議，包括綠能科技之產、官、學不同觀點的專家，提供跨醫療、工程及管理領域的多面向會議內容。大會有來自五大洲超過 350 人各國代表與會，參與者主要為各國推動環境保護之政府部門、醫療機構與民間專業輔導推動低碳的企業組織。

## 貳、目的

目前世界面臨的問題包括：劇烈的氣候變遷、歐債及金融危機、生物滅絕、人口爆炸等等。其中影響最大的莫過於溫室效應所引起的極端氣候。醫療機構除了要面對疾病型態的改變外，也更要省思如何與全人類一起減少碳排放。

醫療機構在維護民眾健康的同時，耗用了許多的能源，也製造出許多汙染，例如美國醫院的CO2排放量占全國CO2排放的8%；而美國一家200床的醫院所耗用的能源等於3,500個家庭所使用的能源。醫院除了是高耗能高碳排放外，也會製造許多汙染。如何減低排放減少汙染，歐洲醫療體系成立了環保永續綠色醫院論壇(CleanMed Europe)。希望集思廣義，探討綠色醫療的種種可能。

瑞典的醫療體系除了在人性和照顧及有效率有品質的經營得到經濟學人雜誌評為全球最佳的美譽外，在環境友善方面的成效，也是全球知名，此次會議能在瑞典舉辦更有深刻的含意。因為瑞典確實是世界綠色典範，而臺灣醫療體系在節能減碳方面是有相當大的改善空間，雖然路途比較遙遠，但是希望透過這樣的學習和交流思考臺灣如何推動環保永續綠色醫院。

## 參、過程

### 一、議程

日期	行程
9/23-9/24 (日、一)	啓程前往瑞典
9/25 (二)	會前活動和綠色科技的參訪-永續醫院之系統性解決方案 (System Solutions for a Sustainable Hospital at CSK in

日期	行程
	Kristianstad)
9/26 (三)	<p>會前活動</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.化學替代和選擇評估工作坊</li> <li>2.未來醫療保健-從歐盟經驗分析(參加行程)</li> <li>3.永續城市-西區船屋發展區(參加行程)</li> </ol> <p>會議開幕-全會(參加行程)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.CleanMed2012 會議負責人報告</li> <li>2.州長致詞</li> <li>3.HCWH 執行長致詞</li> <li>4.瑞典環境永續部門部長致詞</li> <li>5.WHO 公共健康與環境部門致詞</li> <li>6.強生公司(嬌生集團) &amp; 施耐德電機</li> </ol> <p>平行會議：</p> <p>A1:醫療保健中廢棄物管理</p> <p>A2:未來醫院(參加行程)</p> <p>A3:環境中藥物</p> <p>A4:氣候變遷對健康影響，醫療機構應如何應對？</p>
9/27 (四)	<p>全會(參加行程)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.衛生系統對氣候變遷的因應 (歐洲區世界衛生組織)</li> </ol> <p>平行會議：</p> <p>B1:現有醫療建築的能源效率(參加行程)</p> <p>B2:健康照護的綠色採購(參加行程)</p> <p>B3:醫療中 PVC 替代策略</p> <p>B4:溝通和參與</p> <p>平行會議：</p> <p>C1:健康照護之社會責任報告</p> <p>C2:醫療產業之創新替代能源(參加行程)</p> <p>C3:健康中被忽視的資源-水資源</p> <p>C4:無毒的健康照護(參加行程)</p> <p>全會(參加行程)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.瑞典整潔基金會會長報告</li> <li>2.HCWH 工作報告</li> </ol>

日期	行程
	3. 國際環境醫師協會
9/28 (五)	平行會議： D1: 供應鏈管理的責任 D2: 降低對環境影響的醫療保健營運方式 D3: 永續醫療之創新解決方案(參加行程) D4: 健康照護的領導與管理系統(參加行程)
	全會-閉幕式(參加行程) 1. 臺灣醫院減碳經驗 2. HCWH 工作沿革與無害醫療 3. 全球綠色健康醫院網絡 4. 永續醫療中心

## 二、內容

### (一) 9月25日

參訪 Kristianstad Hospital，這是瑞典醫院中在永續發展目標上具有領導性的醫院，此家醫院有 2200 員工，300 床，在 2003 年獲得 ISO14001 認證綠色醫院，以系統性的作法來致力減少電力與能源的消耗，每年減少的廢棄物達數百噸。

瑞典醫院提供產婦生產減輕疼痛方式是讓產婦吸入一氧化氮(笑氣)，而一般醫院是將使用過的一氧化氮直接排放於大氣。由於一氧化氮的溫室效應是 CO<sub>2</sub> 的十數倍，因此為減輕對環境的危害，該院由廠商研發笑氣回收機，透過回收及再處理，排放的氣體變成無害的氮氣及氧氣。也開發由護理站以不同顏色袋子投遞不同廢棄物的中央回收自動分類系統管路，降低了後端廢棄物混合的處理危險性並節省支出，此分類系統也輸出與越南合作。另瑞典有得天獨厚的天然資源地熱，透過地熱收集，轉換成醫院夏天冷氣與冬天暖氣的主要來源。醫院採取可回收物 100%回收政策，透過教育讓員工瞭解並配合源頭分類回收。另該院也朝提供有機食物努力(目前 23%; 2016 目標：50%)。

瑞典醫院 98% 為舊建築，只有 2% 為新建築，瑞典政府預期至 2050 年能源需求將是目前二倍，訂下屆時二氧化碳的排放要減半的目標，面對此挑戰性目標，因此瑞典醫院採取多種策略，注重燈光控制、電力基礎建設、廢棄物管理、HVAC 控制、員工教育、績效評估，為降低交通產生的污染，大院區內提供腳踏車，廣

設視訊會議室，以減少能源使用。而醫院推動低碳作為，係與專業輔導公司合作，派專人 2-3 人進駐醫院，常態性駐紮，觀察醫院平日作業，從中提出改善建議並監測改善情形，因此多位報告者皆為廠商，並非醫院員工。

## (二) 9 月 26 日

上午參訪 Western Harbour : Shipyard to Sustainable city，此區域曾是歷史性的造船廠與重工業區，而於 2001 年重建轉變成現代永續的城市，為 Malmo 最高級的住宅區，此區有獨特的 HSB 旋轉中心(Turning Torso)，一座特別的螺旋狀的摩天大樓，高度為 190 米。這是國際知名具有永續性都市發展的城市，每年有數萬名遊客參訪。

此區以綠建築設計聞名，全區使用再生能源，有太陽能板的屋頂，也有綠色植物滿佈的屋頂或牆壁，使用風力發電機、家庭廚餘回收系統，把有機垃圾轉化成燃料及再生能源等。建造前透過建築師與居民對話，瞭解居民有兼顧隱私與鄰居交流需求，不同設計師的風格在該區宛如是場環保設計饗宴，呈現其有系統與遠見的都市開發規劃。

下午開幕，一開始以簡報出現國旗來歡迎各國的與會者，中華民國國旗亦完整出現其中。開幕講者包括 WHO 公共衛生與環境部門全球健康衝擊評估與健康政策計畫主持人 Dr. Carlos Dora、瑞典環境部長 Ms. Lena Ek、國際環境醫生協會會長 Dr. Cathey Falvo 等。Dr. Carlos Dora 演講「Greening Health sector: 2012」，演講重點為 WHO 在健康與永續發展所扮演的角色與投入綠色醫療服務有何益處。WHO 執行委員會於 2012 年 1 月提到健康是永續發展的契因，但同時也是永續發展政策的最終的目標，提到行動方案包括：全面性保健服務(Universal Health Coverage)、永續健康發展政策(設施、交通、能源...)、永續發展與健康指標(供測量成效用)。

UN Climate Convention 雖將健康列為減緩氣候變遷之主要目標，但不到 3 成的計畫有將弱點評估與調適綱領列入，且投入在因應健康傷害上的資源不到 0.5%。至於為何要投入綠色經濟？因對健康、永續與平等發展有附加價值，例如：環保大眾運輸，可減少事故傷亡，消除弱勢族群健康不平等；健康的家庭能源使用，可減少婦女與兒童呼吸氣道疾病、樹林砍伐、消除性別不平等、減少溫室氣體排放；發展環境友善醫療服務，可為偏遠與資源缺乏地區提供較優質的醫療服務。



如何讓醫療服務更環保？提到節約能源、進行廢棄物管理、減少使用有害化學物、採用再生能源、水資源再利用等。領導層面可由建築設計、交通、資源回收、無汞醫療方面著手。醫院環保可跟各項行動計畫做結合，如 WHO 與 HCWH 推行之無汞醫院、醫療廢棄物管理、耐災害醫療建築設計與建造，以及停用有害藥物等。

WHO 在推動綠色醫院的角色，係蒐集實證與政策、制定行動指南、需求評估，制定優先措施、監測全球執行進度與成果。而未來的展望為，提倡全球性的綠色醫療聯合組織、發展全球性的知識庫、建立指標與追蹤系統、針對永續發展目標 (Sustainable development goals) 進行努力。

下午平行會議之「Hospitals of the future 未來醫院」場次，講者以英國二家醫院 Derby City Hospital, Barts and the Royal London Hospitals) 及瑞典 New Karolinska Hospital 來說明未來醫院的樣貌。未來醫院將結合高科技、高環保、高人性，要能 Flexibility 彈性規劃(一房間有多種用途)、Adaptability 依不同時空調整應用，重視建材、交通動線、能源使用效率。強調以病人為中心的隱私，採單人房設計。節能病房標準設計(能源、室內環境與建材均獲得綠能設計獎)，不需經常調整或裝修，可長期使用，具耐久性。

而成功設計綠色醫院之關鍵在於掌握使用者的意見回饋，要瞭解他們喜歡甚麼、想要甚麼及為什麼。未來綠色醫院的概念要考慮：環境、預防、永續，不是病人房間，是概念性房間，是以病人為核心「我的房間」設計，自然採光、具療育效果的燈光、具病人安全、可移動的傢俱、衛生清潔等。為提供客製化的衛教、影音資訊、診療計畫，病房有解釋 X 光片等設備。也顧慮到陪病家屬的需求。給予必要的隱私空間，如：原來透明的隔間玻璃，必要時可變成不透明，讓陪病者也有喘息空間。

(三) 9月27日

上午大會專題演講安排 WHO 歐洲區署官員 Dr. Bettina Menne( WHO Regional Office for Europe) 演講「Health system response to climate change 衛生系統對氣候變遷的因應」，其演講重點為，歐洲面臨氣候變遷帶來健康的眾多威脅，包括非傳染性疾病、心血管疾病、呼吸疾病、傳染病的肆虐及營養不良等。要因應氣候變遷的威脅，需從三方面：Climate Change Language, Public Health Language, Health System Language (氣候變遷面、公共衛生面與健康照護面)。在氣候變遷面，各領域要有 Adaptation(調適)氣候變遷的應對，而能源、工業、農業等領域則要實施 Mitigation(減緩)的措施；在公共衛生面，要

預防、治療、復原，減少健康不平等與疾病負擔，及增加平均壽命；在健康照護系統面，要在提供的醫療服務、職場環境、財務規劃、創新思維上，去調適氣候變遷帶來的影響（Service delivery, workforce, financing, innovation）。而附加的效益，包括減少交通事故傷害、空氣污染、與飲水相關疾病、溫室氣體排放等。鼓勵步行與騎自行車通勤、攝取健康飲食、提供安全健康的家庭能源及採用再生能源等。

WHA 世界衛生大會之氣候變遷與健康決議，提到 Health 2020 優先政策為建構健康的支持環境，讓醫療服務能耐受環境變遷的影響、施行對永續發展有幫助的保健政策、多方位的進行環境友善相關行動，及評估各場域政策對環境的影響。而強化醫療界的應對措施，如加強早期警戒、強化公共衛生監測（營養、疾病等）、提升醫療人員知能、提倡場域健康化（如都市計畫與交通）、及建構耐受性與韌性高的經濟與健康基礎設施。WHO 在低碳永續議題上的角色在提供調適工具（如永續醫療系統技術指引 Sustainable Health Systems Technical Guidance）與方法、制定策略與標準、進行能力提升，以及分享經驗與知識。

上午平行會議之「Green procurement in healthcare 健康照護的綠色採購」場次，提到目前綠色採購的挑戰有，在部分貨物及服務已有綠色採購指標，但不是所有都有。目前缺乏環境友善的專業應用、許多購買者多獨自行動，缺少互助管道。如何發展綠色採購有三階段：1. 產品要有認證基準，且基準不能過於嚴格。2. 前述寬嚴適當基準下，必需有生產技術並有合理價格之產品可供應。3. 對生產者及購買者，應有適度表揚或獎勵措施。

建議未來車輛採購以瓦斯車、電力車為汰換目標；食物以少肉多魚多植物性蛋白有機，電器用品只買再生能源或環保標章，組織以產生更多電能而不是消耗更多電能為政策。

另場平行會議為(Energy Efficiency in Existing Healthcare Buildings 既有醫療建築的能源效率)，講者針對德國柏林之醫院能耗指標及改善計畫，替代能源引進既有建築、洗腎中心之節能規劃，能源使用之即時監控系統與效益四個主題，進行簡報。

下午平行會議之「Non-toxic healthcare 無毒的健康照護」場次，提到健康照護的環境減害措施，不使用潛在危害環境或健康之產品(如含汞體溫計、PVC 製品等)；醫材產品在安全範圍內盡可能回收減少廢棄物；能源使用要有效率。也透過物流管控，盡量讓藥品的庫存量降低，以減少處理過期藥物所產生的毒物。

另場平行會議「Innovative Renewable Energy Solutions in Healthcare

醫療產業之創新替代能源」，係由 Johnson & Johnson、Malmberg、歐盟智慧能源計畫、Landstinget 等四單位，對醫療產業生產流程及產品之綠能作業，綠能科技及運用、能源趨勢研究及新型替代能源之應用，進行專業報告。

下午大會專題演講，首先由 Anja Leetz( Executive Director, HCWH Europe, HCWH 歐洲辦公室執行主任)演講「How can we support healthy people on a sick planet?如何一個生病的地球上維持健康的人群？」，提到目前居住在地球的我們所遇到的困難，包括高度的環境壓力、資源消耗、對化石燃料的依賴、以及慢性病（如肥胖）等的壓力。在 21 世紀初期的 10 年內，即有 9 年為地球紀錄上最熱的年度。其他如慢性病、呼吸疾病、糖尿病與肥胖病症等均持續上升中。要因應這些問題，首先必須將健康議題與環境連結，發展醫療服務時也必須對環境不造成影響；可以藉由醫療界龐大的採購能力，推廣綠色採購及開發綠色環保商品及服務；並以疾病防治為主，進行環境友善的措施，由醫療界帶頭喚起社會對環境的重視。目前致力於發展永續醫療服務的組織有：HCWH, Practice Greenhealth, Healthier Hospital Initiative, Kaiser Permanente 等。

而地球環境的危機，正是綠色醫療服務的產業與綠色經濟發展的機會，如投入再生能源等，可減緩溫室氣體排放及節省醫院能源開銷。講者建議醫療界採購宜將過程資訊公開，包括供應鏈、能源使用，以及廢棄物產生情形，資訊公開可讓醫療供應商自我規範，並提高其意願朝向提供「環境道德」服務與商品努力。案例如：因應醫療用品重複消毒與使用之產業正崛起中，醫院可以原價 50% 的價格購買已消毒與處理完成的用具，此種永續醫療類商品在未來應可帶來相當可觀的經濟效應，同時為健康與環境帶來附加效益。另外在建築設計方面，從永續轉為環境韌性、從傷害製造者轉為零資源使用者，最終到達再生性建築將是未來努力的方向。

接著由英國 NHS 永續發展組營運主任 Sonia Roschnik( Operational Director, Sustainable Development Unit, NHS, U.K.) 演講「Toward Sustainable Health 邁向永續醫療發展」，提到英國 NHS 於 2030 年將全面推動低碳保健服務，除了醫療服務必需改變外，產業界也必須負起社會責任，一同提升服務與科技效率、建構具耐受性的經濟與社會體系，以因應環境變遷的衝擊。永續醫療服務可藉由減少藥物依賴、提供全人服務等方式，讓社會、環境與經濟面都能受益。而邁向永續醫療服務，須由有遠見的領導者帶頭，從改變思考著手，進行組織的大規模轉型。

(四) 9 月 28 日

上午平行會議之「Leadership & Management Systems in Health Care」場次，英國 NHS 的 Sonia Roschnik 談到永續經營發展應是健康管理的核心，健康系統如要永續發展，必須考慮三個基本面的投資報酬(經濟、環境、社會)，需要組織與系統之承諾、企業的做法、有量測方式及獎勵制度，及員工、病人與大眾的參與。曾對企業主進行調查發現，90%企業主均認為永續很重要，60%認為環保對組織是必要的，普遍認為在能源使用效率、員工參與、交通倡議，此三方面較容易達成，但在基礎建設改變、建立永續路徑之照護模式、夥伴關係的建立，此三方面較為困難。建議推動時與既有體系連結，不必另起爐灶，可採漸進與轉變之雙重策略，而決策與採取的策略等訊息都必需傳遞到基層。

來自瑞典 Region Skane(斯科納省)的 Johan m Nisson 提到，一個有綠色領導統禦的管理者，是每天都會將”永續”放在心中。舉例改善癌症病人治療的流程，有效減少病患的時間與往返交通，也是減碳的作為。而瑞典 Karolinska 大學醫院的 Gustav Eriksson 則分享驅動 1500 位員工朝向永續發展的經驗，永遠把病人擺在第一位，而各層級的管理者都很重要，要將訊息傳達給員工，善用溝通管道，包括給員工及時的督導、電子報、院內網路、教育訓練、簡報等，所有訊息要簡單好記、重複再重複。

另一「Innovative Solutions for Sustainable Healthcare」永續醫療之創新解決方案場次，大會係針對醫療作業交通能耗分析、容器之回收清洗應用、醫療設備能耗分析、室內綠建材及節能設備等四主題，分別由瑞典環境管理協會、專業醫療公司、瑞典斯科納省交通局及維也納環保局進行簡報。

下午的閉幕式專題演講，首先由邱淑媿局長受邀以 WHO 健康促進醫院國際網絡主席與國民健康局局長身分演講“The Experience of Taiwan’s Hospitals in Reducing Their Ecological Footprint”，分享我國於 WHO 健康促進醫院國際網絡成立 Task Force on HPH and Environment(健康促進醫院與環境友善工作委員會)推動國際醫療領域節能減碳行動與推動國內環境友善醫院的經驗。

後由 Anja Leetz( Executive Director, HCWH Europe, HCWH 歐洲辦公室執行主任)摘要介紹「Global Green and Healthy Hospitals 全球綠色與健康醫院」，包括全球綠色與健康醫院網絡是世界性的永續醫療網絡，制定了 10 個目標，供醫院選擇實施，目前有來自全球五大洲，4000 餘家醫療體系、組織與醫院加入該網絡，只需承諾完成兩項目標即可成為會員。網站也提供醫療減碳相關工具連結、論壇與案例分享。HCWH 於 2012 年陸續於美國、臺灣、中南美洲、澳洲、中國與巴西等地招攬會員。

最後邱局長與 HCWH 總裁 Mr. Gary Cohen、HCWH 歐洲執行長 Ms. Anja Leetz 及英國 NHS 永續發展組 Sonia Roschnik 共同擔任座談會講座。大會在明年 9 月 17-19 日於英國 Oxford 牛津大學召開的行銷下閉幕。

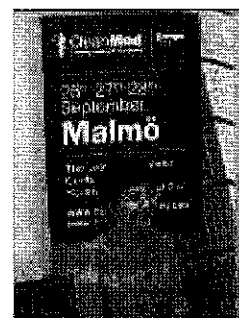
大會結束後，邱局長並就明年在瑞典舉辦之第 21 屆健康促進醫院國際研討會，擬規劃二場低碳醫院平行會議的議程，與 HCWH 高階主管討論交換意見。另 HCWH 駐美國波士頓主任，特邀請邱局長就參與本次會議發表感言，以拍攝短篇方式放於 HCWH 網頁上。



邱局長閉幕座談



閉幕合影



接受 HCWH 訪談

## 肆、心得與建議

會議地點瑞典馬爾默市，是瑞典連接丹麥哥本哈根的老工業城市，在上世紀末因產業改變，造成高失業率，為面對困境，進行一系列都市改造計畫，引進節能及環保觀念。然而北歐高緯度的寒冷氣候，短日照及惡地形，造成居民學習以較少資源滿足生活需要的能力，如在當地風力動能的運用，有超過百年歷史，並非今天石油耗盡才思考替代能源。從參與會議中也瞭解瑞典在面對能源危機及節能減碳的相關作為可為國內學習。

瑞典 Region Skane(斯科納省)訂下在 2020 年前，能源使用、公共運輸及一般交通，全部停止使用石油能源。目前該區的火車及公車均使用再生能源，有許多風力發電設備，政府鼓勵以大眾運輸及腳踏車取代開車，在 Malmo 市，到處可見安全方便的專用自行車道與騎腳踏車的人們，包括學生、上班族與老人家。瑞典一度電是台幣八元、95 無鉛汽油一公升是台幣 70 元。這樣的價格讓再生能源電廠和相關環保產業的經營，有了生存空間。而面對生質能源人車爭糧的兩難，瑞典也找到瞭解決契機，從木頭提煉二代生質酒精。

瑞典要求產業界提報每年能源使用量、以及提升能源的使用效率目標，先收取排放費用，一年後檢驗，若達到績效，就可退費。家戶垃圾按公斤付費，驅動民眾垃圾減量，瑞典的垃圾回收率也是全歐洲最高。而綠能建築的推動也有新的方案，要求建商申請建照時，必須提出「能源報告」，先估算新屋需要的能源使用量與排放量。

本次參與 CleanMed 歐洲大會，由與會者發表之研究意見與實地醫院參觀，提供以下心得與建議。

- 一、 瑞典之綠能環保何以能如此成功，觀察在於其中央政府負責制定低碳永續之政策與評量指標，地方政府負責執行。而地方政府執行政策是對中央負責，不是對民意代表機關負責。所以關說、分食經費的狀況較不容易發生，而醫院相關採購也是由地方相關機關負責，可明定須通過綠能標籤和不含 PVC 等有毒物質為基本原則。
- 二、 本會講者安排包括產業界、政府部門、學術界，從不同面向討論推動綠色醫院的觀點，至於主辦單位安排醫院參訪，主要報告者是不同廠商就其專業減碳技術面向之分享，而非醫院同仁實務推動的經驗分享，因此看不出醫院同仁的參與情形，較為可惜。
- 三、 國內醫院多老舊建築，一般醫院的空間品質與建築硬體條件與先進國家綠色

醫院相比有一段距離，但仍可透過能源管理達到改善，惟能源管理涉高度專業，大多數醫院難以自行達成，建議可透過專業顧問團隊的協助，提供評估診斷及建議，讓醫院不必從零學習，方可擴大臺灣低碳醫院的推動。另經濟部之產業促進條例如能提供醫院改善建築的投資獎勵，或可給予醫院些許預算支援。

- 四、臺灣低碳醫院的推動，在管理面的低碳作為比國外多，值得與國際分享，未來將朝鼓勵臺灣醫院投稿，或向大會主辦單位推薦邀請臺灣醫院代表演講，提升臺灣醫界於低碳健康照護的國際能見度。而為與國際綠能醫療政策與產業活動接軌，未來擬持續安排醫院參與 CleanMed 活動，以利我國低碳醫院及醫院綠能科技專業發展。
- 五、瑞典 CleanMed 會議呼應節能減碳主題，餐點多蔬食少肉且份量適中，整個會場佈置物少，沒有一般大會看到的背景版或大型海報，大會議程手冊於會前已於網路提供，現場也僅有該本手冊，無摘要資料，但主辦單位於會後主動提供各場演講簡報檔案。可供未來低碳會議籌備參考。
- 六、未來擬鼓勵醫院持續追蹤年度碳排放量，規劃競賽鼓勵碳排放量減少的醫療機構，強化衛生署與環保署等相關部門的聯繫，提供醫療院所最新而完整的各項低碳補助與獎勵資訊。
- 七、我國未來核發新的醫療機構設置時，可考量將綠色建築列入要求，而鼓勵醫院相關採購將低碳環保列入考量，或可納入醫院評鑑參考。

第三部分：參訪「歐洲先天性缺陷監測組織」(Association of European Registries of Congenital Anomalies, 簡稱 EUROCAT)

服務機關：行政院衛生署國民健康局

姓名職稱：邱淑媿局長(女)、林宇旋簡任技正(女)、陳妙心  
研究員(女)、葉曉文科長(女)

服務機關：中山醫學大學醫療產業科技管理學系

姓名職稱：邱政元副教授(男)

派赴國家：英國

出國期間：101年10月01日至101年10月03日

報告日期：102年1月02日



## 摘要

歐洲先天性缺陷監測組織(Association of European Registries of Congenital Anomalies, 簡稱 EUROCAT)是一自發性、非營利性組織，為世界衛生組織(WHO)先天性缺陷監測合作中心(Collaborating Centre)，自 1979 年建置至今達三十餘年，已建立一套先天性缺陷通報之標準資料收集內容，且長期收集、分析歐洲地區先天性缺陷狀況。透過實地參訪 EUROCAT 總部、威爾斯資料登錄中心，瞭解其各成員國之政策、監測系統的運作以及國際合作機會，有助於國內建置先天性缺陷監測系統，並建立未來與 EUROCAT 持續學習及交流之管道。

透過參訪，提出相關建議如下：

- 一、 加速我國先天缺陷監測系統之建置：依據 EUROCAT 參訪見聞，參考 EUROCAT 及英國威爾斯先天性缺陷監測中心登錄項目及運作現況，建置我國先天缺陷監測系統，以 EUROCAT 已開發 EDMP 資訊系統為樣版，辦理系統中文化與功能修正，俾導入通報醫院之資訊系統。在參考 EUROCAT 表件之餘，尚需依本國特性及監測需要，補正危險因數資料收集項目(如：檳榔)。
- 二、 加強不同來源資料之收集與運用：相較於 EUROCAT，我國先天缺陷發生率低，可能導因於未收集因先天缺陷而終止懷孕之資料，或出生通報登錄之限制。為提供婦幼更好的健康照顧，應針對所須登錄之母親或小孩資料，思考如何就現行產前檢查、產前遺傳診斷或出生通報之行政面與法制面再補強，並加強收集資料之分析應用。
- 三、 參與先天缺陷國際研討會：為與 EUROCAT 各監測中心實務工作人員進一步研討，以利未來的國際合作與經驗交流，建議組團參加 2013 年在克羅埃西亞召開之 EUROCAT 年會，並於會中發表我國建立先天缺陷監測系統成果。

## 壹、歐洲先天性缺陷監測組織簡介

歐洲先天性缺陷監測組織(Association of European Registries of Congenital Anomalies, 簡稱 EUROCAT)1979 年創立之自發性、非營利性組織，為世界衛生組織(WHO)先天性缺陷監測合作中心(Collaborating Centre)，總部設於英國北愛爾蘭首府 Belfast 市之 Ulster 大學 Belfast 校區。該單位元之目的與任務在於維護 EUROCAT 總監測中心之資料庫，以提供先天性缺陷基礎率(baseline rates)、偵測先天性缺陷發生頻率之變化，包括時間趨勢及聚集情形、評估環境中已知或疑似導致先天畸形之因素、評估先天性缺陷預防和產前遺傳診斷及篩檢或治療等健康服務、進行先天性缺陷發生原因及疾病之研究、設置先天性缺陷監測之標準，以及確保資料品質，並透過計畫或合作方案促進研究，提供及傳播先天性缺陷相關訊息、促進 EUROCAT 會員國間之經驗交流，以及辦理監測登錄中心人員之訓練等。

## 貳、參訪目的

為建立國內先天性缺陷監測系統，行政院衛生署國民健康局刻正委託中山醫學大學辦理「建立先天性缺陷監測系統先驅研究計畫」，就現有相關資料庫進行分析，並將就我國先天性缺陷監測系統架構與通報內容提出規劃建議，依中山醫學大學研究團隊之文獻探討及國際對先天性缺陷監測系統比較結果，在歐洲 EUROCAT 系統、美國的先天性缺陷監測系統(The National Birth Defects Prevention Study; NBDPS)，以及 WHO 發展之先天性缺陷監測通報系統當中，以 EUROCAT 的建置模式及監測內容，較符合我國國情，值得我們學習。

鑑於 EUROCAT 為歐洲地區先天性缺陷監測整合機構，自 1979 年建置至今達三十餘年，長期累積收集歐洲地區先天性缺陷資料，為學習監測架構建置、管理及資料分析運用實務之相關技術與經驗之對象，故實地參訪 EUROCAT 總部，以及 EUROCAT 會員當中，通報成效良好之威爾斯資料登錄中心，汲取其監測系統運作模式及其會員單位元資料傳送的資訊系統技術及作業規範，並瞭解 EUROCAT 各成員國對於先天性缺陷的推動政策及監測系統的資料研究分析結果，以有助於國內建置先天性缺陷監測系統，並建立未來與 EUROCAT 持續學習及交流之管道。

## 參、過程

### 一、議程

日期	行程
9.29-9.30	啓程前往北愛爾蘭
10.1	參訪 EUROCAT 總部
10.2-10.3	參訪英國威爾斯產前篩檢中心暨英國威爾斯先天性缺陷資料登錄中心

日期	行程
	(邱政元)

## 二、內容

### (一) 參訪 EUROCAT 總部

參訪日期及時間自 2012 年 10 月 1 日上午 9:30 至下午 5:30，參訪議程如下表：

時間	議程
09.30-10.00	Welcome with Tea/Coffee
10.00-10.30	Overview of EUROCAT and Central Registry
10.30-11.00	Guide 1.3 - Congenital Anomaly Coding
11.00-12.30	Use of the EUROCAT Data Management Program
12.30-12.45	Discussion (Question and Answer session)
12.45-14.00	Lunch (Loughview Suite)
14.00-15.00	Visiting team seminar
15.00-15.30	EUROCAT Website tables
15.30-16.00	Tea/Coffee break
16.00-16.30	Statistical Monitoring
16.30-17.00	Medication in Pregnancy
17.00-17.30	Question and Answer Session and Concluding Remarks

本次實地參訪 EUROCAT 總部及其相關機構之主要任務，在於瞭解 EUROCAT 之監測資料建置、運用與運作方式，包括：

1. 監測系統推行政策，如何促使專業登記人員與一般民眾建立先天性缺陷認知
2. 各成員國家收集資料與資訊如何彙整至總部，以及其資訊系統介面與資料保密機制和相關技術

3. 先天性缺陷之流行病學統計、危險因數分析與研究趨勢，以及與先天性缺陷監測系統分析及相關實證研究
4. 資料分析所結果或資料品質之回饋機制
5. 總部及各成員國對監測系統的運作與維護，其相關的預算經費來源與資源的分配與管理

此外，透過與接待專家進行經驗交流及資訊收集，有助我國先天性缺陷監測系統的建置與運作。

參訪一行人包括國民健康局邱淑媿局長、林宇旋簡任技正、陳妙心研究員及葉曉文科長，以及中山醫學大學邱政元副教授，共計 5 名。EUROCAT 主要接待人員及職稱如下：

1. Dr. Rhonda Curran, EUROCAT Project Manager/Research Fellow
2. Ms. Maria Loane, EUROCAT Database Manager, Lecturer in Public Health
3. Mrs. Ruth Greenlees, Research Assistant

歐洲先天性缺陷監測通報系統(The European Surveillance of Congenital Anomalies, EUROCAT; 原名 European Registration of Congenital Anomalies and Twins, EUROCAT)，由歐盟主導，於 1979 年啟動相關資料建置計畫，迄今已超過 30 年，目前會員分佈於歐洲 21 個國家，共有 38 個監測中心，每年對歐洲地區超過 170 萬的嬰幼兒進行先天性缺陷相關監測資料收集，其目的包括提供先天性缺陷之流病訊息、致畸風險的預警、評估預防策略的有效性、評估產前檢查的影響效力、作為暴露或危險因子的訊息中心、以及對於預防及治療提供聯繫之架構、並推展標準化數據收集及登記。該中心對先天性缺陷之盛行與死亡率、預防及危險因素、篩檢及診斷方法、孕產期之醫療利用及環境汙染等，都納入研究。

參訪當日由於 EUROCAT 主要負責人 Dolk 教授在倫敦參加會議，不克參與參訪議程，由 EUROCAT 團隊之 Rhonda Curran 博士、Maria Loane 女士，以及 Ruth Greenlees 女士接待，經雙方人員簡短介紹後，即由 Curran 博士介紹 EUROCAT 的整體概況及運作模式。EUROCAT 有三種會員，正式的會員(full member registry)每年都傳送所有的個案資料到 EUROCAT，準會員(associate member registry)每年只傳送彙整運算後的資料給 EUROCAT，贊助會員(affiliate member registry)不需要傳送任何資料給 EUROCAT，但會參與 EUROCAT 的會議和計畫。透過 EUROCAT 各會員共同建立之監測系統，提供先天性缺陷監測資料、瞭解其流行病學，以藉由相關服務之推動，降低先天性缺陷造成的公共衛生及健康的負擔。Dr. Curran 也介紹了 EUROCAT 的 2011-2013 的行動綱領，以及 EUROCAT 的組織架構，該單位並非個別運作的監測中心，而是一個彙整各監測中心資訊的總部，並針對所有蒐集到的資

訊進行品質管控及研究分析。

Loane 女士接續解說先天性缺陷疾病分類 (Congenital Anomaly Coding)。在 EUROCAT 的資訊系統有 55 萬筆先天性缺陷的個案，都是以 ICD-10(chapter XVII 之 Q chapter, Q00-Q99) 編碼，EUROCAT 的先天性缺陷有 89 個類別(subgroups)。其所發展應用之 EDMP(EUROCAT Data Management Program; EDMP)資訊系統，依照 ICD-10 把每個先天性缺陷個案分派到 89 個類別的某一類，如果該個案只有輕微的缺陷，就不會歸屬到 89 個類別中。已分類過的 89 個類別，即是 EUROCAT 計算先天性缺陷盛行率的依據。

Greenlees 女士進一步介紹與示範 EDMP 資訊系統之操作使用。EDMP 是由 EUROCAT 和 BioMedical 資訊公司一起開發的電腦單機版軟體，網路的版本正由 BioMedical 資訊公司發展中。以 EDMP 建檔、管理及分析和製作報表的先天性缺陷資料，其報告可轉換成 PDF 檔案格式。Greenlees 女士詳細說明 EDMP 系統之各項功能，從簽入(log in)到找尋個案、修改，及如何增加欄位之擴充性等。各參與監測單位可使用 EDMP 為資料建檔工具，亦可自行開發或使用既有的系統，再將建置之檔案，依 EDMP 之格式需求匯入 EDMP 系統。從 EUROCAT 人員之解說過程，可以瞭解 EDMP 系統的設計已經非常完整，而且也考慮到應有的彈性及擴充性。

在接下來的討論及中午用餐時間，雙方都進行了意見交換，原先對 EUROCAT 運作及 EDMP 系統的設計及會員如何轉送資料給 EUROCAT 等問題，在上午的參訪過程中都有了清楚的答案。下午的議程首先由國民健康局林宇旋簡任技正簡介我國運用出生通報系統收集先天性缺陷監測資料概況，然後由中山醫學大學邱政元教授介紹「建立先天性缺陷監測系統之先驅研究計畫(101-103 年)」的執行重點。就預設之各項問題逐一請教 EUROCAT 專家。接著由 Greenlees 女士介紹 EUROCAT 所提供的各類統計報表，可依不同的監測中心、先天性缺陷類別及不同年度來選擇輸出不同的統計報表，亦可選擇匯出 excel 的格式，方便後續統計運用以及製作圖表。隨後再由 Loane 女士解說統計監控(Statistical Monitoring)及懷孕期間用藥的研究。Loane 女士具統計專長，同時也在 University of Ulster 的護理學院任教，其研究專長在於產前流行病學，也特別關注孕婦年齡及使用藥物與先天性缺陷的關聯，並專精於先天性缺陷的群聚及趨勢分析，其研究經驗值得學習。



邱局長及 Dr. Curran



參訪團與 EUROCAT 專家合影



參訪團與 EUROCAT 專家合影



參訪團與 EUROCAT 專家意見交流

## (二) 參訪英國威爾斯產前篩檢中心暨英國威爾斯先天性缺陷資料登錄中心

為進一步瞭解參與 EUROCAT 先天性缺陷登錄之會員單位實務操作，中山醫學大學邱政元副教授於 EUROCAT 參訪行程後，另於 2012 年 10 月 2 日下午 2:30 至下午 5:30 轉赴位於英國威爾斯首府 Cardiff 的英國威爾斯產前篩檢中心，由該中心 All Wales Programme Coordinator for Antenatal Screening Wales—Rosemary Johnson 女士接待。另於 2012 年 10 月 3 日上午 10:30 至下午 3:30，再轉程前往位於英國威爾斯 Swansea 的英國威爾斯先天性缺陷資料登錄中心，由該中心 Manager—David Tucker 先生接待。

於此兩單位參訪過程分述如下：

### 1. 英國威爾斯產前篩檢中心

威爾斯產前篩檢中心的經費來自威爾斯議會(National Assembly for Wales)，屬於篩檢服務 (Screening Services) 的一部分。主要在提供威爾斯地區的產前篩檢服務，以及提供該地區產前篩檢服務的政策、標準與指引。

Mrs. Rosemary Johnson 是 Midwife(助產士)的專業，曾執業 10 年左右。接管威爾斯產前篩檢中心約 10 年。因為英國助產士的發展已經超過百年，而且英國大部分的新生兒是由助產士接生的，因此，不論是產前篩檢或是先天性缺陷的監測工作，英國的助產士都扮演著很重要的角色。

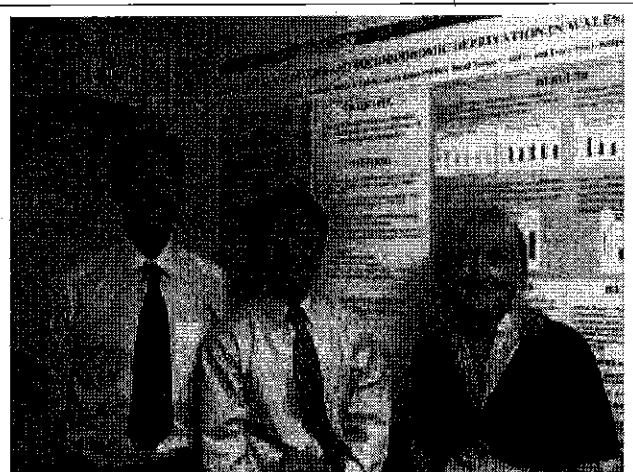
由於臺灣的新生兒幾乎都是由醫師接生（不論是在醫院或是診所），因此，助產士在臺灣的產前篩檢或是先天性缺陷監測方面，幾乎是沒有參與的。在訪問期間，Mrs. Rosemary Johnson 解釋了產前篩檢中心的工作內容。並以唐氏症(Down's syndrome)篩檢為例提供

了很多的資訊。她提到：在英國威爾斯，每年大約有百分之八十的孕婦需進行唐氏綜合症的篩檢。其中懷孕時間大約十五到十八周的婦女，威爾斯產前篩檢中心替她們準備了一個篩檢計畫，以四指標進行母血唐氏症篩檢，篩檢的比率大約是五成。他們也對實驗室進行監控，並且希望四指標母血唐氏症篩檢可以偵測出大約七成五的唐氏症孕婦（陽性比率約 3%）。也希望在進行第一孕期唐氏症篩檢(first trimester screening)時，能檢測出八成五的嬰兒（陽性比率約 2.2%）。在英國，何種篩檢項目列為優先補助的項目，是由英國國家篩檢委員會開會決定的。

在英國主要是由助產士去協助那些懷孕的婦女，在英國威爾斯婦女懷孕期間會由具有篩檢特殊經驗的助產士進行許多篩檢以及諮詢方面的工作，當婦女篩檢出懷有先天性缺陷的胎兒時，將會由助產士進行諮詢(並非由醫生進行)，醫生或許會與婦女討論是否進行侵入性的測試，但主要是由助產士與孕婦間進行終止妊娠(墮胎)的討論，而醫師則是負責簽署文件，大部分先天性缺陷篩檢的工作是由助產士負責的。



邱政元副教授與 Mrs. Rosemary Johnson



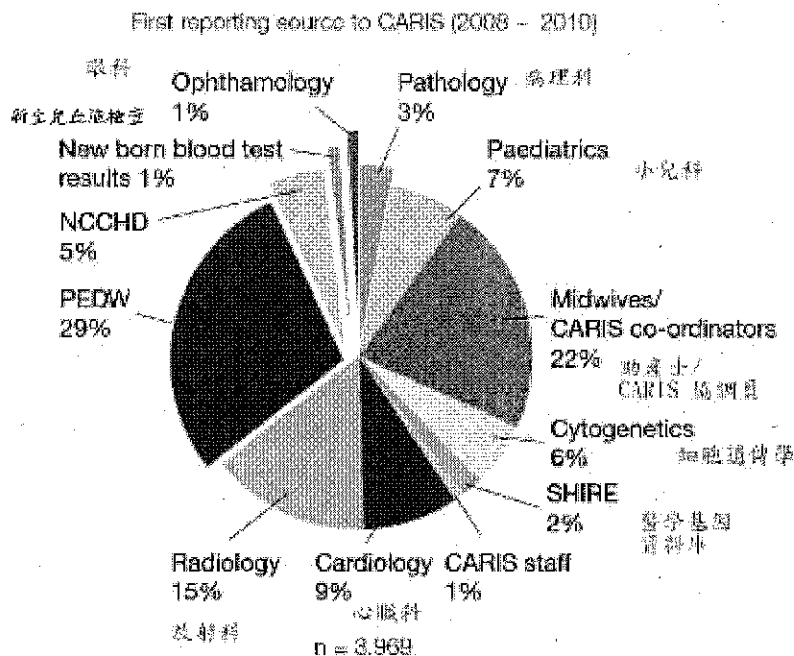
邱政元副教授與 Mr. Tucker, 及 Dr. Morgan

## 2. 英國威爾斯先天性缺陷資料登錄中心

綜理英國威爾斯先天性缺陷資料登錄中心事務的 Tucker 先生，原為會計背景，後轉任醫務書記工作，憑著興趣和努力，培養出國際疾病分類的嫻熟技術（英國目前用 ICD-10，正朝著 ICD-11 修改），然後這 18、19 年來，持續投入英國威爾斯地區先天性缺陷的監測工作，憑著對服務病人有興趣，自修及學習疾病分類的專業，在醫院(Singleton Hospital, Swansea)中和醫療專業部門及人員合作，近 20 年來不斷的修正及擴大先天性缺陷的監測範圍，使得整個英國威爾斯地區相關醫療體系，都支持其先天性缺陷資料登錄中心之監測系統，造就其先天缺陷監測之涵蓋範圍幾乎達到 100%，不僅成為英國的典範，也是全歐盟最好的監測中心之一。相較於全英國之監測涵蓋率平均只有 32%，可以得知英國威爾斯先天性缺陷資料登錄中心的成就是多麼不容易。

英國威爾斯先天性缺陷監測中心鼓勵各醫療院所及專業人員主動通報可能的先天性缺陷個案，再由監測中心彙整各方的資訊，除依人逐案歸戶外，也負責確認先天性缺陷個案。此項工作即由 Mr. Tucker 率領的團隊負責。英國威爾斯先天性缺陷監測中心本身也建置了完善的資訊系統，其中有少數項目，比 EUROCAT 要求的項目還多、還詳細。同時，他們也和醫院的資訊人員合作，更新及升級他們的資料庫。

Mr. Tucker 詳細解釋「2008-2009 年 Wales 地區第一次通報先天性缺陷的來源分析圖」，在圖中可以瞭解到在英國助產士在先天性缺陷監測所扮演的重要角色。由圖中亦可看出英國威爾斯地區的先天性缺陷監測可以達到 100%，有賴所有相關醫療體系在背後支持，各個臨床專業，包括：小兒科、病理科、眼科、放射科、心臟科都參與其中，主動通報可能的先天性缺陷個案，再由監測中心進行資料整合及確認個案。



2008-2009 年 Wales 地區第一次通報先天性缺陷的來源分析圖

#### 肆、心得與建議

一、加速我國先天缺陷監測系統之建置：依據 EUROCAT 參訪見聞，參考 EUROCAT 及英國威爾斯先天性缺陷監測中心登錄項目及運作現況，建置我國先天缺陷監測系統，以 EUROCAT 已開發 EDMP 資訊系統為樣版，辦理系統中文化與功能修正，俾導入通報醫院之資訊系統。在參考 EUROCAT 表件之餘，尚需依本國特性及監測需要，補正危險因子資料收集項目(如：檳榔)。



- 二、加強不同來源資料之收集與運用：相較於 EUROCAT，我國先天缺陷發生率低，可能導因於未收集因先天缺陷而終止懷孕之資料，或出生通報登錄之限制。為提供婦幼更好的健康照顧，應針對所須登錄之母親或小孩資料，思考如何就現行產前檢查、產前遺傳診斷或出生通報之行政面與法制面再補強，並加強收集資料之分析應用。
- 三、參與先天缺陷國際研討會：為與 EUROCAT 各監測中心實務工作人員進一步研討，以利未來的國際合作與經驗交流，建議組團參加 2013 年在克羅埃西亞召開之 EUROCAT 年會，並於會中發表我國建立先天缺陷監測系統成果。

第四部分：出席「第 15 屆加斯坦歐洲衛生論壇」  
(European Health Forum Gastein, 簡稱 EHTG)

服務機關：行政院衛生署國民健康局

姓名職稱：邱淑媿局長(女)、林宇旋簡任技正(女)、陳妙心研究  
員(女)、葉曉文科長(女)

派赴國家：奧地利

出國期間：101 年 10 月 02 日至 101 年 10 月 07 日

報告日期：102 年 1 月 02 日

## 摘要

第 15 屆加斯坦歐洲衛生論壇大會主題為「經濟緊縮時代健康照護的危機與機會 Crisis and Opportunity-Health in an Age of Austerity」，本局以非傳染病政策與健康照護系統的因應(Non-communicable Diseases:prevention policy and health system response)為題，於會中辦理一場平行論壇分二時段進行，分別由邱局長淑媿演講「Whole society development: strategy or fantasy」，及代表邱署長文達演講「Financial and organizational innovations in Taiwan」，分享臺灣推動全國性健康體重管理介入計畫與臺灣在非傳染病防治政策的推動成效。此行除與各國進行衛生經驗交流，相互學習創新的思維和做法。並與外交部共同頒發外交睦誼獎章給論壇大會即將卸任主席 Prof.Günther Leiner，感謝其對增進臺灣與歐洲公共衛生領域合作之貢獻。

透過本次會議參與，提出相關建議如下：

- 一、持續參與加斯坦歐洲健康論壇活動：加斯坦歐洲健康論壇為歐洲健康之重要討論平臺，透過持續參與本項會議，可延續我國與歐洲國家在健康議題之交流與相互學習，增進我國衛生或健康促進成果之能見度，以及未來相關合作機會。
- 二、加斯坦歐洲健康論壇在議程設計上，各項議題參與討論者不僅是該領域的醫療專業人員，也包含與該議題有關的相關組織人員，令人印象深刻，在討論永續衛生體系議題也加入病友團體，就病人的需求發言，這在國內相關研討會上比較少見的；病人是健康照護的核心，從他們的觀點來談，可以刺激健康照護提供者提供符合其需求之服務，未來臺灣在辦理相關研討會時，應該也可做這樣的安排。
- 三、歐洲在面對歐債危機衝擊下，重新檢視相關應對方式，在政策面上，要提供具實證有效益的健康服務，且應重新檢視保險制度，另也透過 APP、e-Health 及病人增能（empowerment）等方式來提升病人健康識能，減少不必要的醫療耗損；臺灣在資訊科技發展上一直是佼佼者，如何善用臺灣的強勢發展健康教育及保健宣導是未來可繼續努力的方向。

## 壹、加斯坦歐洲衛生論壇簡介

加斯坦歐洲衛生論壇 (The European Health Forum Gastein; EHFG)由奧地利前國會議員 Dr. Günther Leiner 與地區旅遊協會主席 Mr. Franz Weichenberger 於 1998 年創立，主要由歐盟提供經費支援，由奧地利非營利超黨派團體 International Forum Gastein (簡稱 IFG) 主辦，此論壇每年均在奧地利加斯坦(Gastein)市舉行，為歐洲聯盟最重要衛生政策論壇，也是重要的衛生領袖會議之一，其特色是議題廣泛，藉專題演講、互動討論方式，研議各種衛生挑戰、政策、重大問題。每年邀請歐洲各國衛生部門高階主管、歐盟官員及醫學界專家學者，及 OECD、WHO 及歐洲區署、世界銀行等重要國際組織代表與會，每年約有 45 個國家政府代表，約 600 人參與會議，為一項集合來自政治界、政府衛生部門、非政府組織、產業界及學界重要人士之交流平臺。

臺灣從 1998 首次參與加斯坦歐洲衛生論壇，自 2002 年起每年固定派員參與，並自 2004 年起每年承辦一場平行論壇。今 (2012) 年為第 15 屆，係於 2012 年 10 月 3 至 6 日召開，大會主題為「Crisis and Opportunity-Health in an Age of Austerity」，計有 6 場平行論壇、11 項工作坊、涵蓋多項不同研討主題之 2 場早餐會與 4 場午餐會，以及開幕與閉幕之大會專題演講等。

行政院衛生署國民健康局今年以非傳染病 (Non-communicable Diseases; NCD) 為題，主辦一場平行論壇，分上、下兩場於 10 月 4 日下午和 10 月 5 日上午舉辦，討論議題分別為「NCD policy: what works? From nudge to regulation」，以及「Health system response to NCDs: innovations and challenges」，由邱局長淑媿演講「Whole society development: strategy or fantasy」，並代表邱署長文達演講「Financial and organizational innovations in Taiwan」。

### 歷屆 EHFG 大會主題如下：

- 1998 - Creating a Better Future for Health Systems in Europe
- 1999 - Health & Social Security
- 2000 - Information & Communication in Health
- 2001 - Integrating Health across Policies
- 2002 - Common Challenges for Health & Care
- 2003 - Health & Wealth
- 2004 - Global Health Challenges
- 2005 - Partnerships for Health
- 2006 - Health sans frontières
- 2007 - Shaping the Future of Health
- 2008 - Values in Health
- 2009 - Financial Crisis and Health Policy
- 2010 - Health in Europe - Ready for the Future?
- 2011 - Innovation and Wellbeing - European health in 2020 and beyond

## 2012- Crisis and Opportunity-Health in an Age of Austerity

### 今年會議相關議題：

#### 一、大會主題：

Opening Plenary

Closing Plenary: Health in an age of austerity

#### 二、平行論壇主題：

Forum 1: Communicating health

Forum 2: Global health governance - Europe and the world

Forum 3: Health systems sustainability

Forum 4: The public health challenges of 2050

Forum 5: A global personalised medicine - can Europe lead the way?

Forum 6: Non-Communicable Diseases: Prevention policy and health system response

#### 三、工作坊主題：

Workshop 1: Financial crisis

Workshop 2: e Health

Workshop 3: Flour fortification

Workshop 4: Be aware of your kidneys

Workshop 5: Disease prevention

Workshop 6: Vaccines

Workshop 7: Active and Healthy Ageing

Workshop 8: New science & future healthcare

Workshop 9: Health and wealth

Workshop 10: Healthcare financing

Workshop 11: Public-Private Partnership

#### 四、早餐會

B1: Waking up to real solutions

B2: Health literacy

#### 五、午餐會

L1: Governance

L2: Vaccination & social media

L3: Innovation and sustainability

L4: Dialogue, transparency, trust

#### 貳、目的

加斯坦歐洲衛生論壇是歐洲各國衛生交流重要且支持度很高的交流平臺，論壇議題與內容係經過主辦單位與其諮詢委員會精心挑選設計，從問題分析、策略探討、經驗分享到

討論歐洲未來政策方向，環環相扣，且能對歐洲政策形成具體結論和影響，是很有深度的公衛政策論壇。臺灣自 2003 年即開始參與此論壇，藉此場合和國際上重要的衛生領袖交流互動及學習。

此行之主要目的除分享臺灣推動肥胖防治之相關經驗，並分享衛生系統組織及財務變革之相關作為來因應非傳染性疾病之衝擊，並與各國進行經驗交流，相互學習創新的思維和做法。並與外交部共同頒發外交睦誼獎章給論壇大會即將卸任主席 Prof.Günther Leiner，感謝其對增進臺灣與歐洲公共衛生領域合作之貢獻。

## 參、過程

### 一、議程

日期	行程
10/2 (二)	北愛爾蘭啓程至加斯坦
10/3 (三)	1. Flour fortification 2. Opening Plenary 3. Communicating health (S1) 4. Health systems sustainability (S1)
10/4 (四)	1. Communicating health (S2) 2. Health systems sustainability (S2) 3. Governance 4. Non-Communicable Diseases: Prevention policy and health system response (S1) 5. Active and Healthy Ageing
10/5 (五)	1. Health literacy 2. Non-Communicable Diseases: Prevention policy and health system response (S2) 3. Closing Plenary: Health in an age of austerity
10/6 -10/7	返臺

### 二、內容

#### (一) Opening Plenary

本次會議於 10 月 3 日中午開幕，大會演講人包括愛莎尼亞總統 Toomas Hendrik Ilves、奧地利薩爾斯堡加斯坦市長 Friedrich Zettinig、世界衛生組織歐洲區署署長 Zsuzsanna Jakab 及歐洲議會議員 Antonyia Parvanova 等。

愛莎尼亞總統 Toomas Hendrik Ilves 在演講中提到，歐洲醫療保健支出占 GDP 比例

高，不利於醫療保健系統之永續，在經濟緊縮時代，或可透過資訊科技之輔助，提供更具效率、更佳與更安全之服務，並將以往針對疾病管理之作法，改為健康管理，而當資訊透明，會有助於競爭，但在病人資訊之運用上，需訂定資料管理標準與加強其法制基礎。

Zsuzsanna Jakab 女士在演講當中提到，自 2008 年面臨全球財務危機以來，財政節約之緊縮政策，加上經濟成長趨緩，增加改善民眾健康與福祉之複雜性與挑戰，也擴大不同國家或地區間之健康差距，由健康之社會決定因素觀點來看，改善群眾健康與福祉需所有政府部門協力，不能單憑衛生單位之力。非傳染病為歐洲地區當前及未來之主要健康威脅，以往藉由個人健康行為改變之作法，或許可降低傳染病之疾病負擔，但欲降低非傳染病之疾病負擔，應有更具整合性與合理性的作法，並重新思考目前健康體系之運作，包括如何強化公衛系統，以及如何因應財政上之限制等。又相關實證已指出健康促進與疾病防治之經濟效益，但投入在健康促進或疾病預防工作之經費比例偏低，故需審慎檢視醫療保健經費運用之效率，這些概念均已融入 2020 健康目標之相關規劃，並強調全政府、全社會之參與，集跨部門與跨領域專長，改善健康體系之功能，以確保全民、公平、永續與高品質之健康服務。

另開幕式頒發之歐洲健康獎 (European Health Award)，以政策重要性、對民眾健康或健康照護有助益、跨國參與、具預期效益、成果可量測、以及可供其他國家參照等 7 項標準進行評選，在入圍的六項計畫當中，由歐洲健康識能團隊獲獎。健康識能不止與健康結果相關，也是影響健康不平等的重要關鍵，在本屆加斯坦會議有許多討論。

## (二) Flour fortification

10 月 3 日上午會前會議，參加 Flour fortification 場次，首先由 WHO 官員 Dr. Francesco Branca (Director of Nutrition for Health and Development) 演講 “Nutrition in Europe: Room for improvement”，指出歐洲面臨的營養挑戰，包括肥胖(特別是兒童及青少年體重過重與肥胖的比率增加中)、鹽攝取過多(大部分歐洲國家平均每人每日鹽攝取高於 8 公克)、飽和脂肪攝取過多(大部分歐洲國家每人每日飽和脂肪佔熱量百分比高於 10%)、單醣攝取過多(2010 年歐洲糖的總攝取量為 1980 年總攝取量的 1.43 倍)。

歐洲確認缺乏的微量營養素為，1. 碘缺乏問題普遍，學齡兒童攝取不足(尿液碘 urinary iodine concentration, UIC <100 mg/L)的盛行率，從 2003 年至 2011 年三次調查雖見逐漸下降，仍高於 40%；比美洲、非洲、東南亞、西太平洋區或全球平均都來得高。2. 鐵攝取不足(生育年齡的女性有超過 5 億人處於貧血狀態，而全世界學齡前兒童有 47% 有貧血狀況、歐洲青少年有 4.4% 貧血)。3. 葉酸攝取不足，歐洲 18 國神經管缺陷 (Neuro-tube Defect, NTD) 盛行率平均約在每萬新生兒 1.0 名案例。食物葉酸攝取不足盛行率，低者約在 15%，高者可達 65%。

還有新興的營養挑戰來自 VitD、VitC、VitB12 缺乏對健康的影響：1. VitD，歐洲國家缺乏 Vitamin D 的佝僂症仍普遍存在。老人的 Vitamin D 偏低之盛行率有 47%、青少年達 81.1%。2. Vitamin C 在歐洲國家也有普遍不足的問題。3. 歐洲國家間，Vitamin B12 缺乏問題差異大，有的國家為 0%，有的國家高達 40%。

而社會與經濟因素對食物攝取的影響，如經濟能力會影響食物的採購能力，例如青少年攝取水果，隨社經地位提高而增加；一些國家對於某些特定營養素較容易缺乏；飲食習慣或其他人口特性也會影響特定營養素缺乏的程度；目前歐洲的經濟趨勢可能會讓微量營養素缺乏狀況更形惡化。

在 WHO 對監測及預防的貢獻方面，WHO 擁有多項營養資料庫包括 Growth、Vitamin and Mineral Nutrition Information System (VMNIS)、Body Mass Index、Global database on the Implementation of Nutrition Action (GINA)、Nutrition Landscape Information System (NLIS)、WHO 網站上也提供電子圖書館供查詢營養行動計畫之實證資料。

第 2 位講者 Dr. William Dietz (美國疾病管制中心營養、運動與肥胖部門前任主任) 演講 “Common Concerns Related to Flour Fortification”，演講內容針對大眾對於麵粉營養強化所擔心的問題，逐一說明。1. 「麵粉添加營養成分，將導致葉酸、鐵等營養素攝取過量？」事實是一般飲食並不那麼容易讓營養素過量，例如葉酸的上限攝取量 (Upper limit, UL) 是 1000 毫克、鐵的 UL 是 45 毫克。而從美國 NHANES 調查資料顯示，僅有吃補充品的人才會攝取到過量的葉酸。2. 「葉酸強化可能導致癌症及遮蔽 vitamin B12 缺乏的問題？」實情是，葉酸確實有兩面效應，足量的葉酸是維持基因穩定所需；過多的葉酸卻會加速已出現的癌細胞之生長，但葉酸並不會「引發」癌症。大量補充葉酸會遮蔽維生素 B12 缺乏的貧血症狀，但是並不會惡化維生素 B12 缺乏的神經症狀；甚至當維生素 B12 正常時，高葉酸濃度還可保護意識退化。3. 「鐵質強化可能增加有血液疾病者鐵質過量的問題？」實情是，大量補充鐵可能增加鐵過量的血色素沉著病 (haemochromatosis) 但不會增加乙型地中海型貧血 (Beta-thalassemia)。鐵的補充確保生長發育之好處，仍高於補充鐵所增加的一些風險。4. 「營養強化是倡議的目標？」實情是：民眾只要依照平日飲食不需特別食用額外補充劑，較不會有過量補充超過上限攝取的問題，藉由普遍的食物補充可以供應到較多數民眾，不像補充劑常只能接觸到補助對象或者高知識與社經地位者。5. 「食物應該維持純食物狀態？」實情是，即使如麵包，早已經加入酵母、麩質分解劑、酵素、乳化劑、漂白劑等添加物。麵粉從麥穀磨成白麵粉過程中，已將維生素 B 群、鐵等營養素磨掉大部分，重要營養素約僅剩餘 10~40%。所謂食物強化，可視同是將耗損掉的營養成分加回去。6. 「強制營養素強化，剝奪了消費者的選項」，實情是，消費者仍有選擇可購買未強化麵粉，目前世界實施強制麵粉強化政策者計有 74 國。

第 3 位講者 Sue Horton (Chair in Global Health Economics, Centre for



International Governance Innovation)演講” Economic Impact of flour fortification: Cost to fortify versus cost to not fortify ”，提到世界各國在食物營養素強化政策的進展：英國在 1942 年開始麵粉添加 (1949 年立法強制添加)，美國 1941 年開始自願性添加(1996 年強制添加)，加拿大 1949 年自願性添加(1996 年立法強制添加)，奧地利 1991 年開始添加，目前有 74 個國家立法強制，5 個國家採取自願方式。

食鹽加碘於美國 1920 年代即開始，食鹽加碘於瑞士為 1920 年開始，乳製品、油脂類食品強化維生素 D 在美國、加拿大、英國、澳洲、紐西蘭、荷蘭、波蘭等國實施。近來開發中國家繼已開發國家，開始麵粉強化政策。僅有 3 個已開發國家要求麵粉強化葉酸，反而大部分開發中國家要求添加葉酸。近年來，一些營養素缺乏的問題再度浮現，且是發生在已開發國家，例如澳洲、紐西蘭的碘缺乏問題。全世界採食鹽加碘的制度已有 120 國家參與。講者並提出營養素缺乏的成本計算，營養素強化的成本支出與成本效益分析。

第 4 位講者 Scott J. Montgomery 是目前麵粉強化計畫 (The Flour Fortification Initiative) 的主任，其演講「Flour Fortification: Overview and Benefits to Europe」重點，在於以組織經驗提供食物強化營養素的效益、行政經驗和期待。小麥穀的營養價值原本很高，可惜在磨粉時，維生素 B 群及鐵大損耗。麵粉強化計畫自 10 年前開始，目標即是要推動世界重要糧食小麥營養強化的政策，增加小麥營養價值，提高消費小麥的人口可獲的營養。從 2004 年開始，麵粉強化計畫組織推動之下，已經有 74 國採納強制性麵粉強化的政策，這些國家強化的營養素不同，但至少為鐵和葉酸。截至目前，實證資料整合分析顯示，葉酸強化減少 NTD 的效益在 46%。以效益與成本投入比來看，智利統計因為葉酸強化麵粉的改變，減少每年 109 個脊柱裂，每 1 元投入成本值回 12 元因減少 NTD 者而省下的治療花費。南非計算其效益與成本支出，倍數為 30 倍。美國估計每年少了 1000 名 NTD，投入成本約每年新台幣 9 千萬、減少醫療支出約為新台幣 4 億 3 千萬，為投入金額的 48 倍。

講者也提到食物強化營養素強制立法之必要，因可讓加工廠商以一樣的成本製造相同的產品；制訂添加營養素的種類與量，統一添加品質；容易監控與稽查，計算營養成分也較正確。建議各國穀類營養強化計畫推動時，要考慮國內文化與食物消費狀況，國人營養需求，廠商供需與添加特殊營養成分的能力，政府跨部門營養強化的聯合機制，及立法之必要。

最後由 World Spina Bifida & Hydrocephalus (IFSBH)副總裁 Margo Whiteford 演講” Neural Tube Defects – A Case Study”，該女士是神經管缺損患者，以其自身成長過程做個案分享。IFSBH 在多國設立分部，也與許多世界組織建構網絡，提供相關個案的照顧諮詢、成立關懷團體，在許多國家推動預防宣導、爭取病友人權等工作。

### (三) Communicating health

在10月3日下午平行會議之Communicating health場次,是討論在財務緊縮的時刻,如何將傳播預算花在刀口上是相當重要的,講者分享成功的倡議活動,及有哪些夥伴關係與溝通管道可以讓經費使用產生最佳價值。

歐盟有25%人口沒有規律運動,講者分享成功的媒體倡議,包括鼓勵孩童參加足球賽;與食品業者合作,降低供應食品分量大小、提供食品標示、減鹽食品、提供學校學童免費的水果、鼓勵增加動態的生活型態、健康飲食等。專家也特別強調在行銷通路與媒體選擇規劃時,要考慮低教育程度與使用資訊科技較少的族群,另行銷應使用正向訊息。已曝光的菸商內部行銷文件揭示年輕族群是其行銷的重點對象,同樣的生產不健康食品的企業內部文件也是以年輕人與孩童為主對象行銷,如糖果公司贊助運動活動,企圖藉由支持運動來讓民眾與其產品連結,降低其對健康不利的印象,也呼籲研究或活動不要接受菸商或酒商贊助。

公共溝通最大問題是政府以為對大眾的宣導已經發生效果,未來的挑戰將是提供的健康資訊的可近性及可負擔,政府須瞭解影響民眾想法的傳統因素,放下威權的政府身段,結合民間力量進行公共參與。

在10月4日上午接續的Communicating health場次,聚焦在如何使用資訊(ICT)做為健康傳播的最佳工具,如何透過傳播empower病人,讓他們成為一個驅動的力量來改善健康照護體系,及如何管理個人健康資訊。

歐盟成人吸菸率為28%,巴西為了鼓勵民眾支持在運動場不吸菸,以在巴西辦理巴塞隆納足球賽盛事時機,找明星球員當代言人,倡議球員不吸菸及觀眾拒菸,有效影響足球迷支持拒菸與戒菸,而教育部門也配合在學校傳播菸害防制相關訊息,這是透過政策制定者、社區、組織與個人的參與,一起為營造無菸害的健康環境努力的成功案例。

有關民眾對提供健康訊息提供者的信任度,歐洲研究發現,醫師最高,其次分別為老師、路人,而民眾對政府提供的訊息信任度最低。因此建議健康傳播一定要講實話,告知民眾為何要戒菸、為何要減少社區不利健康的食品,多數食品業者也有興趣生產有利健康的產品,他們也知有其社會責任。

### (四) Health systems sustainability

10月3日下午另一場平行會議為Health systems sustainability,第一場永續衛生體系的路徑:創造和維持財務空間(The Path to Sustainable Health Systems: creating and sustaining fiscal space)。由WHO歐洲區署衛生體系和公共衛生部主任H Kluge主持。有5個報告主題。第1位為衛生體系歐洲觀察之研究員Philipa Mladovsky,介紹經

濟危機下之歐洲健康體系應變(Health systems' responses to the economic crisis in Europe)。多數 OECD 國家在 2008-2009 年的 GDP 成長率是負值，但在公共健康花費上，仍有近半數是正成長。調查 53 個國家，有 45 國回覆，面臨此危機，衛生體系的應變，有些國家有新政策引進(如：Austria, Belarus, Bulgaria, Czech Republic, Greece, Hungary, Ireland, Moldova, Portugal, Ukraine)，有些修正政策(如：Denmark, Iceland, Finland, Kyrgyzstan, FYR Macedonia, Malta, Poland, Russia, Slovakia, Switzerland, Uzbekistan)，有些則持續或加速 2008 年前已進行的改革措施。對於衛生公務預算，多數國家刪減，尤其是資本投入。因為稅收或社會保險費減少，有些國家以增加健康稅、保險費率、增加菸酒稅等方式增加財源，有些以減少給付範圍或增加部分負擔等方式因應，但還是有些國家反而是減少部分負擔。此外，就是建立優先順序，增進資源配置效率，還有提高購買效率，合理訂定醫療服務價格、藥品的使用，以及改革支付制度。

第 2 位荷蘭衛生署長 Patrick Jeurissen，以荷蘭為例，介紹其財政支持與競爭式保險制度(Fiscal sustainability and competing insurance: the Dutch case)。荷蘭在 2006 年實施以管理式競爭為基礎的健康保險計畫後，多數保險人都會努力增加被保險人人數，以擴增經營規模。為避免逆選擇，政府定有許多規範，例如年初被保險人的公開申請、採用社區費率、按風險校正每人預算、綜合性給付保單等。制度的設計，希望保險人透過競爭，以提升效率和品質，減少醫療費用。實施結果，無論在強制保險或補充保險的行政成本明顯降低，而民眾年度變更保險計畫比率上升，但在品質指標上，其與醫療費用強度並無顯著相關。未來政府仍需加強組織效率，如治理模式、酬付制度、給付範圍、自付費用的管理，以及加強競爭效能比較的研究和高科技評估等，並加強對不適當照護的懲罰。

第 3 位 Estonia 健保基金健康照護部部長 Triin Habicht 說明 Estonia 健保體系實施之新支付制度對費用控制的成效(New methods of payment to control costs: the Estonian health insurance system)。Estonian 健康體系為強制性的健康保險，醫療服務提供者多為私人。健康照護的財源來自 Estonian Health Insurance Fund (EHIF)，其扮演醫療服務採購者角色，負責與醫療提供者簽訂合約，和支付健康照護服務和藥品費用、民眾緊急醫療的自墊核退。EHIF 需確保年度財務平衡。財源來自社會稅(以薪資為主)，長久由工作者支撐健保體系財政。年度預算來自 4 年期前瞻性的中程計畫，定有風險安全準備金以因應突發的收入減少或費用支出增加。在 2008 年經濟危機之前，EHIF 曾有 4 次因醫療費用支出增加而需加安全準備金的紀錄。因此，EHIF 實施費用控制機制，成本控制機制僅針對健康服務預算，至於緊急傷病、處方藥酬付則不限。費用的增加，引起給付範圍改變。但也增加偏遠地區的照護可近性。例如對緊急傷病受益的限制，改變給付範圍和價格表，但提高弱勢地區的就醫可近性。增加的醫療支出須與收入一致，以維持財務平衡。健康服務支付標準，係以成本為基礎，實施各式支付制度，如論量、DRGs、論人、P4P 等。對於醫

療院所，並未強制全部特約，每年與每位提供者財務方面的協商，包括價量嚴格限制、按季監控，超過部分予以折扣，但不會超過 30%。以上策略，讓 EHIF 可以避免財務赤字，即使歲收不足，以安全準備金支付，增加病人等候，而安全度過經濟危機。但未來仍有些潛藏危機，過度依賴薪資稅，失業率上升而無法工作者，將直接影響 EHIF 的財務健全。

第 4 位英國 the Nuffield Trust 首席經濟學者 Anita Charlesworth 介紹英國未來健康花費預估模式(Forecasting health spending in the UK - from Wanless to the Office of Budget Responsibility)，2002 年英國政府發表一篇有關未來健康趨勢的報告，此報告決定未來 20 年(至 2022 年)NHS 長期的財源和醫療資源需要。這是政府第一次公佈長期，以前都是一年或三年標準公務預算程式。直到 2007/2008 經濟衰退，才重新評估需求，以確保財政穩固。本次介紹現在英國的醫療保健支出情形，並提供長期預測結果。

第 5 位 OECD 健康部資深政策分析師 Michael Borowitz 說明財政部長在未來衛生體系財務永續的角色(Future Fiscal Sustainability of Health Systems: the roles of the Ministry of Finance)。多數 OECD 國家的醫療保健支出，以公立為大宗，且其占政府公務預算持續增加。且因人口老化、醫療需求上升、科技創新等因素，醫療支出成長率遠高於經濟成長率，許多國家都擔心重要公共支出會因此而受到排擠，衛生與財政部長試著進行控制醫療費用方案。OECD 國家最近組成財政支持網絡，今(2012)年 6 月在 Tallinn 會議，中歐、東歐就嚐試組成合作。東歐國家因為醫療花費尚低，所以公共支出是需要增加的。但健康保險體系過度依賴稅收，其需要更多元財源，才可因應人口老化和勞動力衰退問題。同時也需要提高衛生體系的效率，發展出許多衛生體系重組方案，最近 OECD 的研究發現，並未發展出可降低成本的體系型態。其試著去分析不同機構特性的費用控制、提高金錢價值的效果。Tallinn 會議同時有共識，認為短期緊縮衛生預算，雖可明顯控制醫療費用，但長期會有負面結果。長期而言，財政部長須和衛生部長合作，專注於提升衛生體系績效。建構長期穩定基金和使用多年期預算制。在過程中需有監控機制，避免醫療支出過度成長。同時政府應該持續發展多元健康收入來源。財政部長在衛生體系治理的角色越來越重，所以衛生部長和其之間的合作關係，將是未來衛生體系永續發展的關鍵。

10 月 4 日上午，繼續參加第二場 Health systems sustainability，永續衛生體系的路徑：對多重共病患者之支持(The Path to Sustainable Health Systems: supporting patients with multiple, chronic morbidities)。由歐洲公共衛生聯盟理事長 A Turnbull 主持。有 4 個報告主題，第 1 個為國際醫院聯會局長 Eric de Roodenbeke 說明，面臨多重慢性病患者的需要，醫院如何提供適切服務？(Meeting the needs of patients with complex chronic conditions: challenges for hospitals to deliver appropriate care)。不同型態的醫院，其角色及功能越來越不同，位在都市或鄉村、公立或私立，在政策與治理(管制、財務、規劃)、市場力量(資訊系統、人力資源、藥品、服務、醫療技術等

之管理與領導)、民眾需要與需求(預防、診斷治療、復健之照護、監督、協調、支援、安全、訓練、研究)上都不同。國際醫院聯合會(the International Hospital Federation)已發展共通醫院架構，以能有更佳分析及決策。將醫院視為一個生產體，醫院的生產模式需要更新。在國家層次，以市場導向的服務體系尋求更有效率的支付制度，並無方法學可強力證明健康結果和健康花費間有明確的正相關。市場機制的限制，醫療的經營並無明確朝向以病人為中心的方向前進，以生產模式觀之，醫院應從單一器官系統朝向依病人狀況，建立矩陣型服務，初級照護也要以更有效率方法結合單一或複雜治療介入。面對挑戰，欲建立持續性照護，資訊的管理與合作扮演重要角色，因此，政策制定者應該：在支付制度要從單一付費和特定介入(solo provider)，朝向服務系統模式，目前的問題在於沒有認知到支付的整合性；在專業人員的教育訓練，要從以病人為中心的需要著手，由專科為中心的組織轉型為以病人為中心的組織；管制體系最好從支援病人需要適當性進行；倡導低成本高效能的健康服務；公私立醫院具更重要角色與功能；重新澄清對初級照護(PHC)的討論；應有足夠資源投入體系效率(organisational efficiency)之實證研究及對民眾賦權(population empowerment, patient empowerment)等方向。

第 2 位歐洲病人論壇會員 R Johnstone，講說未來健康照護體系之以病人為中心服務(PUTTING THE PATIENT AT THE CENTRE OF FUTURE HEALTHCARE SYSTEMS)。Europe Patient Forum 是 2003 年成立的 NGO 組織，致力於倡議病患優先的歐盟健康政策。以病患為優先的保健服務，可減少可避免的住院情形、更加效率化的資源分配、提升服務品質及建立病患賦能(Patient empowerment)。可透過給予病人易懂及高品質的醫療資訊來 empowerment 病人，透過健康素養(Health literacy)的培養，提供病患能容易瞭解之相關醫療資訊，並且可藉以作出自身健康相關的決策。以病人為中心的醫療服務是醫療永續化的條件之一，並且可讓慢性病人能管理自身病情，提升生活品質。

第 3 位荷蘭 Amsterdam 大學醫學院研究員 Thomas Plochg 演講因應共病時代的挑戰，健康專業人員重塑(Another pathway towards sustainable health systems: reconfiguration of health professionals to meet the challenge of multi-morbidity)。現行健康體系存在非持續性是一個重要議題，提升醫療專業人員處理共病，是許多健康政策認為可提升價值的共識途徑，大部份 OECD 國家都面臨共病的挑戰，其占 50%的疾病負擔。健康人力不足反映民眾健康需要的改變。形成在標準化臨床指引、成本快速增加、人力危機的共通性問題。政府和其他核心利益關係者尋求引進管制、管理和市場機制，但卻僅有部分影響或失敗，反而深化醫療片斷化和過度專科化。21 世紀醫療專業人員該有什麼樣的形塑(reconfiguration)，如何達到，荷蘭三個政策參考典範：人力政策計畫、預防及健康促進在全國品質政策上的具體化、健康照護持續性財源的辯論。

第4位丹麥病人安全協會執行長 Beth Lilja 講說增進品質、病人安全與管理健康照護成本，太好而無法實現？(Improved quality, improved safety and containing healthcare costs - too good to be true?)。面臨財政壓力，和未來人口變遷，品質提升並不顯著，品質不良的代價是非常昂貴的，支援品質提升，同時可以省錢和節省資源。於此介紹如何確保和去除所有醫療過程中的浪費的方法。

#### (五) Governance

10月4日中午參與午餐研討會：治理－政府治理對永續衛生體系有貢獻嗎？品質確保和效率議題(Governance—Does governance contribute to sustainable health system? Quality assurance and efficiency issues)，經濟危機一波一波接踵而來，若干歐盟國家更面臨債信問題，使得需要高度國家主導與支持的健康財政(Healthcare Financing)成爲歐洲重要議題，聯合國衛生組織歐洲區辦公室(WHO Regional Office for Europe)特別安排本討論專題。本專題由主辦單位 WHO 歐洲區辦公室健康體系及公共衛生組(Health Systems and Public Health Division)主任 Dr. Hans Kluge 主持，報告人及與談人亦多爲該辦公室及合作機構之主管。

主辦單位首先說明辦理此專題討論的緣由，在於歐洲國家財務吃緊，政府支出必需獲得高價值回饋(more value for money)。既然對民眾之健康保障無法縮減，健康照護的核心價值—公平與品質(equity and quality of care)也不能犧牲，只能期待藉由健康服務間之整合，以兼顧效率及病人安全。此需仰賴體系能成功地設定健康議題之優先順序、重整衛生團隊、明確課責並評估績效，以導引體系朝向效率改善之方向前進。

WHO 歐洲區辦公室建議健康治理必須涵蓋下列三個重點，以使健康政策及行動能產生所期待的健康結果：

- 一、 確定應優先改善的健康領域(specification of priority health improvement areas)。
- 二、 確保上述領域之核心服務民眾得以享有 (ensuring high levels of effective coverage of core services in the priority health improvement areas)。
- 三、 排除限制上述核心服務獲得之健康體系障礙(removing health system barriers that limit the coverage of core services)。

為協助會員國在執行面強化治理能力，WHO 歐洲區辦公室另訂定健康體系的治理計畫(The Health Systems' Governance Programme)，與各國共同發展政策工具，運用科技以協助健康體系設定政策的優先順序，強化組織與管理，監測、評估執行績效，並落實課責制度。

首先由 WHO 歐洲辦公室衛生體和公衛部門資深顧問 Alejandra Gonzalez Rossetti 報告「衛生治理與其對永續衛生體系之貢獻」(Health governance and its contribution to sustainable health systems)。要真正測量這次經濟危機對歐洲各國政府財政配置是件困難的事。大家都同意，從 2007 年後，全球 GDP 大幅衰退、國家預算赤字和歲收減少、健康照護支出平均成長幅度受到壓制、更嚴格評估健康照護計畫和服務的成效，並審慎檢視其執行過程的組織與管理。對於費用管控，有幾項路徑，第一，緊縮規模，例如限制移入人口、增加病人的部份負擔、減少給付項目或增加等候期等，但其都有不良效益，如：對弱勢民眾不利、增加就醫障礙等。第二個方法是增進效率，評估需要的資源優先順序、僅提供有效的服務等。所以治理重點在於促進衛生體系的轉型和健康照護系統的重組，以適應新的環境和未來的不確性。治理的功能在於設定優先順序和發展政策、組織和管理、課責性、監測執行過程與評價。這中間有許多關鍵過程需去形成。政府在衛生網絡的領導角色，可能是主要購買者，或扮演擴散者，或是監督者，為各利益團體的仲介者，及促進其共同合作行動。

第 2 位講者 Juan Tello，提出病人安全的衛生體系治理-跨國比較(health systems governance for patient safety: country-case studies)。病人安全的情形如何呢？有 23%歐洲公民表示，曾直接遇過醫療失誤的問題。歐洲住院病患中約有 8~12%經歷過醫療失誤或不良事件。每 20 個住院病人中，約有 1 個會因衛生問題而引起感染(每年約 410 萬人)；在英國約 10%的住院人次因不良事件而增加 3~10 日的住院日數(每個案大概多花 5,000 至 12,500 英鎊)。從上述衛生體系的治理功能來說，在設定優先順序和發展政策上，政府可以訂定全國性病人安全策略、計畫和準則/目標；在組織和管理面上，政府可以協調衛生體系中的各網絡相關者、確定政策優先執行的範圍、投入服務、人力、財源在重點項目上。

最後是課責，如確認關鍵者，評估資源投入情形，賦予及評估關鍵者績效，而在績效監測和評價上，則要建立評價重點，並將評價結果揭露給政策制定者。作者並臚列英國、丹麥、愛爾蘭、斯洛維尼亞共和國在病人安全上的治理的作法及其成果。衛生體系上政府的治理在執行計畫、提供服務和創造合作網絡，仍扮演重要角色。

第3位講者 Ludovica Banfi，比較奧地利、捷克、義大利、瑞典和英國，在年齡、性別、區域等弱勢族群品質上的公平問題，共收集 300 份問卷。弱勢族群多有就醫障礙問題，可能是在語言溝通、財務、資訊、文化和心理層面等方面，造成其可能延緩治療、被拒絕、缺乏尊嚴、照護品質不良、缺少資訊、困窘等醫療上的不公平或歧視。調查結果，可知其不足，包括：缺少知曉抱怨管道、不相信抱怨會被重視、擔心如果抱怨會受到醫療人員的懲罰、沒有可用管道、對抱怨持負面態度、沒有時間和能力去抱怨等。公平正義上可近性障礙：不滿意者中，極少會抱怨、遇到醫療疏失或不良醫療，律師極少會使用反歧視法案路徑處理、即使訴諸法律，也少有獲得賠償、容易被醫師或醫院質疑其不公平治療是主觀判斷、缺乏對歧視的認知。

與談人及所有與會者皆同意，不但各國之健康體系需要整合，聰明治理，乃至國與國間、區域與區域間，都需要相互合作，共同治理。只是隨著健康體系之夥伴及關係人 (stakeholders) 越趨複雜，責任歸屬越來越難以認定。尤有甚者，健康體系外的因素，包括經濟、政治、社會及環境的改變都對健康有高度影響。協調、整合、回應這些不同領域、不同角度、不同利益之關係人，實為健康體系領導人一大挑戰。

#### (六) Non-Communicable Disease: Prevention policy and health system response

在 10 月 4 日下午本局承辦的「Non-Communicable Disease: Prevention policy and health system response」第一場次上，第 1 位講者 Dr. Clare Leonard (Director of Scientific and Regulatory Affairs and Nutrition, Kraft Foods Europe) 演講「The role of industry in combating NCDs」，介紹 Mondelez 國際食品公司，近 10 萬名員工分佈於 75 個國家，在歐洲就有 2 萬 6,000 名員工，旗下食品產品主要有五類，政策上有三個 P，改良產品之營養成分、促進健康生活型態的夥伴關係，對所行銷的產品負責任。幾乎全世界的消費者都希望吃得更健康，但消費者不會在產品口味上妥協，因此提供較健康的產品要兼顧口味的需求，承諾改善產品配方 (如增加全穀類、減少飽和脂肪) 來減少慢性病的威脅。在夥伴關係上，其投資於相關教育計畫來支持健康飲食的攝取與增加體能活動。表示是首家公司於產品標示所有成分，承諾不對 12 歲以下兒童行銷，也不對小學生促銷，相關的承諾政策並由第三團體進行監測。

第 2 位講者 Prof Anna Gilmore (Public Health and Director of Tobacco Control research group, University of bath, UK) 演講「The influence of industry on public



health: understanding & addressing the corporation as a determinant of health 對公衛之影響：瞭解及面對企業健康之決定因素」，主要闡述企業及其產品對公衛及公衛政策極具影響。2000年，前100名的企業控制了全世界33%的資產，這些企業主導了我們的生活，因此，企業應被視為社會結構面之健康決定因素。第二次世界大戰後，新自由主義的興起，企業作為智庫或遊說政策決定之角色日增，包括對國情之相對影響力不斷增加。由於主要產業之產品對全球疾病負擔之影響日增，非傳染性疾病已然成為工業化之流行病（主要來自有害健康之商品化製品），因此，應以傳統之宿主（消費者）、致病源（菸酒）、環境及病媒（菸酒與食品之製造商），之觀念架構來解析其影響。

營利機構之原動力來自追求其股東之最大利益，因此任何減低其產品銷售或利潤之公衛政策，因違反其經濟利益而會被反對。從菸商內部檔可以看到，菸商總體戰略是積極地以所有資源在任何時地，對抗任何會減損其生產效率及行銷效果之企圖。即使企業面對利益衝突是製造有害健康產品，其追求利潤之本質，讓他們應對政策之方式是很不一樣的。

因此在2001年WHA大會提醒會員國應對菸商與其相關代表有所認識，並對菸商不斷使用之破壞性手法保持警覺。在菸草框架公約（FCTC），也明確且強烈建議政府應採取行動使公衛政策不受菸草業者影響。但在WHO出版的降低酒精危害的全球策略書中，未提及如何免於製酒業影響之政策。

菸商之企業社會責任倡議看來是虛假的，是吸收非政府組織來倡議自願性非管制性政策的新招式，並用以分化公衛團體，因此我們應杜絕與菸商結盟或夥伴關係之連結。極多證據顯示酒類及食品業者與菸業之作爲是一樣的，其阻止或延遲公衛措施之行動有高度相似性，他們藉相同之智庫以相似之戰術和提議來影響決策，如聚焦論述個人責任才是原因，故介入個人教育才是重點；政府之行動違反個人自由；指控或毀謗批評者為國家極權之擁護者；挑戰既有實證或提出有利業者之證據。講者強調，企業利益與公衛目標之利害衝突非僅限於菸品，於其他領域亦應有此認識。

第3位講者Chris Bonell (Professor of Sociology and Social Intervention, University of Oxford)演講「A nudge in the wrong direction: the limitations of the UK government's approach to public health 英國政府在公共衛生政策是否做了錯誤的決定”，提到英國政府以希望企業自願性的配合政府在健康飲食、飲酒、身體活動、職場健康與行爲改變上的相關政策，來取代立法管制的責任（如減少食品含鹽分、超級市場酒類不要放在顯著位置、降低啤酒濃度等），質疑此作法是公共衛生政策上錯誤的改變。

後續由本局邱淑媿局長演講「Whole Society Development Against Obesity: Strategy or Fantasy?」，分享臺灣的致胖環境、成人與兒童肥胖與過重盛行率與其他國家的比較、肥胖的健康不平等，以及以五大行動綱領進行的全國性的健康體重管理介入計畫，包括結

合相關政府與民間團體的夥伴關係、企業承諾與研擬相關法令等，獲得與會者對臺灣經驗的興趣與詢問。



第 5 位講者 Judith Watt ( Director, NCD Alliance) 演講「The challenges of advocating for effective NCD policies 有效倡議非傳染病政策的挑戰」，提到政府應採取行動因應日益增加的菸品消費，如強化對大眾（特別是學童）教育菸草對健康的危害，多些菸品銷售給學童的限制，限制菸品廣告，更廣泛的限制在公共場所吸菸，提高菸稅、提供菸品尼古丁與焦油的成分資訊給購買者，調查反菸診所協助戒菸的困難。除對抗菸品外，慢性病防治政策還包括，因應食品企業販售較不健康的產品（含糖飲料、高熱量漢堡、糖果洋芋片等），及民眾不動生活型態。講者亦分享顯示食品企業對孩童促銷的案例，如墨西哥可口可樂公司提供免費可口可樂給學童喝。

在 10 月 5 日上午本局承辦的「Non-Communicable Disease: Prevention policy and health system response」第二場次上，首先由國民健康局邱淑媿局長代表衛生署邱文達署長演講「Health system response to NCDs: (some) Organizational and Financial Innovations in Taiwan 衛生系統對非傳染病防治的因應：臺灣組織及財務變革經驗」，分享臺灣十大死因的趨勢，早期診斷（預防保健服務與社區整合式篩檢到點服務）、NCD 防治之財務機制、實證為基礎之疾病管理與醫療品質資訊公開、以糖尿病防治為例說明推動成效，並以高齡友善健康照護機構認證闡述醫療機構提供整合性服務之設計。



第 2 位講者是國立新加坡大學衛生體系與政策教授，Bert Vrijhoef 演講荷蘭的整合性慢性病照護之包裹給付(Dutch bundled payments for integrated chronic care)。許

多國家都在尋求整合服務體系的更佳模式，以提供更有效、更省錢的醫療服務。現在的照護系統多是為急性病問題而設計，強調診斷和治癒取代健康/福祉和預防，以及專業間彼此缺乏合作、越來越多慢性病和老人照護需要、病人缺乏參與決策、自主管和評價健康體系服務績效，加上資訊共用不足等等，以上皆顯示，健康照護體系需重新設計。荷蘭在 2006 年開始進行健康照護體系的財源改革，2008 年起進行慢性病照護改革，朝向計畫型模式，包括：包裹式支付(保險人對提供某一疾病整合性服務的主要照護團體一年期單一支付費用)、照護團隊(合法組織，由一般科醫師主導，整合各專業人員)、照護準則。包裹式支付費用中，特定疾病照護準則所列的初級照護和專科門診醫師費用內包，但其他疾病、藥費、住院費用則另計。該項計畫模式發展情形，在 2006~2009 年糖尿病有 10 組照護團隊試辦，2010 年推展至全國，2010~2012 開始導入 COPD、VRM。對於包裹式支付制度的評價，透過利益關係人會議、成本分析等。目前進行評價還算太早，畢竟實施年度不算太久，而且只有糖尿病計算比較成熟。就費用占率來講，糖尿病有 80%、COPD 有 30%以包裹式方式支付；有形成結構式聯盟，成員為一般科醫師、護士、物理治療師、內分泌專科醫師、眼科醫師。從結果面來看，病人有更好的遵從醫囑，對於次級照護的需求減少，但成本費用增加 3%，包括投入在初級照護的費用、住院費未減少、增加對照護團隊的雙重支付費等。當然不同照護團隊間存在差異性。作者認為，試辦期比預期中的時間更長，而在進入包裹式支付制度前，須先建立必要符合項目的要求，而且這種支付方式僅是真正朝向區域型整合照護模式的中間步驟。

第 3 位法國講者 Isabelle Durand-Zaleski 演講「Financial incentives in France: from CAPI to public health targets」，分享該國社會健康保險部門(SHI)在 2009 年起提供財務誘因給開業醫師，發起一系列與個別開業醫師簽定契約，此績效支付機制，係在傳統服務給付與慢性病的論人計酬之外。其誘因設計，在鼓勵開業醫師提供對氣喘、糖尿病、高血壓的個案照護管理，及流感疫苗注射與乳癌篩檢、還有對無特定療效及可能有危害藥物使用之自我管制(如血管擴張劑、Benzodiazepines 類)、與控制支出(如鼓勵開立學名藥處方，如氫離子幫浦阻斷劑、降血脂、抗憂鬱、抗高血壓、抗生素；及選擇價廉的降血脂藥、抗高血壓藥、抗凝血劑)，如達到所設定的目標，每年有 5,000 歐元上限的給付。此制度雖然一開始遇到全國性醫師團體、藥廠、衛生機關的抵制，但最後有 16,067 位醫師參加簽署契約(佔該國合格醫師 38%)，第 1 年平均給付額度為 3,100 歐元，最高得到 8,000 歐元。2012 年此制度修改，有 29 項照護品質與效率指標項目(如流感注射、子宮頸癌篩檢、抗生素使用、鎮靜劑藥物使用天數、及對糖尿病人 HbA1C 及低密度膽固醇追蹤等)，合計 1,300 點，每點點值為 7 歐元，期望平均每位醫師每年有 4,500 歐元的給付，預定最高收案 800 人(16 歲以上)。

第 4 位講者 Taavi Lai (Ministry of Social Affairs, Estonia)，講題為「GP' s

voluntary quality bonuses in Estonia」，介紹該國 primary health care (PHC)的歷史發展，及提供開業醫師的品質獎勵(Quality bonuses)。該國在 1997 年建立基層健康照護體系，健康照護基金總額分配為：基本總額 (Base funding) 佔 11%、偏遠地區補償款 (Distance compensation) 佔 1%、論人計酬(Capitation) 佔 67%、檢查與檢驗(Test and lab fund)佔 20%，及品質獎勵保留款(Quality bonus)佔 1%。有關提供開業醫的品質獎勵保留款制度始於 2006 年，基於建構以 PHC 為中心、具守門人功能、病人診療路徑、慢性病管理，與照護不中斷的理念，由開業醫師與該國的健康保險基金(Estonian Health Insurance Fund)合作，獎勵保留款用於疾病預防，及慢性病人監測與追蹤，2011 年在疾病預防項目有疫苗注射、兒童健康檢查、入學前健檢、膽固醇檢測，慢性病包括第二型糖尿病、高血壓、Stenocardia 及心肌梗塞、Hypothyreosis。此保留款可彈性依疾病改變的需要進行調整分配，且直接連結到治療指引，創造系統性的病人追蹤與績效評估的額外誘因。

第 5 位講者 RAND 歐洲分公司的健康與健康照護部主任 Ellen Nolte 介紹歐洲慢性病管理模式(Approaches to chronic disease management in Europe)。其比較急性病和慢性病在發生時點、發病期程、原因別、診斷和預後、治療介入、結果、不確定性和知識等特質上的不同，因而照護模式也極為不同，慢性病治療的目的會著重在增進身體功能狀況、減少症狀、經由次級預防延長生命，和提升生活品質，要達上述目的，需要提供長期性綜合性治療、各醫療專業的合作、提供具可近性的必要醫療和監測系統，以及促進病人主動參與(engagement)。目前有提供那些整合模式呢？統計各相關研究，包括改變醫療提供者間的關係(如個案管理、多元專業團隊等)、臨床活動的整合(如聯合諮詢、分享評估等)、促進提供者間的溝通(如個案合作)、對臨床人員的支持(如系統提醒員等)、合作支援資訊系統、醫療/社工服務人力支持(如教育、提醒員、助理等)，研究結果顯示，對健康或服務提供者的滿意度比較有幫助，成本節省效果則不佳。調查各國對慢性病患者照顧之持續性，德、法國有近 6 成以上病患覺得合作性缺乏，而法國、德國、荷蘭、挪威、瑞典有 6 成以上病患覺得轉診計畫有未持續性(gap 存在)。病患參與自我管理，瑞士和英國有 6 成以上病患參與，至於簽訂管理契約，則觀察之 10 國均不到 3 成。因應疾病負擔問題，須發展及執行結構式的慢性病疾病管理，許多國家都嚐試發展更具合作、持續性的健康照護系統模式，審視 13 個歐洲已開發國家，多數都集中在糖尿病、氣喘/肺阻塞、心血管疾病(慢性心臟衰竭、中風)、癌症、精神疾病等病患，一般管理模式都放在老年人身上，方法例如：照護合作(GP 擔任協調者)、多元團隊(由 GP 領導)、照護為導向的方式(管理式轉介和個案管理)。各國均透過結構式疾病管理，強化合作性，推動各全國性和區域性計畫。照護體系加入許多非醫療專業人員，而 GP 或家庭醫師維持基礎照護提供者和協調者角色。此外，許多國家開始出現以護理為主的診所或個案管理，挑戰傳統由醫師主導的初級照護模式。減少機構(部門間)的障礙，管理初/次級照護，次級/復健之間介面的持續性，以及管理健康和社會照顧間的介面問題。成立基金，以支援保險人和提供服務的醫事提供者，並提供財務

誘因(對保險人、醫事提供者、病患)。

第 6 位講者來自倫敦大學 Cécile Knai( London School of Hygiene & Tropical Medicine, 演講「Understanding the policy context of chronic care in Europe」, 分享所執行的計畫目的包括對歐洲六個國家目前慢性病照護方式進行回顧, 收集慢性病個案管理政策, 及瞭解有利慢性病照護發展與執行之使能因數與阻礙因數, 在歐盟選定一些區域進行疾病管理評價方法與量測指標效度之測試。該計畫對政策決定者、費用支付者、照護提供者、病人團體等單位進行訪談, 發現有效且協調的慢性病照護(effective and coordinated chronic care)關鍵因素有, 在每個階段都能導入危險因數的減除與疾病預防、以強有力的政治支持、有永續的財源與適當財務誘因、具技能與動機的職場、支持性的資訊科技、系統性的支持病人參與自我管理、系統性地進行評價工作。而各國均面對評價的挑戰, 因缺乏評值的觀念與文化, 且執行評價之量能亦有所不足, 費用支付者與照護提供者亦不樂意參與評價工作。

而阻礙病人主動參與的因數, 如非常不穩定的財源與執行障礙, 因此以法國來說, 將訓練病人自我管理納入該國 2009 年的公共衛生法中。講者也提到慢性病個案管理成功的條件, 包括健全的基層照護系統; 病人自選決定; 明確的領導與政治決心; 強調以實證為基礎的醫學教育訓練與執行後評價的重要; 相關之資訊系統與資料收集; 醫療相關人員參與指標討論, 並對訊息瞭解內化(如護理學校正將以護理為領導的慢性病管理觀念納入教育訓練中)。

#### (七) Active and Healthy Aging

10月4日下午「Active and Healthy Aging」場次, 主要在介紹討論執行中之 European Innovation Partnership (EIP) 歐盟健康老化創意夥伴計畫內之相關行動計畫, EIP 目的在經由跨領域的合作, 確認並排除相關創意障礙, 目前已有各類組織同意參與此一議題, 在連續舉辦二次總體策略與行動計劃之工作坊後, 已確認跨機構領域合作之明確加值定義, 並確認自 2012 年開始展開幾項行動及 2012-2015 之成果指標。有關老人常見衰弱議題「跌倒」, 聚焦於使用整合性計畫來預防、早期診斷及有效處理高齡者其生活及認知功能之減退, 至於二項功能之衰退在高齡者的發生率極高, 因此導致跌倒、不活動及意識障礙衰弱的老人, 很容易因此導致各種不良的健康結果, 且耗用可觀的社區、醫院與長照資源。因此, 老人的衰弱需要前瞻專業及跨機構的參與, 且組織、技術及醫護模式都需有創意的改變, 使資源及健康介入更能有效使用, 以達成增進健康、改善生活品質、降低疾病惡化, 預防不必要住院的最終目標。

相關措施係聚焦於以議題解決方式於整體衰退週期中: 增進對於老化及衰弱之發生有關之知識; 發展篩檢工具, 俾應用於生理、認知及營養衰退之初級與二級預防; 治療策略要聚

焦於認知、生理及營養衰退之健康管理措施，並發展慢性照護模式，聚焦於高齡者與醫療團隊偕同自我照顧，並適當使用 IC 科技；以多重成果指標評估上述策略之成果對策；經由教育研究發展商業模式，納入日常生活之永續應用模式。

#### (八) Health literacy

此外，亦參與 10 月 5 日上午之早餐會，主題為「健康識能」。面對平均餘命和健康餘命延長、健康及醫療系統的擴大、私人健康市場的快速增加、健康議題對於社會和政治的支配力，以及各界將健康視為個人目標和公民權之社會現況，健康識能不只是個人必要的生活技能，同時也是公共衛生重要責任、社會資本的一部份，亦是重要的經濟議題。

為建立歐洲健康識能調查研究網絡與建立結構性測量方式，歐洲在 2009 至 2011 期間辦理健康識能調查(The European Health Literacy Survey ; HLS-EU)，由荷蘭 Maastricht 大學主辦。依研究團隊發展之概念架構，瞭解民眾從個人知識、動機和能力，去取得、理解、評估及應用相關健康訊息，進而判斷及決定如何利用健康照護、疾病預防及健康促進，以維持健康及改善生活品質。

而健康識能與教育息息相關，並攸關健康資訊或宣導資料之理解與運用，透過健康識能之監測，有助找尋與民眾溝通適用的語言，並利營造更具支持性之環境，以及提高民眾教育或宣導之成效，進而增加投入經費之效益。

#### (九) Closing Plenary: Health in an age of austerity

依據統計，在 2012 年全歐有超過 2 千 5 百萬的失業人口，有一成以上失業期間長達 17 個月以上，在經濟緊縮時代，許多國家不得不縮減其在醫療相關經費的投入，在這種情況下，更要注意任何決策對經濟相對弱勢人口的影響，以及弱勢族群是否得到應有的健康照顧。又以往健康照護較偏重在罹病者之照顧，而非健康照顧，日益蓬勃發展之資訊科技，或許有助藉由個人化健康照護服務之設計與提供，進而達到健康照顧與管理的目標。

就如同對教育或社會的投資，對健康的投資亦是對未來的投資，否則其所造成之後果將不止為經濟層面，也會降低民眾的生命品質。在資源不足的狀況下，更需要強調經費配置的合理性，由相關實證來支持對民眾健康有益的決策，從各種不同的方案當中，選取較具成本效益者，同時也必須重視投入資源之效率，以及提高對預防的重視，以減少民眾罹病成本及治療支出。此外，若這樣的經濟緊縮現象成為常態，要如何因應與設定優先順序，未來衛生單位的角色，必須更主動積極，並加強與相關部門的對話和合作，而非只是被動因應經費短缺或大環境的改變。


#### 肆、心得與建議

一、持續參與加斯坦歐洲健康論壇活動：加斯坦歐洲健康論壇為歐洲健康之重要討論平臺，


透過持續參與本項會議，可延續我國與歐洲國家在健康議題之交流與相互學習，增進我國衛生或健康促進成果之能見度，以及未來相關合作機會。

- 二、加斯坦歐洲健康論壇在議程設計上，各項議題參與討論者不僅是該領域的醫療專業人員，也包含與該議題有關的相關組織人員，令人印象深刻，在討論永續衛生體系議題也加入病友團體，就病人的需求發言，這在國內相關研討會上比較少見的；病人是健康照護的核心，從他們的觀點來談，可以刺激健康照護提供者提供符合其需求之服務，未來臺灣在辦理相關研討會時，應該也可做這樣的安排。
- 三、歐洲在面對歐債危機衝擊下，重新檢視相關應對方式，在政策面上，要提供具實證有效益的健康服務，且應重新檢視保險制度，另也透過 APP、e-Health 及病人增能（empowerment）等方式來提升病人健康識能，減少不必要的醫療耗損；臺灣在資訊科技發展上一直是佼佼者，如何善用臺灣的強勢發展健康教育及保健宣導是未來可繼續努力的方向。


# 附錄：授勳 Prof. Günther Leiner 相關報導



中央日報 網路報  
Http://www.ccn.com.tw



中華電視台



News 24 新聞台

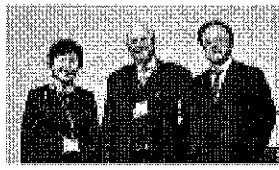
新聞新聞 電子郵箱 登入
正體中文版 繁體中文版 2012年10月8日 星期一
新聞 新聞 新聞

即時新聞：「本報社群」服務已轉移至「新華網」(07:20)
「本報讀者信箱」將正式與「新華網」(07:20)
「本報讀者信箱」將正式與「新華網」(07:20)

您的位置：首頁 >> 臺灣新聞
【大中 小】 【繁體中文】

## 中華民國邀歐美洲衛生論壇主席

http://www.ccn.com.tw 2012-10-08 17:38:32



中華民國衛生部「亞太地區歐美洲」論壇「加士坦歐美洲衛生論壇」主席黃光輝(中)，日前應邀到台北接受「2012 歐美生醫藥品發展及國際化論壇」開幕禮(左)，(原為地帶民視新聞採訪)中央社

**黃光輝/整理**

中華民國衛生部「亞太地區歐美洲」論壇「加士坦歐美洲衛生論壇」主席黃光輝，日前應邀到台北接受「2012 歐美生醫藥品發展及國際化論壇」開幕禮，並與該論壇主席黃光輝共同攝照。

中央社台北8日報導指出，黃光輝(Guenther Leiner)於1988年創立「加士坦歐美洲衛生論壇」(EuroAsian Health Forum/GaKaFo)，作為公共衛生和醫護人員的國際交流平台。

論壇每年10月舉行大型國際會議，邀請影響全球衛生政策的衛生官員及專家學者與會，並且支持報告台灣衛生醫療發展現況、衛生政策執行成果及學術研究成果，促進交流。

論壇4日開幕在加士坦市(Red Gate)舉行成立25週年慶典暨在主席交流晚宴，邀請單代表外交部長陳水扁，與比領事共同頒贈勳章給黃光輝卸下主席職位的榮銜。

陳水扁在致詞時指出，中華民國對黃光輝多年來支持衛生署代表參加論壇活動非常感謝，透過論壇，台灣與歐美洲的衛生主管機關能夠有定期溝通的平台。

黃光輝是奧地利著名內科醫生，1980年前2001年間擔任奧地利國會議員及國會衛生委員會副主席，也曾在歐洲議會人類委員會擔任代表。

「加士坦歐美洲衛生論壇」的國際會議由歐美洲執行委員會主管衛生的執委、歐洲各國衛生部長及高級主管、世界衛生組織(WHO)官員，以及國際非政府組織衛生團體代表及學界人士參加，已成為重要的衛生保健及醫療相關政策意見交流平台。

【中央網路報】



【國際政治、醫牙醫藥】2012-10-05 15:59:41

(中央社記者林琳柏林5日專電)中華民國頒贈「外交禮誼勳章」給「加士坦歐洲衛生論壇」主席萊納，感謝他協助台灣的國際參與。勳章由駐奧地利代表陳連軍與衛生署國民健康局局長邱淑媵共同頒贈。

萊納(Guenther Leiner)於1998年創立「加士坦歐洲衛生論壇」(European Health Forum Gastein)，作為公共衛生和醫護人員的國際交流平台。

論壇每年10月舉行大型國際會議，萊納都會邀請中華民國的衛生主管官員及專家學者與會，並且安排報告台灣衛生醫療發展現況、衛生政策執行成果及學術研究成果，促進交流。

論壇4日晚間在加士坦市(Bad Gastein)舉行成立15週年暨新舊任主席交接晚會，陳連軍代表外交部長林永樂，與邱淑媵共同頒贈勳章給即將卸任主席職位的萊納。

陳連軍在致詞時指出，中華民國對於萊納多年來安排衛生醫代表參加論壇活動非常感謝，透過論壇，台灣與歐洲的衛生主管機關能夠有定期溝通的平台。

萊納是奧地利著名內科醫生，1990年至2001年間擔任奧地利國會議員及國會衛生委員會副主席，也曾任歐洲議會人類基因會議代表。

「加士坦歐洲衛生論壇」的國際會議吸引歐盟執行委員會主管衛生的執委、歐洲各國衛生部長及高級主管、世界衛生組織(WHO)官員，以及國際非政府組織衛生團體代表及學界人士參加，已成為重要的衛生保健及醫療相關政策意見交流平台。1011005

