

出國報告（出國類別：會議）

出席荷蘭衛生、福利與運動部及比利時佛拉
蒙大區照護部等雙邊會議

Bilateral Meetings with the Netherlands Ministry of
Health, Welfare and Sport and the Flemish
Department of Care

服務機關：衛生福利部國民健康署

姓名職稱：魏璽倫副署長

周燕玉研究員

曾桂琴科長

傅千育技正

派赴國家/地區：荷蘭海牙、烏特勒支、阿姆斯特丹

比利時布魯塞爾

出國期間：114年5月31日至114年6月8日

報告日期：114年8月4日

本出國經費由菸品健康福利捐支應

摘要

為強化我國在人工生殖制度、健康促進及慢性病防治政策之規劃與執行效能，衛生福利部國民健康署赴荷蘭及比利時的衛生部門、當地醫療機構等進行雙邊交流與參訪，本次參訪聚焦二大政策主軸：

一、人工生殖制度之國際法制與執行機制借鏡

考量歐洲生育協會 (Fertility Europe) 與歐洲議會性與生殖健康權論壇 (EPF) 於 2023 年聯合發布《The Imperative of Equal Access to Fertility Treatments Across Europe》報告，針對 22 項生育平等指標進行國際比較，評估結果顯示荷、比在「歐洲生殖治療政策地圖」中並列榜首。然而，該等國家相關法規多以荷蘭文發布，並且人工生殖實施機構之品質規範與專業管理，係由荷蘭婦產科醫學會 (NVOG) 與荷蘭臨床胚胎學家協會 (KLEM) 協力主導。為此，本次特別拜會荷蘭衛生、福利與運動部 (VWS)、NVOG 及 KLEM 等機關，深入瞭解人工生殖機構認證、營運管理與人工生殖子女血緣知悉權之法制規範，作為我國《人工生殖法》及授權子法未來修正之重要參考依據。

二、從歐洲實務觀察強化我國三高慢性病防治策略

鑑於我國於 2024 年由賴清德總統提出健康台灣「888 計畫」，期望於 8 年內達成：8 成三高病患納入照護網、8 成照護網病人接受生活習慣諮詢，並達成 8 成控制率之整體目標。荷、比近年推行健康生活計畫 (Healthy Living)、社區健康促進介入、家庭醫師整合照護制度等，2024 年，荷、比、台年齡標準化糖尿病盛行率分別為 5.0%、5.9%、10.7% (國際糖尿病聯盟，2024)，荷、比、台糖尿病標準化死亡率分別為 13.3% (2023 年)、9.2% (2022 年) (經濟合作暨發展組織，2023)、20.2% (2024 年) (衛生福利部統計處，2024)。爰本次拜會比利時佛拉蒙大區照護部 (the Flanders Department of Care, Belgium)、歐洲健康網絡盟 (EuroHealthNet) 及邀請德國學者分享德國健保制度與實務應用，作為「888 計畫」實施模式設計之借鏡。

本次荷、比參訪，深化我國與歐洲國家在人工生殖法制、健康促進與慢性病防治政策之交流，提供具體國際實例，助益我國強化健康政策前瞻布局，回應少子高齡、慢性病與健康不平等等挑戰，亦為健康台灣「888 計畫」與《人工生殖法》修正，提供具體而實證的國際借鏡。

目次

| | |
|--|----|
| 摘要..... | 1 |
| 壹、簡介..... | 3 |
| 貳、目的..... | 5 |
| 參、過程..... | 6 |
| 一、參訪行程表..... | 6 |
| 二、出國人員..... | 7 |
| 肆、荷蘭海牙、烏特勒支、阿姆斯特丹及比利時布魯塞爾參訪..... | 8 |
| 一、拜會荷蘭婦產科醫學會（NVOG）..... | 8 |
| 二、國民健康署與荷蘭衛生、福利與運動部（VWS）之雙邊會議..... | 13 |
| 三、比利時佛拉蒙大區照護部（ the Flanders Department of Care, Belgium）雙邊會議..... | 17 |
| 四、參訪比利時布魯塞爾自由大學附設醫院之布魯塞爾 IVF 中心..... | 24 |
| 五、拜會駐歐盟兼駐比利時代表處..... | 33 |
| 六、歐洲健康網絡盟（EuroHealthNet）之雙邊會議..... | 34 |
| 七、拜會駐荷蘭代表處..... | 45 |
| 八、拜會歐洲人類生殖及胚胎學會（ESHRE）認證資深臨床胚胎學家暨荷蘭臨床胚胎學家協會（KLEM）之會員 Dr. Martine van Miltenburg..... | 46 |
| 九、「打造預防導向醫療：德國健保制度與實務應用」視訊會議..... | 51 |
| 伍、心得與建議..... | 55 |

壹、簡介

衛生福利部於 113 年召開 2 場次人工生殖修法議題公聽會，並於 113 年 5 月 14 日至 7 月 13 日對外預告人工生殖法修正草案，該草案內容擴大人工生殖適用對象至成立司法院釋字第 748 號解釋施行法第 2 條關係之雙方當事人（以下簡稱同婚者）及單身女性，並納入代孕生殖，社會對於修法之共識為優先考量人工生殖子女之最佳利益，然考量部分民眾及民間團體持續反對代孕生殖，又部分民間團體及專家建議尚需更加細緻並審慎研議代孕生殖規範及其配套措施，衛生福利部於 114 年年初函報行政院審查人工生殖法修正草案，期能人工生殖適用對象納入女同婚者及單身女性，尚需積極研議相關授權子辦法，另基於擴大不孕症治療補助方案自 110 年 7 月 1 日實施迄今近 4 年，宜持續精進相關方案。

考量歐洲生育協會（FE）及歐洲議會之性與生殖健康權論壇（EPF）於 2023 年聯合發布之《The Imperative of Equal Access to Fertility Treatments Across Europe》，從法規、人工生殖治療與胚胎基因篩檢及受術者心理支持等醫療服務之經濟支持、國家人工生殖資料登記制度、非匿名捐贈生殖細胞及人工生殖子女血緣知悉權等面向之 22 項指標，評估與分析歐洲國家，荷蘭、比利時及以色列在「歐洲生殖治療政策地圖」並列榜首，爰衛生福利部國民健康署與人工生殖政策制定者-荷蘭衛生、福利與運動部（VWS）召開雙邊會議，並拜會人工生殖政策之諮詢者、實務規範制定者及執行者-荷蘭婦產科醫學會（NVOG），以及研訂人工生殖實驗室規範有關之荷蘭臨床胚胎學家協會（KLEM）之會員及荷蘭基因學相關組織之成員 Medisch Centrum Kinderwens 博士，另參訪比利時布魯塞爾自由大學附設醫院之布魯塞爾試管嬰兒（In Vitro Fertilization, IVF）中心，廣泛蒐集人工生殖相關法令及實務作業資訊，以作為人工生殖法及其授權子辦法修正之參考。

另，為深化對歐洲健康政策及三高慢性疾病防治實務的瞭解與借鏡，本次拜會比利時佛拉蒙大區照護部（Flemish Department of Care），該區以「關懷鄰里（Caring Neighbourhoods）」在地照護模式，強調跨部門合作、社區參與與多元服務連結。此策略針對高齡與弱勢族群的主動服務介入，以及整合性的地區照護網絡建構，與台灣現正推動之社區整合照護模式高度相似。拜會歐洲健康網絡盟（EuroHealthNet）期間，交流涵蓋健康促進政策、兒童與青少年健康、疫苗公平、社會處方與數位健康素養等議題。該組織分享其於歐盟架構下推動之政策建議與跨國計畫經驗，並強調應將健康促進納入所有政策（Health in All Policies）視角，倡議透過結構性環境改變以提升全民健康。此外，邀請德國學者（黃漢平博士及陳克旻博士）說明德國醫療保健制度，包括法定與私人健保雙軌並行、家庭醫師為基礎之初級照護體系、慢性管理計畫（Disease Management Program, DMP）與全民健康檢查制度等，為我國推動「健

康台灣 888 計畫」參考。

本次出國行程感謝外交部駐荷蘭台北代表處與駐歐盟兼駐比利時布魯塞爾代表處之協助、支持與陪同拜會，以及荷蘭在台辦事處及台灣默克股份有限公司之協助，讓國民健康署可順利完成此出國行程。

貳、目的

- 一、拜會荷蘭婦產科醫學會（Dutch Society of Obstetrics and Gynecology）：請教荷蘭就實施人工生殖技術醫療機構之品質管理機制及民眾接受人工生殖技術服務費用之經濟支持政策，並分享我國擴大不孕症治療補助方案經驗，進行人工生殖相關政策之意見交流。
- 二、出席國民健康署與荷蘭衛生、福利與運動部（Ministry of Health, Welfare and Sport, Netherlands）雙邊會議：雙邊就人工生殖技術管理法令及民眾接受人工生殖技術服務費用之經濟支持政策，分享經驗並進行意見交流。
- 三、比利時佛拉蒙大區照護部（the Flanders Department of Care, Belgium）雙邊會議：瞭解其以「關懷鄰里」為基礎的社區導向照護模式，如何結合在地資源、數據分析與弱勢族群精準服務，並就健康促進、慢性病防治及癌症防治等政策，分享經驗並進行意見交流。
- 四、參訪比利時布魯塞爾自由大學附設醫院之布魯塞爾 IVF 中心：瞭解比利時醫療機構實施人工生殖之實務作業及環境，蒐集施術前就欲術對象之評估機制。
- 五、歐洲健康網絡盟（EuroHealthNet）雙邊會議：歐洲推動跨國健康促進計畫、社會決定因素介入策略、結合教育與慢性疾病預防措施，分享經驗並進行意見交流。
- 六、拜會歐洲人類生殖及胚胎學會（European Society of Human Reproduction and Embryology, ESHRE）認證資深臨床胚胎學家暨荷蘭臨床胚胎學家協會（KLEM，研訂荷蘭人工生殖規範之協會）之會員 Dr. Martine van Miltenburg：蒐集實施人工生殖技術之實驗室品質管理規範，以及人工生殖子女知悉其生殖細胞捐贈人訊息相關機制。
- 七、國民健康署與於德國推動智慧醫療的黃漢平博士及陳克晁醫師召開視訊會議：瞭解德國健康保險制度、慢性病照護計畫（DMP）與家庭醫師制度於慢病疾病管理的應用與成果。

參、過程

一、參訪行程表

| 日期 | 行程 |
|----------|--|
| 5月31日(六) | 自臺灣桃園國際機場出發，抵達荷蘭阿姆斯特丹史基浦機場。 |
| 6月1日(日) | 雙邊會議行程之工作討論會議與會前庶務工作準備完成。 |
| 6月2日(一) | 拜會荷蘭婦產科醫學會(NVOG)。 |
| 6月3日(二) | 1. 出席國民健康署與荷蘭衛生、福利與運動部之雙邊會議。 2. 搭乘陸運大眾運輸工具，前往比利時布魯塞爾。 |
| 6月4日(三) | 1. 比利時佛拉蒙大區照護部雙邊會議。 2. 參訪比利時布魯塞爾自由大學附設醫院之布魯塞爾 IVF 中心。 |
| 6月5日(四) | 1. 拜會臺北駐比利時代表處。 2. 歐洲健康網絡盟(EuroHealthNet)雙邊會議。 3. 搭乘陸運大眾運輸工具，前往荷蘭阿姆斯特丹。 |
| 6月6日(五) | 1. 拜會臺北駐荷蘭代表處。 2. 拜會歐洲人類生殖及胚胎學會(ESHRE)認證資深臨床胚胎學家暨荷蘭臨床胚胎學家協會(KLEM)之會員 Dr. Martine van Miltenburg |
| 6月7日(六) | 1. 打造預防導向醫療：德國健保制度與實務應用」(德國學者：黃漢平博士及陳克旻博士)視訊會議。 2. 自荷蘭阿姆斯特丹史基浦機場離開。 |
| 6月8日(日) | 返回臺灣桃園國際機場 |

二、出國人員



圖 1、本次出訪人員由衛生福利部國民健康署魏璽倫副署長（圖左三）率隊慢性疾病防治組周燕玉研究員（圖左二）與曾桂琴科長（圖右二）及婦幼健康組傅千育技正（圖左一）共同出訪，與我國駐歐盟兼駐比利時布魯塞爾代表處衛生組沈茂庭組長（圖右三）拍攝於比利時佛拉蒙大區政府之 MARIE ELISABETH BELPAIRE 辦公大樓門口。

肆、荷蘭海牙、烏特勒支、阿姆斯特丹及比利時布魯塞爾參訪

一、拜會荷蘭婦產科醫學會（NVOG）

荷蘭婦產科醫學會（NVOG）自 1887 年成立，該醫學會目前由 1,800 名婦產科醫生及住院醫生所組成，並成立多個工作小組，致力於促進婦產科醫學發展、制定婦產科醫學臨床指南與標準、婦產科醫學教育與培訓、婦女健康權益之保障、婦產科醫學相關國際合作、醫學倫理及法令規範相關議題之倡議，例如持續推廣婦女健康照顧服務納入多元性別及避免歧視概念。學會每年持續執行多項研究，依科學實證檢討修正婦產科臨床醫學指引及醫療機構之品質管理規範，及製作相關衛生教育及提升婦產科醫師形象影片等素材。



圖 2、國民健康署拜會人員與荷蘭婦產科醫學會（NVOG）接待者合照，荷蘭婦產科醫學會（NVOG）之理事長 Dr. Ron van der Heijde（圖 2 右三）、產科學委員會主席 Prof Dr. Christianne de Groot（圖 2 右二）、生殖醫學委員會主席 Dr. Jeroen van Disseldorp（圖 2 右一）出席。

各項人工生殖規範及民眾人工生殖醫療費用之經濟支持交流重點如下：

（一）輔助生殖技術（Assisted Reproductive Techniques, ART）中心（等同於我國人工生殖機構）之管理

1. ART 中心需獲得荷蘭衛生、福利與運動部（VWS）頒發之許可證，始得提供病患人工生殖技術服務，由荷蘭衛生、福利與運動部（VWS）、荷蘭婦產科醫學會（NVOG）及荷蘭臨床胚胎學家協會（KLEM）共同訂定品質規範，並一同監督

ART 中心之品質，該許可之審查內容包括實驗室品質規範、醫療品質規範、人員培訓、實驗室之室內空氣品質監控及設施設備規範，旨在確保為病患提供優質之人工生殖醫療服務，且荷蘭衛生、福利與運動部(VWS)可廢止 ART 中心之許可。

2. 荷蘭衛生、福利與運動部 (VWS) 提供荷蘭婦產科醫學會 (NVOG) 部分經費之支持，由荷蘭婦產科醫學會 (NVOG) 每 5 年對 ART 中心進行 1 次品質認證，另荷蘭衛生、福利與運動部之衛生與青少年保健督察局 (Health and Youth Care Inspectorate, IGJ) 亦可實地查核 ART 中心之體外受精實驗室。
3. 荷蘭共有 16 家許可之 ART 中心，可實施體外受精 (下稱 IVF) 及卵質內精子注射 (Intra-Cytoplasmic Sperm Injection, ICSI) 醫療技術服務，ART 中心必須建置品質管理系統且通過認證，大多數 ART 中心採用 ISO 9001:2015 規範，也有部分 ART 中心採歐洲人類生殖及胚胎學會 (ESHRE) 專門針對 IVF 實驗室之歐洲品質系統規範。
4. ART 中心應具備人員
 - (1) 至少有 2 名已於 NVOG 生殖醫學次專科醫生名冊 (Voortplantingsgeneeskunde, VPG) 中註冊之婦產科醫生，或經 NVOG 決定具有可證明之同等專業知識之婦產科醫生，每年至少執行 20 個取卵治療週期及 20 個胚胎植入週期，且由其中一名醫師負責最終醫療責任。
 - (2) 至少 2 名於荷蘭臨床胚胎學家協會 (KLEM) 註冊之臨床胚胎學家，或經荷蘭臨床胚胎學家協會 (KLEM) 決定具備可證明的同等專業技能之臨床胚胎學家。試管嬰兒實驗室由其中一名胚胎學家領導，該胚胎學家須在根據《人體材料安全和品質法》獲得相關體外受精實驗室認可證書上被列為負責人。
 - (3) 具備生育治療及不孕症患者指導領域之專業經驗之護理人員，且至少 1 名護理師必須持有荷蘭婦產科醫學會 (NVOG) 生殖醫學之護理師認證。
 - (4) 實驗室工作人員符合荷蘭臨床胚胎學家協會 (KLEM) 之體外受精實驗室部分品質標準的要求。
 - (5) 設有臨床遺傳學部門、臨床心理學部門及泌尿科，得由外部人員提供相關服務。
5. 醫師必須經年度繼續教育學分審查後獲得相關登記，荷蘭婦產科醫學 (NVOG) 會每年審查生殖醫學科醫師醫療行為有無符合規範、繼續教育、參加會議等內容後，其審查結果達到一定積分，始給予該醫師相關登記。

6. 每家 ART 中心必須向國家試管嬰兒登記機構通報施術數據及併發症，以活產率及每次植入胚胎數為關鍵績效指標評估 16 家 ART 中心之醫療品質，且每年對外公布 16 家 ART 中心的活產率及懷孕率，若 ART 中心之病患年齡多屬高齡，則可於相關數據下標註受術女性年齡會減少人工生殖之成功率。
 7. ART 中心實施人工生殖技術必須遵循知情同意原則，病患在接受治療前需簽署知情同意書，充分瞭解治療的風險、成功率、費用等。
- (二) 受術對象於施術前由 ART 中心評估其是否適宜受術，其評估項目包括受術對象之病史、過去妊娠史、規律性生活 1 年以上仍未生育之情形、受術對象及其伴侶有無兒童虐待或暴力紀錄或既有子女被家庭外有無被安置，又生理檢查項目包括精液之精子數量及活動力分析及輸卵管功能檢查（電腦斷層掃描、子宮輸卵管攝影、子宮輸卵管泡沫超聲波檢查（Hysterosalpingo-contrast Sonography, HyFoSy）），並視欲受術對象有無心理諮商或評估之需求，若欲受術對象經初步評估有心理諮商或評估之需求，則由心理師為該等對象進行心理諮商並評估其心理健康情形，有時需由倫理委員會做出不孕症治療相關醫療決策，並對於所有受術對象均採一致性之評估項目與規範，但 ART 中心係透過詢問方式評估，致 ART 中心不能完全確認相關子女最佳利益評估資料之正確性。然荷蘭法規並未規範 ART 中心於施術前進行人工生殖子女最佳利益評估，若 ART 中心評估欲受術對象，懷疑其兒童照顧能力，也會請外部專家協助評估。
- (三) 胚胎植入數之規範：荷蘭法規及婦產科醫學會均訂定胚胎植入數相關規範，38 歲以下婦女採單一胚胎植入，年齡超過 38 歲之婦女得植入 2 個胚胎，爰荷蘭有 95% 植入治療週期採單一胚胎植入，係因體外受精及胚胎冷凍方法之精進。
- (四) 代孕生殖：
1. 實施代孕有嚴格之規範，目前主要提供疾病因素或醫療需求之借腹型（非基因型）代孕生殖醫療服務，例如無子宮之不孕夫妻，並自 2024 年始提供男同性戀伴侶代孕生殖醫療服務，故迄今極少數個案為男同性戀伴侶。荷蘭目前尚未有單身男性進行代孕生殖之案例。
 2. 委託代孕者僅可提供代理孕母必須之醫療及照顧費用，荷蘭刑法訂定有償代孕之處罰規定。
 3. 目前僅 2 家醫院提供代孕生殖服務。

4. 依法代理孕母為代孕生殖子女之母親，委託代孕者則需透過收養程序，始能成為代孕生殖子女之父母。目前正在研議修正代孕生殖子女之親子關係相關法令，可能要許多年後才會完成修法。

5. 代孕均採非匿名方式。

(五) 荷蘭國民生殖醫學相關醫療費用之經濟支持：

1. 國家法律強制民眾投保醫療保險，目前 3 家醫療保險公司提供強制醫療保險，所有病人就醫前須由其主責之家庭醫學科醫師為初步評估後，轉介相關專科診所或醫院，然異性戀夫妻或女性仍可選擇 ART 中心。

2. ART 中心就未滿 38 歲之欲受術女性，使用模型預測其懷孕率，若預測該婦女懷孕率高於 30%，會先觀察欲受術之異性戀伴侶 6 至 12 個月之後，ART 中心就觀察期過後仍未懷孕之異性戀伴侶或預測懷孕率低於 30% 之婦女，提供 3 至 6 個治療週期之人工授精 (Intrauterine Insemination, IUI) 服務，經 IUI 治療仍未懷孕者，則提供 3 個治療週期之體外受精 (In Vitro Fertilization, IVF) 治療，前述費用均可由強制投保之醫療保險全額給付。

3. 38 歲至 42 歲之有異性戀伴侶欲受術女性，僅提供 3 次 IVF 醫療服務，並由強制投保之醫療保險全額給付相關費用。

(六) 荷蘭重視兒童最佳利益，荷蘭推動 Not Pregnant Now 計畫，透過培訓醫療專業人員於提供民眾健康照護服務時預，針對低智商婦女、低收入等弱勢婦女，鼓勵採取避孕措施及避免生育下一代。

(七) 荷蘭產檢下列項目

1. 懷孕 8 至 13 週血液檢查 (肝炎、HIV 等性傳染病及血型等檢查)。

2. 懷孕第 10 週，使用非侵入式產前檢查 (Non-Invasive Prenatal Testing, NIPT) 對胎兒進行唐氏症、愛德華茲氏症候群或帕陶氏症候群等檢測。

3. 懷孕第 12 週至第 14 週，進行孕婦第 1 次超音波檢查，懷孕第 18 週至第 21 週，進行孕婦第 1 次超音波檢查。

4. 懷孕第 22 週，進行百日咳及流行性感冒等疫苗接種。

5. 血型為 RH 陰性之產婦懷孕第 27 週，進行血液檢查，若胎兒血型為 RH 陽性，則就該名孕婦注射抗 D 免疫球蛋白。

(八) 荷蘭政府提供產婦產後健康照顧服務，生產後數日內，由產科護理師親赴家中，提供母乳餵養和奶瓶餵養之建議、檢查產婦傷口、監測寶寶之體溫、體重及大便、

協助寶寶及產婦洗澡、協助家務。其服務時數分散於 8 日，最長 80 小時，並由強制醫療保險給付大部分產後健康照顧服務之費用，產婦自行負擔部分費用。

- (九) 荷蘭婦產科醫學會（NVOG）除向荷蘭政府建議修正法令及提出醫療指引以外，亦向荷蘭政府爭取提高人工生殖醫療服務之保險給付金額及補助金額。
- (十) 國民健康署分享我國孕產婦健康照顧、兒童預防保健服務及擴大不孕症治療補助方案及其成果，Dr. Jeroen van Disseldorp 基於人工生殖技術之成功率，對於我國規劃提高未滿 36 歲婦女補助金額表示支持，也詢問我國人工生殖機構之家數及評鑑之頻率等問題。



圖 3、荷蘭婦產科醫學會與國民健康署會議情形

二、國民健康署與荷蘭衛生、福利與運動部（VWS）之雙邊會議

荷蘭衛生、福利與運動部主要負責公共衛生、福利政策以及體育事務，其組織圖如下：

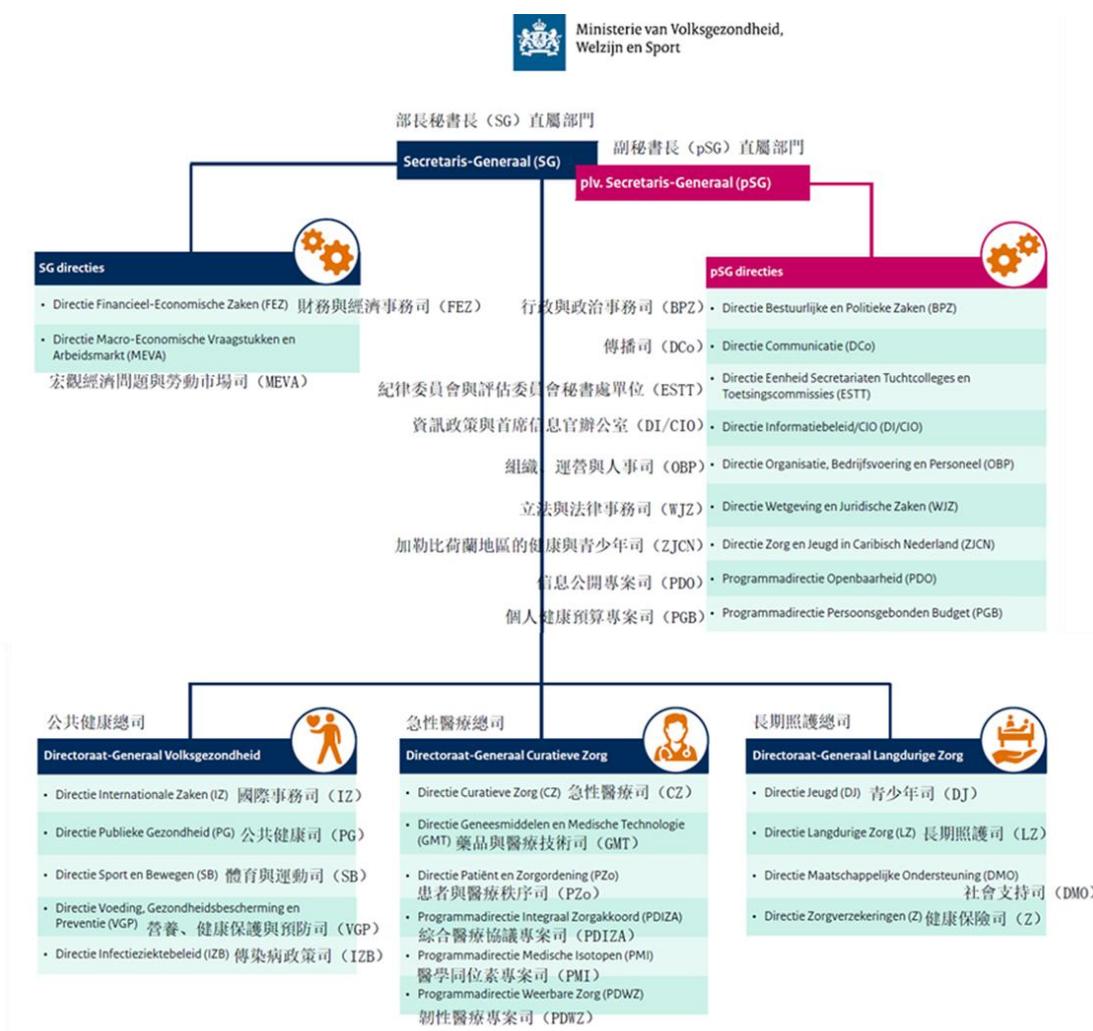


圖 4、荷蘭衛生、福利與運動部組織圖

114 年 6 月 3 日由荷蘭衛生、福利與運動部(VWS)國際事務司副司長 Andrea Connell 及政策專員 (Policy Officer) Kim Ebbers、公共健康司資深政策專員 (Senior Policy Officer) Isa de Beer 及政策協調人員 (Policy Coordinator) Pim Roza 與國民健康署代表舉行雙邊會議，就人工生殖技術醫療服務及胚胎研究規範與民眾人工生殖費用之經濟支持等，進行意見交流，其重點如下：

(一) 荷蘭於 2022 年訂定全球衛生策略，並於 2023 年起推動至 2030 年，結合各國、民間團體、私人企業、大學及民意代表力量共同合作推動，致力於三個主要優先事項：

1. 加強全球健康架構、改善初級預防保健及性生殖健康及權利之可近性。

2.加強國際就傳染病大流行之整備作業，並盡力減少跨國健康威脅，例如抗菌素抗藥性。

3.因應氣候變遷及其所導致各種之健康問題，係因健康照顧機構為主要碳排放者之一。

- (二) 荷蘭主要以胚胎法、特殊醫療程序法、人工授精捐贈者資料法等法律，與植入前基因遺傳學診斷辦法、特殊醫療程序指定條例等法規命令，以及荷蘭婦產科醫學會（NVOG）及荷蘭臨床胚胎學家協會（KLEM）所訂之指引，規範醫療機構實施人工生殖之行為。
- (三) 依據特殊醫療程序法及特殊醫療程序指定條例，規定 ART 中心需獲得荷蘭衛生、福利與運動部（VWS）頒發之許可證，始得提供病患人工生殖技術服務。目前有 15 間具備執照之醫療機構提供 IVF 治療，並確保遵循品質標準。
- (四) 荷蘭法令規範使用自身卵子實施受 IVF 或卵質內精子注射(Intracytoplasmic Sperm Injection, ICSI)醫療服務之年齡限制為未滿 45 歲，但大部分 ART 中心基於成功率，僅提供 42 歲以下女性相關服務，又醫療指引強調應鼓勵女性早期接受治療，因為晚育會降低成功機率。另荷蘭婦女接受凍卵醫療服務越來越普遍。
- (五) 人工生殖適用對象包括異性戀伴侶、同性戀伴侶、單身女性、單身男性、跨性別者，其中異性戀伴侶因罹患不孕症或重大遺傳性疾病，始能接受人工生殖醫療服務。另外，荷蘭僅允許無償之代孕生殖，且代理孕母為代孕生殖子女之母親，代孕生殖是比較複雜的醫療過程，對於男同婚者或單身男性更加複雜，因為捐贈卵子需經侵入性醫療行為導致荷蘭捐卵者人數少於捐精者，目前荷蘭男同婚者難以覓得捐卵者及代理孕母。
- (六) 生殖細胞或胚胎所有人死亡即銷毀胚胎為原則，法規僅同意死者於生前有明確之書面同意於其死後將其生殖細胞或胚胎提供予其伴侶實施人工生殖者，必要時須經醫療倫理委員會之審查，施術前必須符合嚴格條件，始得實施死後人工生殖。
- (七) 除非為預防與性別有關遺傳疾病以外，否則不得按照胚胎性別選擇胚胎。另禁止進行胚胎植入前基因檢測（Preimplantation Genetic Diagnosis, PGD）為原則，除受術對象罹患重大遺傳性疾病、具遺傳性之癌症、罹癌接受治療會影響生育功能、之前懷孕之胎兒基因突變導致流產或產前診斷而反覆終止妊娠等情形，可進行胚胎之 PGD 檢測。
- (八) 強制投保之醫療保險僅就罹患不孕症之異性戀伴侶提供 3 次 IVF 費用之全額補助，最近針對未有男性伴侶之女性提供人工授精之經濟支持，由原先由保險支付醫療

費用，修正為政府補助，且其年齡上限為 42 歲。

(九) 歐洲除了比利時、西班牙等國以外，多數國家採用非匿名捐贈生殖細胞或胚胎，主要考量人工生殖子女有權知悉其血緣生父或生母。荷蘭人工生殖子女年齡滿 16 歲，即可申請查詢其生殖細胞捐贈人個人辨識資訊。荷蘭原本限制 1 位生殖細胞捐贈人可促成婦女產下 25 位人工生殖子女，其後修正為 1 位生殖細胞捐贈人可提供 12 個家庭使用，大約會產下 25 位子女，係為避免血緣近親者藉由結婚或收養而建立親屬關係，亦基於歐洲國家廣泛討論一位捐贈人讓許多婦女懷孕產下許多人工生殖子女案例，另政府已建立生殖細胞捐贈登記系統，可監控前述規範之實施情形。然荷蘭婦女會因為尋覓生殖細胞捐贈人或提高人工生殖之成功率而赴海外接受人工生殖醫療服務，如下列情形：

1. 等不到捐贈人，因丹麥有許多精子銀行，赴丹麥就醫。
2. 為選擇特定膚色或髮色之捐贈人，赴海外就醫。
3. 英國有新興技術可提高人工生殖成功率，荷蘭人赴英國商業化之診所接受新興的人工生殖技術服務，自付高昂的醫療費用。

(十) 荷蘭胚胎法之簡介及未來修法方向：

1. 胚胎法試圖於尊重及保護人類早期生命與促進醫學科學進步之間，取得平衡。該法涵蓋一些規則如下
 - (1) 確保醫療專業人員及研究人員以一定之謹慎態度處理胚胎及生殖細胞。
 - (2) 胚胎不得培養超過 14 天。
 - (3) 禁止複製人類。
 - (4) 禁止為研究而製造胚胎，且僅允許使用體外授精人工生殖技術所產生之剩餘胚胎進行研究。
2. 依多能幹細胞 (pluripotent stem cells) 之研究結果，可透過體細胞來產生多能幹細胞，操控多能幹細胞來製造類似胚胎的結構等因素，導致胚胎法管理規範之漏洞，研議修正胚胎法之胚胎定義如下：
 - (1) An entity resulting from the fusion of an egg cell produced within the human body and one or more sperm cells produced within the human body; or
 - (2) An entity with a human nuclear genome that can reasonably be expected, if development were to proceed through the stage of gastrulation, to give rise to the same essential functions for continued development as an entity referred to under a, and that has been created by:

- the fusion of one or more in vitro-produced gametes with one or more gametes produced within the human body;
- the fusion of in vitro-produced gametes;
- the assembly of pluripotent stem cells;
- somatic cell nuclear transfer; or
- any other method of creation.

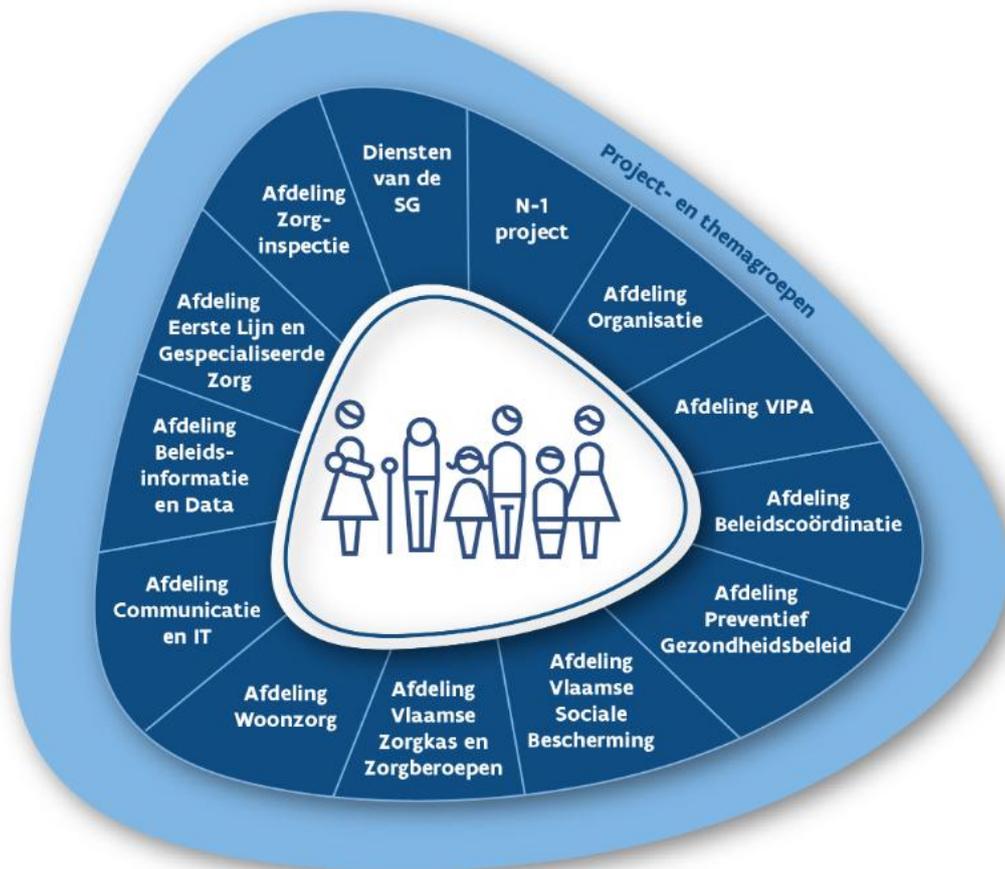
(十一) 國民健康署分享我國擴大不孕症治療補助方案及其成果，荷蘭衛生、福利與運動部（VWS）詢問該補助方案之經費來源、分析我國分析該補助方案之成本效益之原因及我國出生率、我國人工生殖機構之家數、植入胚胎活產率等問題。



圖 5、囿因荷蘭衛生、福利與運動部未准許國民健康署參訪拍攝雙方會議討論之照片，爰僅提供該部佈建綠色植栽及休憩地點之工作環境照片。

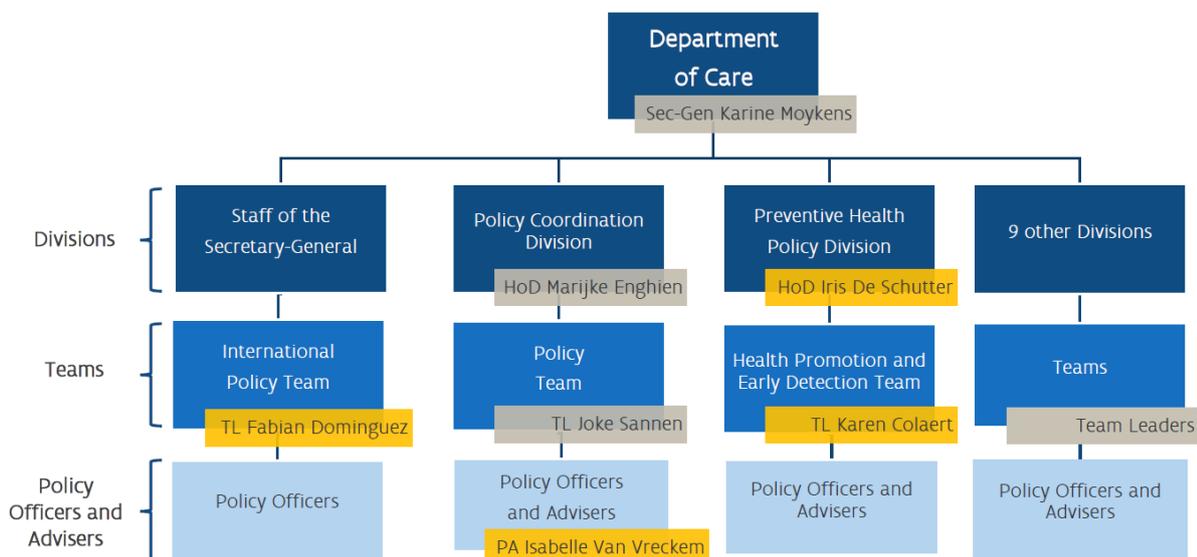
三、比利時佛拉蒙大區照護部（the Flanders Department of Care, Belgium）雙邊會議

比利時佛拉蒙大區照護部（Flemish Department of Care）成立於 2023 年 6 月 1 日，由「福祉、公共衛生與家庭部門」與「照護與健康署」合併而成，其目標為「實踐健康與社會照護的整合」，約有 800 名員工，設有 12 個分支部門，策略目標(OUR STRATEGIC GOALS) 為賦能民眾，幫助其提升健康與福祉、促進一個充滿關懷的社會，讓每個人都能參與其中、確保照護服務的高品質與可近性，並成為一個具關懷精神且高效能的公共服務組織。其核心任務包括制定福利、公共衛生、健康促進和預防政策，並對各類健康與福利服務機構進行認可、補助和監督，開發與應用數位照護工具。



在此次參訪比利時佛拉蒙大區照護部期間，針對該部門之組織架構與政策運作進行深入交流。該部門由秘書長（Secretary-General）Karine Moykens 領導，並下轄多個功能性處室與專責團隊。秘書長幕僚單位(Staff of the Secretary-General)設有政策協調處(Policy Coordination Division)，由處長 Marijke Enghen 主導，並設有專責政策小組(Policy Team)，

組長為 Joke Sannen。該小組聚焦跨處室政策整合與內部協調，主要成員包含政策官員與顧問，其中代表性人員包括 Isabelle Van Vreckem 顧問 (PA)。預防健康政策處 (Preventive Health Policy Division) 則由 Iris De Schutter 擔任處長，轄下之「健康促進與早期偵測小組」(Health Promotion and Early Detection Team) 由 Karen Colaert 組長領導，成員包括多位專責政策官員與顧問，負責規劃預防性健康政策與推動健康促進行動。此外，該部門尚有其他 9 處 (9 Other Divisions)，各自設有團隊與組長，並由政策官員與顧問構成實務執行核心。本次交流特別拜會國際政策小組 (International Policy Team)，由組長 Fabian Dominguez 帶領，該團隊負責對外政策溝通與國際合作事項，是促進跨國衛生政策對話的關鍵窗口。其組織架構如下：



本次雙邊會談佛拉蒙大區照護部出席代表包含國際政策小組 Fabian Dominguez 主任、預防健康政策處 Iris De Schutter 處長、健康促進與早期偵測小組 Karen Colaert 主任、比利時佛蘭德地區專責兒童與青少年福利、發展、照顧的政府機構 Maaike Deschoemaeker 醫師。國民健康署除參訪團成員外，同時邀請駐歐盟兼駐比利時代表處沈茂庭組長及劉怡伶助理與會協助本次會談翻譯。

本次雙邊會談交流，內容摘述如下：

(一) 佛拉蒙大區照護部介紹公共衛生體系與預防保健政策及健康促進服務方案

1. 比利時佛拉蒙地區公共健康體系介紹

比利時為聯邦制國家，官方語言為荷蘭語、法語、德語。公共衛生分為聯邦 (curative care，如醫療與藥品) 與區域政府 (preventive care) 分工，預防保健為佛拉蒙區政府職責。佛拉蒙地區約 680 萬人，行政區劃與語言密切相關，健康政策由「照護與福利部」負責，轄下包含 12 個政策分處。

佛拉蒙大區照護部組織與任務，自 2023 年 6 月起整合原「健康與福利部」與「照護保健部」，強化健康與社會照護整合。任務範疇含：初級照護、長照、居家照護、復健、健康促進、社區支持等。員工約 800 人，分工明確，例如：預防健康組、政策協調組、社區照護組等。

2. 佛拉蒙地區健康政策與推動策略

健康促進五大目標 (Health Goals) 包含疫苗接種提升：針對嬰幼兒、孕婦、老年人等族群；環境健康：強化空氣品質、化學物質管理、氣候變遷調適；健康生活型態：如均衡飲食、口腔保健、運動、菸酒防制、心理韌性；癌症篩檢：已涵蓋乳癌、子宮頸癌、大腸癌，考慮是否擴及前列腺癌與肺癌；自殺防治：建立社區支援網絡並持續滾動修正行動方案。於推動方式部分，政策制定會強調依據證據、族群風險與成本效益，透過分齡、分群推動，從孕期至高齡皆有涵蓋，特別關注弱勢族群，在學校、社區、職場推動健康行動，非僅限於醫療體系。高齡照護方面，推動在地老化與失能預防計畫，並強調跨部門合作。

3.預防健康政策

佛拉蒙大區照護部之預防健康政策處（Preventive Health Policy Division）係推動比利時佛蘭德地區公共衛生政策的核心單位，涵蓋三大核心政策領域：環境與健康、傳染病控制與疫苗接種、健康促進與早期偵測。該部門以群體健康為導向，透過健康保護、健康促進與疾病預防等策略，致力於延長健康壽命、提升生活品質並降低健康不平等，尤關注高風險與脆弱族群。其政策設計強調「健康融入所有政策（HiAP）」的跨部門整合模式，並結合科學實證、成本效益與在地推動網絡。在操作面上，係依據世界衛生組織（World Health Organization, WHO）與歐洲疾病預防管制中心（European Centre for Disease Prevention and Control, ECDC）等指引，訂定五大健康目標，包含疫苗接種、環境健康、健康生活型態、自殺防治與癌症篩檢，執行期至 2030 年不等。各目標配套具體行動計畫，並透過社區行動者與地方預防網絡推展。該部門特別強調早期偵測的科學依據與品質優先原則，並透過教育、環境塑造、法規介入及行為誘導等多元策略，鼓勵健康行為的內化與落實。

以下分別說明三大領域之政策方向與重點內容：

（1）環境與健康（Environment & Health）

此政策領域致力於降低環境因子對民眾健康的危害，聚焦三大主題：高關注危害物質（如化學品與重金屬）、氣候與健康（如熱浪、過敏原等影響），以及環境生活品質（如空氣品質、噪音控制等）。政策設計強調科學與數據導向，對齊聯合國永續發展目標（Sustainable Development Goals, SDGs），並強調行為改變與跨部門協作，推動環境與健康共利的雙贏策略。

（2）傳染病控制與疫苗接種（Infectious Disease Control & Immunisation）

本領域透過年齡與風險分層推動疫苗接種，涵蓋嬰幼兒、成人及特定族群（如孕婦、高齡者、醫療人員），期望於 2030 年前提升群體免疫力與疫苗接種信任。政策依據科學證據與成本效益進行預算配置，強化資訊透明與資料分析能力，並降低接種障礙，同時持續監測與應對 42 項法定傳染病，以強化整體感染防治體系。

（3）健康促進與早期偵測（Health Promotion & Early Detection）

此領域旨在透過教育、環境塑造、政策介入與早期介入四大策略，培養民眾健康生活型態，內容涵蓋飲食、運動、心理健康與物質使用防治等面向。並推動乳癌、大腸癌、子宮頸癌等科學導向的篩檢政策，以及學齡兒童健康服務與新生兒罕病篩檢。政策設計強調「健康融入所有政策（HiAP）」的整合視角，並特別關注高風險與弱勢族群的可近性與健康平等。

4. 照護社區（Caring Neighbourhoods）模式介紹

關懷社區（Caring Neighbourhoods）是一項強調在地參與與共融的照護政策，目標是透過建立鄰里社交網絡、連結正式與非正式照顧資源，提升居民的健康與福祉。基於世界衛生組織（WHO）提出的「以人為中心整合照護」概念，強調生活品質與跨領域合作。此政策特別重視支持非正式照顧者（如家人與鄰居），並強化早期發現弱勢個體的機制，使其更容易接觸到正式照護與社會資源。

執行層面上，佛蘭德政府於 2022 - 2025 年推動 132 項關懷社區專案，專案多由地方政府與健康／福祉機構共同發起，並邀請居民共同參與設計與實踐，建立在地夥伴關係，促進社區凝聚力與照護共享責任。政策推動過程中，由 King Baudouin 基金會統籌協調，並結合 15 所大學與研究機構提供社區分析、共融策略、變革理論等主題之培訓與實務工具。同時，也與 WHO 合作，進行國際知識交流與經驗學習。初步成效顯示，參與計畫的社區已有效提升居民的社交互動與歸屬感，縮短尋求協助的時間，並增強專業人員之間的合作默契，進一步推動從「工作導向」轉為「參與式照護」的轉型。

為確保永續發展，關懷社區策略需制度化納入在地社會政策中，並透過地方政府主導社區分析、交流空間建設與服務整合，同時推動「整合照護計畫」與社區策略的結合，進一步擴大社區參與與政策影響力。

5. 兒童與家庭政策系統

比利時佛蘭德與布魯塞爾地區致力於為所有兒童、青少年及其家庭創造最大發展機會，特別重視生命早期（0 - 3 歲）的整合性介入，視前 1,000 天為關鍵發展期，提供跨專業、可近性高的預防照護。四大核心任務包含執行預防性健康照護計畫；降低兒童貧窮；支持育兒、早期發展與托育；預防兒童虐待與發掘風險徵兆。所有家庭都可獲得基本照護與支持，針對脆弱與高風險家庭提供更高強度、量身設計的服務，具包容性，並

降低進入門檻，兼顧公平與效率。

0-3 歲預防性健康照護時程，建構一套自懷孕期至 2.5 歲的家庭訪視與健康門診制度，包括聽力篩檢、身高體重發展追蹤、疫苗接種、髖關節與視力檢查等，明確由護理師與醫師分工執行。

重要篩檢機制與服務內容：

- (1) 新生兒聽力篩檢：使用自動聽性腦幹反應 (Automated Auditory Brainstem Response, AABR)，依 JCIH 1-3-6 原則執行，篩檢率達 98.3%。
- (2) 發展性髖關節檢查：評估髖關節發育是否異常，以早期治療介入。
- (3) 視力篩檢：偵測近視、遠視、弱視等風險因子，提升學齡前識別率。
- (4) 發展評估：使用標準化工具追蹤兒童在動作、語言、社交三大領域之里程碑進展，及早發現發展遲緩。
- (5) 整合式資訊平台：佛蘭德地區提供一站式官方網站 (www.kindengezin.be <<https://www.kindengezin.be/>>)，涵蓋營養、疫苗、托育、睡眠、安全、特殊需求、領養與親職生活等親職育兒主題，並配有多語言手冊與影片。

(二) 國民健康署分享三高預防保健政策及健康促進服務方案

國民健康署介紹三高（高血壓、高血脂、糖尿病）與代謝症候群防治策略，包括成人健檢、健康生活促進、社區相關計畫，並提及臺灣推動「888 策略」（早期發現、早期介入、有效管理），並整合初級預防與二級預防工作。針對生育政策，分享人工生殖補助制度（提供 6 次試管嬰兒補助）與母嬰健康照護孕期、產前及產後三階段服務。兒童健康照護方面，涵蓋聽力篩檢、發展遲緩評估、預防接種與成長追蹤。另於高齡社會挑戰下，結合社區資源，推動失能預防與健康老化方案。

另查找資料比利時的慢性腎臟病 (chronic kidney disease, CKD) 盛行率約 12%，欲瞭解比利時目前是否有相關的政策或防治計畫？或是如何提升醫師和民眾對腎臟病的認知，照護部表示，比利時強調多數政策並非針對單一疾病進行防治，而是針對生活型態與社會決定因素進行普遍性健康促進。

(三) 雙方交流與討論後續可深化的合作方向

雙方同意建立聯絡窗口，深化在健康促進、兒童照護、慢性病防治、社區營造等議

題之經驗交流，以建構健康識能與推動健康生活型態，必要時照護部將提供相關政策文件與實務工具（如照護社區操作手冊）供台灣參考。國民健康署表達期待未來進一步合作機會，並可邀請比方代表參訪臺灣健康促進現場案例。



圖 6、出訪人員與比利時佛拉蒙大區照護部出席代表合照

右圖由右至左分別為:政策協調小組 Isabelle Van Vreckem 政策顧問、

比利時佛蘭德地區專責兒童與青少年福利、發展、照顧的政府機構 Maaike Deschoemaeker 醫師、預防健康政策處 Iris De Schutter 處長、國際政策小組 Fabian Dominguez 主任、健康促進與早期偵測小組 Karen Colaert 主任。

左圖由右至左分別為:周燕玉研究員、沈茂庭組長、魏璽倫副署長。(曾桂琴科長為攝影者)

四、參訪比利時布魯塞爾自由大學附設醫院之布魯塞爾 IVF 中心

比利時布魯塞爾自由大學附設醫院之布魯塞爾 IVF 中心成立於 1983 年，創始人為 Professor David and Professor vonster，該中心亦為人工生殖技術(ART)開發及應用之先驅，如卵質內精子注射(ICS)，亦為歐洲人類生殖與胚胎學學會(ESHRE)共同創始人之一，且為歐洲人類生殖與胚胎學學會(ESHRE)認可之訓練機構，每年訓練 100 多位外籍體外受精實驗室人員、生育醫師、助產士諮詢員。自 1983 年成立以來，已有超過 48,000 名嬰兒在該中心接受治療後出生，該中心每年執行治療週期數約占比利時全國治療週期的 25%，約由 200 名同事組成團隊，其包括醫生、助產士諮詢員、護理師、實驗室技術人員、胚胎學家、行政人員及心理學家。另該中心實驗室於 2005 年獲得 ISO-15189 認證，並於臨床醫療照顧方面獲得 ISO-EN 15224 認證，另該中心提供醫學輔助生殖(MBV)相關服務包括：借腹型代孕、體外受精療程(IVF)、卵質內精子注射(ICS)、癌症病患之生殖器官手術、社會性因素之生殖細胞冷凍保存、人工授精、誘導排卵、子宮內膜異位症及多囊性卵巢症候群治療、生育保存、捐贈生殖細胞之人工生殖、為罹患經由血液傳染性疾病之受術者實施人工生殖、胚胎植入前之染色體或基因檢查、卵子體外成熟培養技術(in vitro maturation, IVM)、人工流產、病患心理支持服務等。

該中心活產率約為 43%高於比利時其他體外受精醫療中心之 33%，每年執行約 6,000 個取卵治療週期數，其中 1,000 治療週期與避免子女罹患重大遺傳性疾病有關，該中心重視生育健康知識之宣導，已建置資訊豐富之官網網站，也透過網站或電話提供外籍病人相關諮詢服務。

國民健康署出訪人員、比利時佛拉蒙大區照護部國際政策小組主任 Fabian Dominguez 及我國駐歐盟兼駐比利時布魯塞爾代表處衛生組沈茂庭組長全程陪參訪布魯塞爾 IVF 中心。



圖 7、國民健康署人員參訪布魯塞爾 IVF 中心之合照，由左至右依序為 IVF 中心護理部經理 Mrs Ulrike Dragon、我國駐歐盟兼駐比利時布魯塞爾代表處衛生組沈茂庭組長、IVF 中心教授暨醫師 Christophe Blockeel、國民健康署魏璽倫副署長、布魯塞爾 IVF 中心照護部經理 Mr.Guy De Mesmaeke、國民健康署周燕玉研究員、比利時佛拉蒙大區照護部國際政策小組主任 Fabian Dominguez、布魯塞爾 IVF 中心首席助產諮商師 Mrs Britt Schoonjans、國民健康署傅技正千育及曾科長桂琴。

比利時布魯塞爾自由大學附設醫院之布魯塞爾 IVF 中心除以簡報介紹該中心及作業實務，並透過參觀該中心各相關空間來簡介人工生殖實務，並就受術對象資格要件及生殖細胞捐贈規範部分與國民健康署進行意見交流，其重點如下：

- (一) 布魯塞爾 IVF 中心強調團隊合作，團隊成員有醫生、胚胎學家、心理學家、護理師、助產士諮商員、行政及實驗室工作人員。根據病患不同之文化、個人之需求及家庭狀況，來調整病患之護理計畫。
- (二) 布魯塞爾 IVF 中心之不孕症治療流程：
 1. 每位病患的療程以及 IVF 中心之第一個接觸點通常是其聯絡中心，病患可打電話預約。
 2. 從諮詢開始，助產士諮詢員與病患討論病史、生育背景資料及個人期望。
 3. 進行病患之血液檢查、超音波、精液分析，以診斷不孕原因等。
 4. 向病患解釋檢查結果，並根據病患之個人資料、年齡、生活方式及目標，確定選擇一種或多種治療方案。

5. 治療之前，病患與護理師或助產士進行諮詢，協助病患了解整個醫療過程之每一個步驟、所需簽署同意書、胚胎儲存之選項、保險範圍及可能之費用，係由護理師或助產士擔任醫生及病患之間之聯繫窗口。
 6. 進入治療階段，病患受到密切監測，醫師也會定期調整藥物，並於醫療過程中，助產士會一直密切關注病患，並提供指導、協調及情感支持，讓醫師專心於專業人工生殖醫療實務操作工作。
 7. 胚胎移植或人工授精大約兩週後，病患會接受妊娠試驗，無論該試驗結果是懷孕或未懷孕，醫療團隊皆會檢視治療方案，並視需要，再次調整該方案。
 8. 若病患妊娠試驗結果為未懷孕，醫療團隊通過電話、電子郵件或親自聯繫，以保持其與病患之溝通管道暢通，以便病患隨時可以聯繫醫療團隊，並由醫療團適時提供病患所需之情感及實際支持。
- (三) 良好之健康照護不僅意調醫療品質，也包括對於病患之文化敏感性與尊重，布魯塞爾 IVF 中心尊重病患關於宗教、性別或親職之不同信仰及價值觀，護理師及助產士提供諮詢服務時，提供不同語言之資訊並使用翻譯。
- (四) 人工生殖醫療服務通常涉及倫理及法律問題，對於複雜的案例，布魯塞爾 IVF 中心會諮詢倫理審查委員會之意見。依據比利時「醫院及其他護理機構之協調法」，醫師可依良心條款，拒絕為特定病患實施特定項目醫療服務，人工生殖領域部分之良心條款，係考量未來出生之人工生殖子女利益及符合法令規定，施術之前，該中心先透過問卷及諮詢方式來評估欲受術對象是否適宜接受人工生殖，該中心希望欲受術對象雙方皆有收入且夫妻住在一起，並確認符合法定女性年齡限制規定，然評估結果呈現不夠明確之時，會提請倫理委員會討論，每個月約有 20 至 30 個病患個案，提請倫理委員會討論。
- (五) 布魯塞爾 IVF 中心針對欲接受人工生殖之單身女性、女同婚者及有代孕生殖需求者，分別訂定施術前之評估問卷，以單身女性為例，評估重點為年齡滿 28 歲、具備經濟及生活獨立能力、有家庭或朋友可支持其照顧兒童，欲施術對象完成問卷填寫後，尚須經由心理師之評估確認後，始為其實施人工生殖，然比利時法令並未規範前揭問卷評估。
- (六) 比利時醫院符合生殖醫學護理計畫 (the reproductive medicine care programme) 之標準，才能實施人工生殖技術，稱為試管嬰兒中心。衛生、食品安全及環境部部長聘任生殖醫學護理計畫醫師學院成員及公布生殖醫學護理計畫之標準，由該學院負責醫院之品質評估及訂定品質規範及醫療指引，若生育中心違反比利時法令禁

止選胚胎性別、受術對象之年齡限制等規定，則將被廢止其許可。另比利時有 1 千萬人口，政府許可 34 個試管嬰兒中心。

- (七) 比利時禁止胚胎植入前基因診斷，然為人工生殖子女之醫療利益，且試管嬰兒中心之評估須經人類遺傳學中心之確認，可例外允許進行胚胎植入前基因診斷。
- (八) 比利時捐贈精子及捐贈卵子人數減少中，導致婦女等待捐贈精子長達 1 年或婦女至西班牙接受捐贈精子之人工生殖技術服務。
- (九) 台灣規範匿名捐贈生殖細胞，且生殖細胞捐贈人可讓受術之不孕夫妻活產 1 次，且規定人工生殖機構向政府通報受術妻產下人工生殖子女之健康情形，包括出生體重及懷孕週數。比利時規定匿名捐贈生殖細胞，並限制捐贈之生殖細胞，最多提供 6 位婦女生育，然比利時法令並未規範試管嬰兒中心需追蹤及通報婦女生育子女之健康情形，可能因為民眾注重隱私及歐洲國家重視隱私權之保障。
- (十) 比利時法令規範女性未滿 45 歲可接受取卵手術，且未滿 48 歲女性能接受人工生殖技術服務。比利時之人工生殖適用對象包括不孕之異性戀伴侶、一方罹患重大遺傳性疾病之異性戀伴侶、女同性戀伴侶、男同性戀伴侶、單身女性。
- (十一) 布魯塞爾 IVF 中心之環境參觀，以下依生殖醫學之醫療流程分享實際情形：

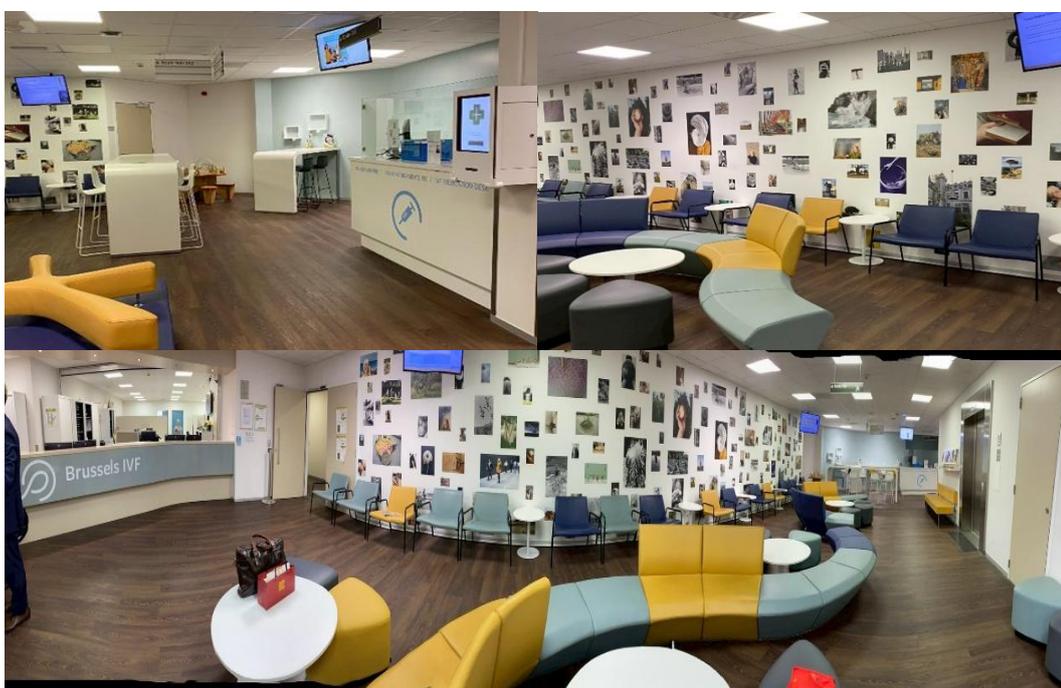


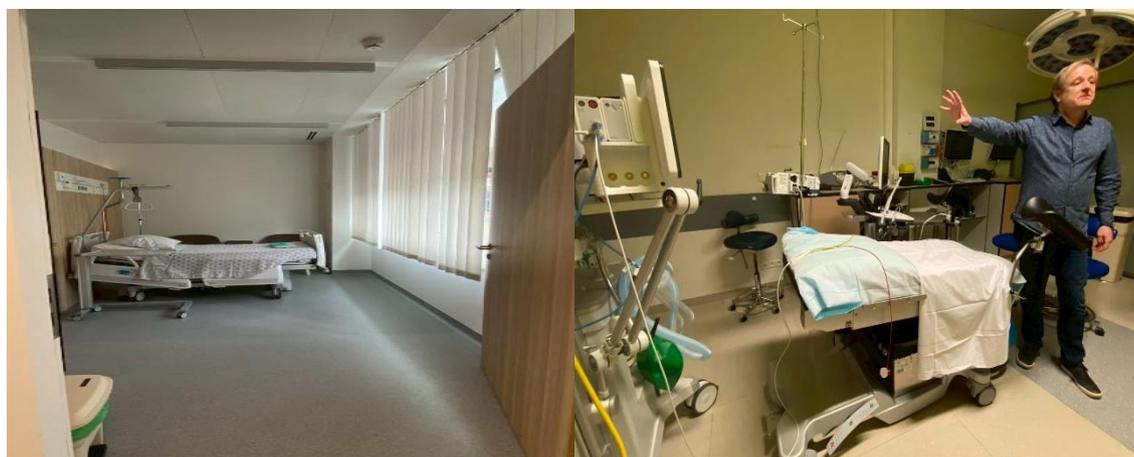
圖 8、布魯塞爾 IVF 中心之門診病患等候區

1. 門診部，此為所有病患直接聯繫該 IVF 中心之地方，病患可由另一位醫師轉介至該 IVF 中心。
2. 病患諮詢室：重視病患隱私，病患會於個別空間進行諮詢，首先由助產士進行病患之諮詢，若病患回答因其罹患癌症或因避免子女罹患重大遺傳性疾病，則轉由一位醫師進行醫療諮詢。
3. 安排病患後續檢查項目包括血液檢查、超音波檢查及異性戀伴侶之精液分析等，安排病患至門診去抽血，再到放射科進行超音波檢查，週一上午蒐集病患檢查資料，週一下午醫療團隊會討論個別病患之治療方案。另該中心醫師及人員之薪水與實行治療次數無關，於未有財務影響下，醫師必須誠實告知病患不適宜再繼續接受治療。
4. 若病患後續須接受捐贈之生殖細胞，則由護理師或助產士告知病患須簽署同意書及該同意書之內容，尚有其他施行醫療程序之同意書需請病患簽署同意書，一併簽署同意書，也會與病患討論冷凍生殖細胞或胚胎期間多長、是否將生殖細胞或胚胎捐贈其他人使用或捐贈研究使用。另若病患尋求代孕生殖之醫療服務，尚有心理諮商程序及公證人等更多知情同意程序要進行。

| | |
|---|--|
|  |  |
| <p>病患電話預約中心</p> | <p>病患諮詢室（護理師或助產士提供諮詢）</p> |

| | |
|---|--|
|  |  |
| <p>標註個別流程之房間號碼</p> | <p>病患等候安排檢查或治療之區域(與門診等待區不同)</p> |

5. 若受術婦女接受取卵手術，則安排需住院，有 19 間病房，受術對象伴侶可以陪同，醫護人員也可即時提供服務。另實施取卵手術及胚胎植入處置之手術室，該手術室有直接連接體外受精實驗室之窗口，經由該窗口交換卵子及胚胎，每位病病患都戴上數位卡，醫療過程中都會以掃描數位條碼，確認受術者及其生殖細胞或胚胎。



6. 取精室為全程無菌的環境，也重視病患隱私，病患取精後，用電話連繫醫護人員，醫護人員會取得相關樣本。另精液分析，分析精子型態、數量及活動力，會同時採用智慧化分析或人工分析，然人工分析之效能相對較優，精液分析之樣本不會被保留，係因該樣本已暴露於非無菌之環境。
7. 設置實施人工授精 (IUI) 之房間，空間有安排伴侶陪同，此由護理師或助產士實施 IUI，病患採站姿。



取精室



重視病人隱私，取精室及樣本蒐集處中間，採用毛玻璃



精液分析室



實施人工授精（IUI）之房間



實施體外受精實驗室，因其為生物安全等級較高實驗室，只能於外部參觀。



實施胚胎植入處置前並已更換手術衣之後，受術配偶等待處



培育技術人員及生育醫師之實驗室（左圖為全景、右圖為實施卵質內精子注射 ICSI 之設備）

8. 實施睪丸、副睪或輸精管取精手術之手術室，受該手術室有直接連接體外受精實驗室之窗口，經由該窗口交換精子，每位病患都戴上數位卡，醫療過程中都會使用掃描數位條碼，確認受術者及其精子。



9. 冷凍生殖細胞及胚胎場所，以液態氮桶冷凍保存之，每個液態氮桶充填液態氮，並裝有溫度感測及監控器，如果有異常狀況，會發出警報，以位置及冷凍管柱顏色等機械化方式來區別儲存之生殖細胞或胚胎。4 個工作人員全職負責此工作。



五、拜會駐歐盟兼駐比利時代表處

於 114 年 6 月 5 日上午拜會駐歐盟兼駐比利時代表處，由沈茂庭組長陪同國民健康署魏璽倫副署長拜會李淳大使，魏副署長說明本次前往比利時及荷蘭進行衛生部門與當地醫療機構之雙邊參訪與交流行程，並感謝代表處在本次參訪行程中的大力協助，不僅於行前協助聯繫安排比利時佛拉蒙大區照護部等重要部門，亦派員陪同拜會行程，並於參訪團抵比當日協助接送事宜，讓整體行程順利推展。魏副署長亦向李大使簡要報告台灣近年在慢性病防治政策推進（如「健康台灣 888 計畫」）及人工生殖法制修正上的努力與挑戰，並介紹本次拜會比利時佛拉蒙大區照護部與布魯塞爾當地醫療機構之重點內容，包括關懷鄰里計畫、健康促進政策及人工生殖實務規範等。李大使除肯定國民健康署本次交流之深度與廣度，亦說明台灣長年透過醫療外交推動國際公共衛生合作，最後並勉勵參訪團持續透過國際交流強化台灣在全球健康政策中的角色與能見度。



圖 9、出訪人員與駐歐盟兼駐比利時代表處沈茂庭組長於代表處合照

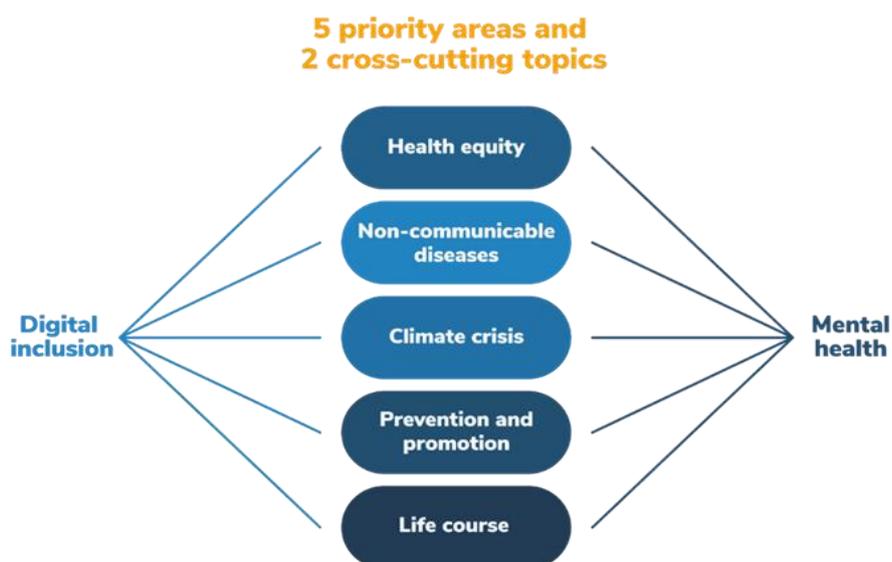
由右至左分別為：國民健康署曾桂琴科長、沈茂庭組長、魏璽倫副署長、周燕玉研究員及傅千育技正。

六、歐洲健康網絡盟（EuroHealthNet）之雙邊會議

歐洲健康網絡盟（EuroHealthNet）是一個致力於健康、公平和福祉的非營利歐洲合作夥伴，成員包括從事公共衛生促進、疾病預防及福祉工作的組織、研究所與政府機構。其使命是通過更健康的社區幫助建立一個可持續、公平和包容的歐洲，並解決歐洲國家內部及之間的健康不平等問題，並致力於建立一個健康的社會，非特定人群的特權，而是每個人的權利。

EuroHealthNet 主要工作包含三個平台：政策平台係致力於歐洲和（次）國家層級的政策監控及宣傳，確保政策是基於良好的證據及實踐；實踐平台係為提高各國能力及公共衛生知識，將政策及研究轉化為實踐；研究平台係提供並加強證據基礎，並鼓勵及支持健康公平解決方案的研究。

EuroHealthNet 的核心溝通團隊會就整體策略發展，會加強前述三個平台的橫向溝通協調，並與其他公共衛生及社會參與者就歐洲、國際計畫或聯合行動進行合作，透過計畫促進各國協作、協助設計政策促進實施並推動健康不平等領域的研究。2021 年至 2026 年行動計畫之優先議題：健康公平、非傳染性疾病、氣候變遷、預防與促進、生命歷程、數位包容性、心理健康。



本次雙邊會談歐洲健康網絡盟出席代表包含 Silvia Ganzerla 政策經理及 Afsaneh Neja 家庭醫師（目前擔任政策與實務官，專注健康不平等議題），國民健康署除參訪團成員外，同時邀請駐歐盟兼駐比利時代表處沈茂庭組長及劉怡伶助理與會協助本次會談翻譯。

本次雙邊會談交流，內容摘述如下：

（一） 歐洲健康盟簡介核心策略與公共衛生體系與預防保健政策及健康促進服務方案

1. 歐洲健康盟包含三大核心策略：

- （1）實務與研究專案：健康識能、非傳染病預防、兒童與心理健康、疫苗公平、氣候變遷下的健康促進等，並參與歐盟「共同行動計畫（Joint Actions）」。
- （2）交流合作與參與機制：舉辦各國交流參訪（如近期斯洛維尼亞青少年參與政策制定行動），倡議共同創作（co-creation）與公民參與，改善健康溝通落差。
- （3）政策倡議與知識轉化：將實務經驗轉化為歐盟與各會員國層級的政策建議，強調健康促進與疾病預防應納入歐盟政策核心。專案主題涵蓋健康識能、氣候與健康、非傳染性疾病、癌症、心理健康、疫苗不平等、社會處方等。

2. 為健康公平所推動的福祉經濟體系

承接歐洲健康盟的核心行動與策略，歐洲在推動健康促進與健康公平的過程中，已逐步將「福祉經濟（Economy of Wellbeing）」理念融入整體政策架構。無論是在實務與研究專案（如健康識能、疫苗公平、氣候與健康）、交流與參與機制（如跨國青年政策參與），或是政策倡議與知識轉化（如非傳染性疾病與社會處方）等面向，皆已明確反映出歐洲對健康與社會政策整合的高度重視。福祉經濟體系正是將這些具體行動提升為制度性架構的下一步，其核心概念與歐洲健康盟的實務內涵高度契合，並為後疫情時代的公共政策轉型提供長遠方向。

（1）福祉經濟作為健康與社會政策轉型的新框架

歐洲正面對氣候危機、疫情衝擊與健康不平等加劇等多重挑戰，傳統以 GDP 為核心的經濟模式已無法回應當代與未來社會的整體需求。福祉經濟強調以「人與地球的福祉」作為政策出發點，倡議將健康、社會正義與永續發展視為國家進步的衡量標準，並推動跨部門整合治理，使健康政策不再侷限於醫療體系，

而成為經濟與社會發展的核心戰略之一。這樣的轉變不僅可提升健康成果，也有助於重新定位公共支出與國家發展方向。

(2) 促進公平與預防的三贏策略與一體健康思維

EuroHealthNet 所倡議的「三贏策略」主張：在健康、社會與環境領域取得同時進展。例如，投資於社區基層照護、健康促進與疾病預防，不但能改善健康結果，也可增進社會凝聚力與環境永續性。此外，福祉經濟理念與「一體健康 (One Health)」高度契合，強調人類、動物與生態系統的共存共生，有助於整體風險管理與健康韌性建構。此一思維轉型對於台灣面對高齡化社會與慢性病挑戰，提供了值得借鏡的政策視角。

(3) 歐盟與國際多邊體系的政策支持與實踐動能

歐盟已透過《歐洲社會權利支柱》(European Pillar of Social Rights, EPSR)、社會計分卡、復甦與韌性機制 (Recovery and Resilience Facility, RRF) 等工具，將福祉經濟理念正式納入治理架構。芬蘭、威爾斯、紐西蘭等國則已建構「福祉預算」與跨部門協作平台，推動「全政府取向 (whole-of-government approach)」的政策整合。世界衛生組織 (WHO) 也透過《日內瓦福祉憲章》呼籲全球落實以健康與永續為導向的經濟發展模式。這些實例展現國際社會正積極推動從「成長導向」轉型為「福祉導向」的新型社會發展路徑，為我國未來政策創新與跨部門合作提供重要參考。

福祉經濟的推動顯示歐洲已將健康與福祉視為國家治理與經濟發展的戰略核心，並透過跨部門整合、制度設計與國際合作推動具體實踐。對台灣而言，未來若能參考歐洲經驗，進一步將健康公平、社會投資與永續發展納入政策規劃主軸，並推動預防優先與基層強化的健康治理模式，將有助於提升全體國民的生活品質與國家整體韌性。3.歐洲社會權利支柱：以公平與福祉為核心的健康政策轉型架構。

為因應人口老化、健康不平等加劇與社會韌性挑戰，歐盟自 2017 年起推動《歐洲社會權利支柱》(European Pillar of Social Rights, EPSR)，作為強化社會凝

聚與福祉經濟的政策基礎。該支柱不僅是一套社會與勞動政策原則，更逐步發展為整合健康與社會決定因素的綜合治理工具。此次參訪與相關文件觀察，顯示歐洲已將「健康」從醫療照護議題轉化為跨部門政策核心，並結合公平、包容與永續發展目標，具高度參考價值。

核心觀察三點：

a.以社會保障與公平為核心的健康促進機制

EPSR 列舉 20 項核心原則，涵蓋教育、就業、社會保障、醫療照護與基本服務等領域，目標為建立包容、韌性且公平的歐洲社會。透過「社會評量板」進行各會員國政策績效監測，並納入歐洲學期機制，協助國家推動具公平性的社會投資與改革。此架構不僅提升民眾社會參與與就業機會，也間接強化公共健康基礎。

b.著重社會決定因素，改善健康不平等的根本結構

根據世界衛生組織估算，僅約 10%的健康差異可由醫療照護解釋，其餘 90%來自經濟、教育、居住、就業等社會決定因素。EPSR 正是針對這些結構性因素設計，透過強化兒童照護、女性經濟地位、工作與生活平衡、職場安全、社會保障與基本服務可近性，補足弱勢族群的生活資源缺口，從源頭減少健康不平等。

c.將健康納入所有政策的核心，邁向福祉經濟實踐

EPSR 進一步支持歐盟推動「福祉經濟」的政策方向，強調以人為本的經濟架構。透過比例普遍主義原則，在普及基礎上依個體處境調整支持強度，提升制度公平性與效果。此一模式已成為歐盟健康政策、綠色轉型與社會包容措施的共同依據，也提供各國在後疫情時代建立具韌性、永續且關注公平的治理架構之範式。

歐洲社會權利支柱不僅為健康政策提供社會面向的支撐，更是實踐福祉經濟理念的具體政策載體。其以健康公平為核心，強調跨部門協作、預防優先與制度韌性，已成為歐盟推動公平復甦與長期轉型的重要參考模型。對我國未來

在促進健康平等、推動在地整合照護與規劃社會政策評估指標時，具高度啟發與借鏡價值。

3. 數位健康素養：強化健康公平與系統韌性的關鍵能力

隨著數位健康工具（如電子病歷、遠距醫療、健康 App）快速發展，數位轉型已成為歐洲健康與照護系統現代化的核心驅動力。然而，這項轉型若未兼顧全民的理解與應用能力，恐加劇既有健康不平等。歐洲政策與學術界逐漸重視「數位健康素養（digital health literacy）」作為確保健康公平、促進預防導向照護、提升資訊安全與醫療可近性的核心要素。此次參訪與文獻觀察顯示，歐洲各國與歐盟正積極建構策略性行動架構，協助民眾具備有效使用數位健康工具的能力，進而提升整體社會的健康韌性。

（1）數位健康素養作為健康轉型與公平的交會點

數位健康素養指個體搜尋、理解、評估並應用數位健康資訊以做出正確健康決策的能力，不僅關係到個人健康行為的改善與醫療遵從性，也直接影響公共衛生資訊的傳遞效果。對於高齡者、低教育背景與多語族群而言，若未具備足夠素養，易落入資訊落差與數位排除，形成「數位健康不平等」。歐洲因此強調數位健康素養的普及，是實現健康公平與提升系統效率的關鍵交會點。

（2）歐盟與國際機構提供政策與工具支援

歐盟委員會、WHO、OECD 等機構紛紛將數位健康素養納入健康與社會政策主軸，提供政策白皮書、操作指引與融資計畫。例如歐盟《2030 數位羅盤》與《歐洲技能議程》均明列需加強全民數位技能與健康應用能力。WHO 亦透過行動架構強調：須將數位素養納入生命歷程與高風險族群的預防策略中，結合系統性培訓與政策協調方能落實。

（3）五大行動策略與實務經驗相輔相成

EuroHealthnet 提出五項政策建議，包括：（1）建立跨國政策指引與制度性協作平台；（2）確保數位健康改革下的公平保障機制；（3）發展可信任的數據與實證資訊平台；（4）強化民眾參與、回應不同生命階段需求；（5）提升健康與社會服務人員的數位素養。葡萄牙、挪威、荷蘭等國更以包容性設計、公民協作與簡明易用的使用者介

面，成功提升高齡與弱勢族群對遠距照護與健康平台的接受度，為各國提供實務參考。

數位健康素養不僅是一項公衛技能，更是健康公平實現的基礎建設。歐洲各國經驗顯示，唯有將數位素養納入國家健康策略、跨部門協作平台與社會參與機制，方能真正發揮數位轉型的預防效果與健康促進潛力。對我國而言，面對高齡社會與數位照護日益興起之趨勢，從歐洲的政策與實務中借鏡，將有助於建構一個更普及、更具韌性與更公平的數位健康生態系。

4. 提高疫苗公平性：歐洲策略與實踐經驗

疫苗接種是最具成本效益的健康干預手段之一，長期以來在全球公共衛生中扮演關鍵角色。然而，COVID-19 大流行顯示出疫苗取得與接種率的巨大落差，暴露出社會結構性不平等與制度障礙。歐洲各國因此逐步從單一醫療策略走向「公平導向」的預防政策，強調以人為本、跨部門協作與在地回應機制。此次參訪與文獻整理指出，歐洲正以多層次行動提升疫苗公平性，並為台灣在疫苗政策與基層健康促進方面提供具體借鏡。

(1) 揭示疫苗不平等的多重成因與社會決定因素

歐洲疫苗覆蓋率的不平等現象，不僅源於個人意願或資訊缺口，更多來自結構性因素。例如：醫療設施距離遠、服務時間受限、行政程序繁瑣、缺乏翻譯或文化適配等，均限制弱勢族群（如移民、低收入或宗教少數群體）的疫苗可近性。此外，醫護人員缺乏文化敏感溝通訓練，也進一步削弱接種信任。這些障礙在 COVID-19 後更形明顯，對老年人、孩童與服務不足地區造成嚴重衝擊。

(2) 歐盟與 WHO 以多元機制促進疫苗公平合作

疫苗政策雖為各國責任，但歐盟透過「軟性工具」發揮協調力，包括發布疫苗接種建議、啟動疫苗聯合行動（European Joint Action on Vaccination, EU-JAV）、設立衛生緊急整備暨應變局（Health Emergency and Response Authority, HERA）、擴大疾管中心 ECDC 的權限等。歐盟也推動資助計畫（如 EU4Health）與公共倡議（如「團結一致保護」運動），結合宣導、研究與公民參與。此外，WHO 的 2030 年歐洲免疫議程（European Immunization Agenda 2030, EIA2030）則強調「免疫公平」、「全生命週期接種」與「在地解方」，並透過歐洲健康網絡合作推進在地落實。

(3) 實務計畫展現跨國合作與在地創新潛力

兩項重要歐盟計畫：IMMUNION 與 RIVER-EU，針對疫苗猶豫與低接種地區進行深度干預。IMMUNION 致力於強化衛生人員的溝通能力與開發線上工具包，以提升疫苗信心；RIVER-EU 則聚焦於弱勢社區的接種障礙調查與解方共創，透過與芬蘭、希臘、荷蘭等國的社群合作，產出具文化適應性與科學根據的干預建議。這些經驗顯示，結合數據分析、行為洞察與社區參與，是有效提升疫苗覆蓋率與公平性的關鍵。

疫苗公平不僅關乎健康結果，更是社會正義與系統韌性的體現。歐洲在制度面（如跨國合作、資源整合）、操作面（如補種與外展活動）與文化面（如翻譯訊息與醫護訓練）上同步推動，以解決多重疫苗接種障礙。此種以「雙軌併進」（維持常規接種與應對新威脅）、「人本導向」與「在地策略」為主軸的疫苗政策，對我國未來在推動常規免疫、數位健康應用與疫情準備等方面，均具實質參考價值。

5. 打造健康與公平的食品體系：歐洲應對超加工食品的政策經驗

在歐洲，超加工食品（Ultra-Processed Foods, UPF）日益成為公共衛生領域關注的焦點。儘管食品加工對現代飲食供應具有一定必要性，但超加工食品因其高度加工、低營養密度、成癮性成分與過度促銷，已被證實與多種慢性病（如肥胖、心血管疾病、癌症）以及心理健康問題密切相關。尤有甚者，UPF 的消費也呈現社會階層與地區落差，加劇健康不平等。因此，歐盟及其會員國正積極推動多項政策與行動，力圖改變食品環境與市場結構，以引導消費者選擇更健康、永續的飲食。

(1) 揭示超加工食品對健康與健康不平等的影響

UPF 涵蓋軟性飲料、加工零食、即食產品等，其共通特徵為大量添加糖、鹽與人工成分、營養價值低、且高度促銷。研究指出，UPF 攝取與肥胖、癌症、代謝症候群與心理健康問題（如憂鬱、焦慮）密切相關。UPF 的消費具有明顯社會梯度，弱勢群體（如低收入、低教育、城市邊緣人口）更易依賴這類食品，導致健康不平等進一步擴大。這些科學證據促使歐洲需系統性地回應 UPF 所造成的結構性健康風險。

(2) 歐盟政策架構與跨國聯合行動

歐盟已透過多項政策（如「從農場到餐桌」策略、食品資訊規範、學校蔬果計畫）改善飲食環境，並強化營養標示（如 Nutri-Score）、食品配方改革、學校採購標準等。同時，也針對兒童食品行銷、公共採購與 UPF 減量提供政策依據與評估機制。此外，各國如英國的含糖飲料稅與斯洛維尼亞的學校健康餐政策，也證明財政工具與在地行動能有效減少 UPF 攝取並改善兒童健康。

（3）打造制度性變革的多層策略

面對食品產業遊說與市場壟斷，歐洲倡議強化強制性法規、限制 UPF 廣告與推銷，並引導市民參與食品政策制定（如糧食民主、公民法庭）。歐盟也正在評估「Nutri-Score 2.0」納入「超加工警示」機制，提升消費者辨識能力。此外，改善「糧食荒漠」、降低健康食物稅負、鼓勵地方採購與永續農業，皆被納入打造健康食品系統的關鍵途徑。FEAST 計畫則整合研究、技術與社會行動，致力於讓弱勢群體也能實際獲得美味、健康且永續的飲食選擇。

超加工食品的問題不僅關乎個人選擇，更反映整體食品系統的結構性不正義。歐洲以政策引導、公共採購、法規限制與市民參與並進的策略，試圖重塑食品體系，使健康飲食不再是特權而是基本權利。對於台灣而言，未來若欲推動減糖、減鹽、學校營養政策或財政誘因，歐洲的經驗可作為重要參考，特別是在建構跨部門合作、政策評估機制與制度轉型架構方面。

6. EuroHealthNet 自 2025 年至 2029 年推動「社會處方-歐盟」（SP-EU）大型專案，係基於健康之社會經濟決定因素（如社會經濟地位、教育、居住環境等）對於健康的影響，致力於推進社會處方(Social Prescribing)：

- （1）社會處方 (Social Prescribing)，旨在彌補初級醫療保健與社區非臨床支持服務之間的差距，將醫療系統與豐富的社區資源連結起來，針對特定族群之個人需求，提供以人為中心且整合性的健康照護及支持性服務。
- （2）專注於同性戀群體(LGBTIQ)、難民、第一代移民及獨居老人等特定族群，採用共同創建(co-creation)方法，來提供適合特定族群之社會處方。
- （3）家庭醫生或其他醫療專業人員可將病患轉介予社區服務連結工作者 (link worker)。該

工作者會了解病患後，如詢問他們，並協助他們找到適合的社區活動或服務，例如：運動課程、藝術及文化活動、社交團體、志願服務、教育或學習機會、運動或戶外活動、財務或社會福利諮詢服務。

7. EuroHealthNet 基於歐洲各國預算有限，他們透過社會投資報酬率分析（Social Return on Investment, SROI），說明公共支出於健康促進、疾病預防及社會處方等係有價值的投資，倡議政府投資於人口健康。另針對未獲得初級健康照護之族群，如難民、第一代移民等因為文化或語言障礙等因素，採取共同創建(co-creation)方法，設計適合他們的介入措施，其步驟如下：

- (1) 與社會各階層之利害關係人溝通並釐清其問題與需求。
- (2) 依據研究等科學實證來設計介入措施。
- (3) 實施介入措施。
- (4) 在前述每個步驟過程中，皆會與目標族群進行焦點團體座談，討論題綱包括介入措施是否有效、是否會做出那些改變、你如何看待此介入措施等。

8. EuroHealthNet 針對歐洲兒童保障計畫(European Child Guarantee, ECG)提出下列建議：

- (1) 從健康促進、疾病預防及醫療照護等面向，確保兒童可接受有效及免費健康照護、加強初級健康照護，以及解決尚未滿足醫療需求之問題，例如經濟弱勢之兒童仍有大量未滿足的牙科醫療等醫療需求，以及社會經濟不平等、農村、貧困城市地區之差距。
- (2) 支持於社區及學校內兒童之心理健康及心理社會福祉(psychosocial wellbeing)、解決兒童之被孤立及孤獨的問題。
- (3) 進一步解決日益嚴重之兒童肥胖及超重問題、加強健康且營養的飲食，並加強電子煙及酒精等物質濫用防治。
- (4) 策略納入世界衛生組織所提兒童每天 60 分鐘體育活動之建議。
- (5) 加強弱勢兒童之新的健康促進介入措施，其包括社會處方及接近大自然。
- (6) 採取措施，以降低氣候變遷及環境污染對於社會經濟弱勢群體之健康及福祉的影響，例如暴露於過熱居住環境中之兒童數量及其健康狀況。

(二) 國民健康署分享三高預防保健政策及健康促進服務方案

在會議中，本參訪團特別分享台灣於健康促進與慢性病防治方面的具體政策作

法。台灣依據四大共同風險因子（吸菸、飲酒、不良飲食、缺乏運動）作為政策核心，推動健康促進策略，包含社區與職場健康促進、慢性病共同照護、六大癌症篩檢與成人預防保健服務。此外，台灣賴清德總統於「健康台灣論壇」提出政策「8年888計畫」，希望以8年時間，使三高病人80%納入照護網，納入照護網者80%接受生活習慣諮詢，獲得生活習慣諮詢者80%穩控三高的國家級目標，以降低國人三高慢性病危害，並提升國人健康餘命。在高齡健康方面，亦已導入長者整合性照護指引（Integrated Care for Older People, ICOPE）模式，並發展社區型健康支持服務，提升老年人口健康餘命與延緩失能。

（三）深化交流與後續合作

此次交流顯示台灣與 EuroHealthNet 在推動健康促進、減少健康不平等與強化在地健康治理上擁有高度共鳴。雙方在數位健康、青少年健康、社會處方、長照策略等領域皆具實務基礎與共同關注議題，未來可考慮深化合作方向，包括：一、雙方政策簡報與實務報告的定期交換；二、探索共同參與歐盟「共同行動計畫（Joint Actions）」或健康促進倡議平台的可能性；三、推動人員互訪與專題交流研討，如針對社區健康評估工具、數位健康素養訓練、以及健康老化治理模式等主題進行實務對話。雙方交換健康老化、預防政策、健康不平等、青少年健康、營養標示與長者健康等相關資料，並留下窗口聯繫資料，同意可持續進行案例與策略交流，深化彼此對健康促進策略的理解與合作。



圖 10、出訪人員與 Silvia Ganzerla 政策經理（左圖一）Afsaneh Neja 家庭醫師（左圖二）進行交流討論之合照

另，歐洲健康盟於會後於 LinkedIn 社群網路服務網站（擁有來自 200 個國家地區共 9.3 億註冊會員），發布當日與國民健康署參訪團會談的摘要，提升臺灣推動公共衛生的成果於國際間的能見度。

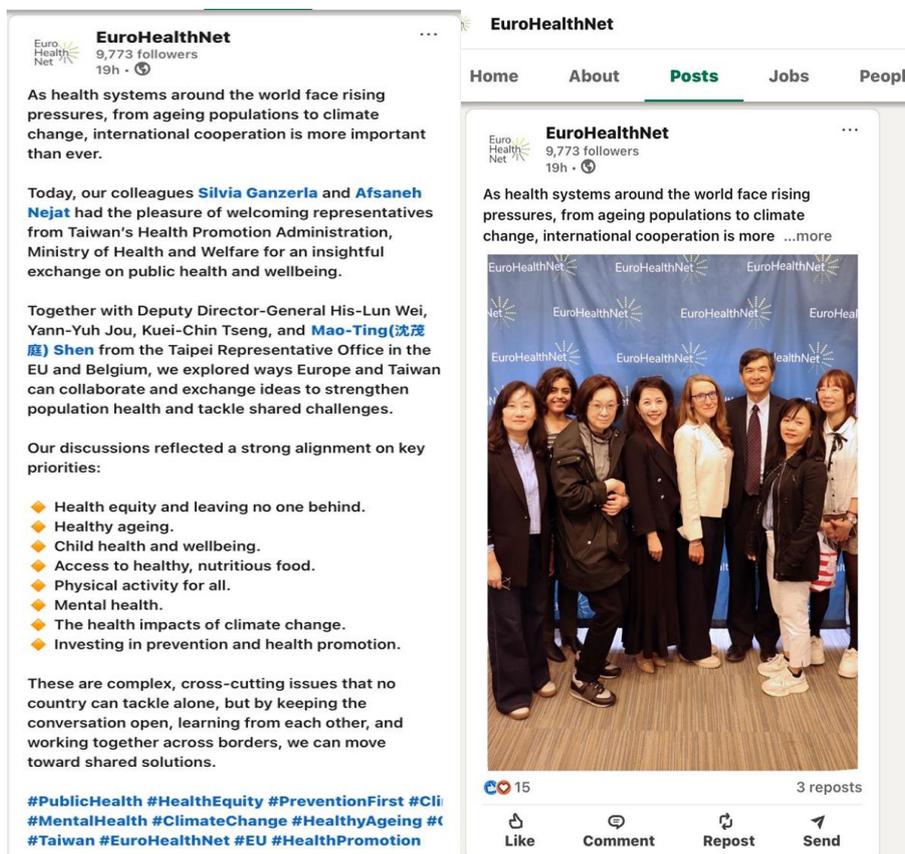


圖 11、當日與國民健康署參訪團會談摘要與合照

七、拜會駐荷蘭代表處

於 114 年 6 月 6 日上午拜會駐荷蘭代表處，田光中大使接見國民健康署參訪團，由魏璽倫副署長說明本次至荷蘭及比利時之衛生部門、當地醫療機構等參訪交流目的及行程安排等，並感謝代表處協助參訪團在荷考察及交流，除事前協助進洽相關單位及派員陪同參訪團拜會荷衛生、福利與運動部外，另於參訪團抵荷時協助接機照料及通關。同時向田大使報告，臺灣的慢性疾病防治成果與推動人工生殖之困境，並與荷衛生、福利與運動部，雙方就促進台荷公共衛生合作、慢性病防治及人工生殖政策等議題進行交流，並向該部國際司副司長 Andrea Connell 表達感謝荷方 114 年世界衛生大會（World Health Assembly, WHA）為臺灣直接執言，並邀請荷方未來回訪，以持續深化台荷在公衛相關議題之交流合作。

田大使向參訪團說明台灣醫療外交與國際貢獻，包含臺灣曾透過醫療團前往邦交國協助公共衛生建設，部分國家兒童死亡率明顯下降（如馬瑞下降超過 50%）。以「一國一中心」為策略進行國際合作，推動遠距醫療、醫療物資支援，期許公共衛生（如健康教育、疫苗、基礎照護）較醫療人才輸出更具永續效益，能讓社區自主改善健康行為，並贊許本次的參訪交流，促進國際合作。



圖 12、出訪人員（圖左一及二分別為國民健康署曾桂琴科長及周燕玉研究員；圖右三及一分別為魏璽倫副署長及傅千育技正）與 Dr. Martine van Miltenburg（圖右二）與駐荷蘭台北代表田中光大使（圖左三）於外交部駐荷蘭台北代表處之合照。

八、拜會歐洲人類生殖及胚胎學會（ESHRE）認證資深臨床胚胎學家暨荷蘭臨床胚胎學家協會（KLEM）之會員 Dr. Martine van Miltenburg

Dr. Martine van Miltenburg 服務於 Medisch Centrum Kinderwens（英國設立之 TFP 醫療中心之荷蘭診所），專長生殖醫學、癌症生殖學、癌症生理學、實驗室品質監管及專案管理，其表示因其為荷蘭某基因學協會之重要成員，所以接受國民健康署之拜會，國民健康署拜會人員與 Dr. Martine van Miltenburg 就荷蘭 ART 中心之人員管理規範、生殖細胞捐贈規範、人工生殖子女血緣知悉權等進行經驗分享及意見交流之重點如下：

國民健康署拜會人員向 Dr. Martine van Miltenburg 請益有關荷蘭 ART 中心之品質管理、生殖細胞捐贈及人工生殖子女之血緣知悉權之重點如下：

（一）荷蘭 ART 中心之品質管理：

1. ART 中心除依照政府頒布法令以外，尚須符合荷蘭婦產科醫學會（NVOG）及荷蘭臨床胚胎學家協會（KLEM）所訂之品質規範及指引，大部分 ART 中心通過 ISO 9001:2015 之認可，尚有部分 ART 中心採歐洲人類生殖及胚胎學會（ESHRE）專門針對 IVF 實驗室之歐洲品質系統規範，極少部分 ART 中心獲得相對之 ISO 15189 認證，係因 ISO 15189 之部分規範與 ART 中心無關。
2. 診所型態 ART 中心由專責不孕症治療之婦產科醫師及臨床胚胎學家共同管理，私人醫療機構尚有醫療總監及財務總監等人一同管理機構。
3. 醫師必須經年度繼續教育學分審查後獲得相關登記，荷蘭婦產科醫學會每年審查生殖醫學科醫師醫療行為有無符合規範、繼續教育、參加會議等內容後，達到一定積分，始給予該醫師相關登記。
4. 臨床胚胎師（荷蘭有 40 位）主要負責病患之遺傳性疾病諮詢、實驗室品質管理及與醫師共商做適合病人之治療方法，並非從事體外受精實驗室之操作工作，另有需具備大學學位之實驗室技術人員，此外，胚胎學家具具有博士學位及博士後學位，且需經 3 年之培訓及通過考試，且每 5 年審查臨床胚胎師繼續教育等資料，並給予臨床胚胎師新的登記，之後可以參加歐洲人類生殖及胚胎學會（ESHRE）之高級胚胎學家之考試，取得其高級胚胎學家資格（荷蘭有 7 名）。另比利時、德國、瑞典及丹麥也有臨床胚胎師之制度。
5. 由負責值班之醫師執行受術對象之人工生殖醫療，故 1 位病患之完整 IVF 治療可能由數位醫師合作提供服務，由經訓練之專業護理師執行 IUI，除非醫師有醫學理由須由醫師執行 IUI。另於荷蘭診所，護理師可提供藥物諮詢服務及抽血服務。

(二) 荷蘭不允許由醫療院所自行向病患收取不孕症治療費用，異性戀伴侶係由法定強制醫療保險負擔費用，單身女性或女同性戀伴侶實施 IUI 由政府補助相關費用。

(三) 生殖細胞捐贈：

1. 禁止買賣生殖細胞，允許無償捐贈精子或卵子，僅提供捐贈人因捐贈所需交通費，並負擔捐贈生殖細胞所需醫療、檢查及冷凍費，每次捐卵約需 650 歐元；另荷蘭尚無訂定補償捐贈人費用之上限。
2. 1992 年民間團體基於匿名捐贈生殖細胞制度所訂定一位捐贈人可有 25 位血緣親生之人工生殖子女之指導方針，實施直到 2018 年，然於 2004 年立法禁止匿名捐贈生殖細胞，並經考量同一位婦女希望使用同一捐贈人之生殖細胞所形成胚胎產下子女，且個別 ART 中心難以掌控使用一位捐贈人所生之人工生殖子女數目，該指導方針修正為一位捐贈人生殖細胞可提供予 12 個家庭使用，並於 2025 年 4 月納入法規，且 ART 中心可透過國家捐贈人資料庫查詢某位捐贈人於其他 ART 中心捐贈生殖細胞之情形及次數。
3. 人工授精捐贈者資料辦法 (WDKB) 自 2004 年 6 月 1 日生效，捐贈人以實名捐贈，不得以匿名捐贈。另比利時、西班牙則採匿名捐贈。
4. 政府不介入生殖細胞之捐贈，僅建立生殖細胞捐贈人及接受捐贈者之資料，以維護人工生殖子女之血緣知悉權。
5. 生殖細胞捐贈要符合歐盟規範- Directive 2004/23/EC of the European Parliament and of the Council of 31 March 2004 on setting standards of quality and safety for the donation, procurement, testing, processing, preservation, storage and distribution of human tissues and cells，規範重點如下：
 - (1) 生殖細胞，必須依照高品質與高安全性標準進行處理與管理。包括從捐贈到使用之間的所有過程，如：檢驗、保存、儲存與運送。
 - (2) 捐贈者的篩選與檢測 (Donor Selection and Testing)：必須對所有捐贈者進行健康檢查與病史評估，以避免感染疾病的風險 (如 HIV、B 型/ C 型肝炎等、常見之性傳染病)。強調自願且無償捐贈 (voluntary and unpaid donation) 原則。
 - (3) 可追溯性 (Traceability)：求捐贈者與所捐贈的細胞從來源到最終使用皆可追蹤，並保存資料至少 30 年。建立唯一識別碼 (Single European Code, SEC) 以標記每個樣本。
 - (4) 資訊保存與保密 (Data Protection and Confidentiality)：需保護捐贈者的個人

資料，資訊揭露需在法規允許的範圍內進行，並尊重隱私權。

- (5) 授權與監管 (Authorization and Supervision)：所有進行上述活動的機構（如生殖中心、醫院實驗室）必須經荷蘭衛生福利與運動部（VWS）授權。並由荷蘭衛生、福利與運動部衛生與青年保健督察局（The Health and Youth Care Inspectorate, IGJ）由執行檢查。
6. 捐贈生殖細胞須由完成訓練之專業人員，來落實生殖細胞捐贈者（下稱捐贈人）之知情同意程序，如胚胎學家會提供捐贈人諮詢服務，其項目包括捐贈程序、一次捐精蒐集多少管精液、篩檢項目及親赴診所次數，依歐盟規範及人工授精捐贈者資料法，告知其相關資訊，例如治療目的、醫療風險、捐贈人資料提供予使用其精卵之人工生殖技術所生兒童規定等。
7. ART 中心會先進行捐贈人之精液分析，包括精子數量及活動度，如果精液品質符合，醫師才會檢查捐贈人之生理及心理狀況，抽血檢查最常見之性病，然於荷蘭檢測捐贈人之基因是不常見，歐洲精子銀行會檢查捐贈人之最常見的隱性致病基因。另醫師也會檢查欲受術對象之生理狀況。
8. ART 中心之社工或心理師以詳細問卷評估捐贈人及欲受術對象之生理及心理狀況，包括其 3 等血親之家族病史，由心理師評估捐贈人及欲受術對象之心理健康，若家族中有 3 人患有思覺失調症，不允許捐贈生殖細胞。ART 中心之團隊會一同評估捐贈人或欲受術對象是否適宜捐贈生殖細胞或適宜接受人工生殖醫療服務，並非由一位醫師為相關醫療決定。若 ART 中心醫師及心理師評估欲受術對象後，懷疑該欲受術對象有無兒童照顧能力時，且與病人溝通後，也會請外部專家協助評估其兒童照顧能力。
9. ART 中心之社工會告知捐贈人，他不會是人工生殖子女之父或母，社工師也與欲受術對象，諮商如何告知人工生殖子女討論其與生殖細胞捐贈人之血緣關係。

(四) 人工生殖子女血緣知悉權：

1. 精子或卵子之生殖細胞捐贈及代孕均採非匿名方式。
2. 2004 年 6 月 1 日之後之捐贈人，醫療機構向人工受精捐贈者資料委員會 (College donorgegevens kunstmatige bevruchting, CDKB) 通報其資料，包括姓名、出生日期、居住地、捐贈類型及依《一般規定公民服務號碼法》獲得公民服務號碼，並通報受贈女性之姓名、出生日期及依《一般規定公民服務號碼法》獲得公民服務號碼，並取得 CDKB 所發之捐贈人及受術對象註冊號碼後，才能實施人工生殖。並通報捐贈人之下列資訊：

- (1) 身高、體重、眼睛顏色、髮色、直髮或捲髮等身體特徵。
 - (2) 教育。
 - (3) 職業。
 - (4) 年齡、婚姻狀況、家庭結構及捐贈者之特徵和特性之描述等社會背景資料。
3. 人工生殖子女可於 12 歲時，獲得父母同意的情況下查詢其捐贈者之非辨識資訊，提供該子女之父母有關捐贈人之身高、體重、眼睛顏色、髮色、直髮或捲髮等身體特徵、教育、職業及有關社會背景等非辨識性資料。
 4. 已滿 16 歲之人工生殖子女得查詢捐贈人之辨識資訊，包括姓名、生日及居所，並可與捐贈人聯繫，並通知該子女之父母，然法令未強制捐贈人要與該名人工生殖子女見面。
 5. 捐贈人未敘明匿名捐贈，不得拒絕告知人工生殖子女捐贈人之訊息，除非告知相關訊息會造成子女傷害，例如捐贈人為謀殺犯人。但 2004 年 6 月 1 日以前出生之人工生殖子女，且其母親與其生殖細胞捐贈人先前已達成匿名捐贈之生殖細胞者，於查詢捐贈人識別資訊時，需先取得該匿名捐贈生殖細胞之捐贈人同意。
 6. 捐贈人完成捐贈並產下人工生殖子女後，如發現罹患基因缺陷之疾病，醫療機構需通報政府，政府會通知使用其生殖細胞之婦女。
 7. 雖然未強制規範 ART 中心追蹤人工生殖子女之出生情形，ART 中心會主動詢問受術婦女其子女之情形，若捐贈人或經由捐贈生殖細胞人工生殖技術所生之子女經診斷罹患重大遺傳性疾病，醫院臨床遺傳學部門之醫生可以向人工受精捐贈者資料委員會 (CDKB) 索取聯絡方式，並於人工受精捐贈者資料委員會 (CDKB) 之系統登記該訊息，以便告知該捐贈人或經由捐贈生殖細胞人工生殖技術所生之子女。然 ART 中心發現捐贈人攜帶重大遺傳疾病之隱性致病基因 (子女於血緣父母均帶有該隱性致病基因才會罹患疾病)，並未強制將該訊息向人工受精捐贈者資料委員會 (CDKB) 之系統登記，ART 中心會針對將接受該捐贈人之生殖細胞婦女，提供遺傳諮詢服務，以便該婦女檢測該隱性致病基因，防止其子女罹患該遺傳性疾病。
 8. 捐贈人或經由捐贈生殖細胞人工生殖技術所生之子女，可向人工受精捐贈者資料委員會 (CDKB) 查詢捐贈人生殖細胞已使用於生殖醫學治療次數。
- (五) 依荷蘭民法，代理孕母為代孕子女之母親，委託代孕者則需透過收養程序，始能成為代孕生殖子女之父或母，荷蘭政府已著手就代孕生殖子女之親子關係研議修法，可能要許多年後才會完成修法。

- (六) 荷蘭制定嚴格的胚胎法，禁止使用捐贈之卵子及捐贈之精子來製造研究使用之胚胎，研究僅能使用因人工生殖而製造出品質較差不移植入人體之胚胎。
- (七) 荷蘭臨床胚胎學家協會（KLEM）下設品質委員會，討論體外受精實驗室之關鍵績效指標，於荷蘭之每個人皆有相同的病歷系統，可以查詢植入多少個胚胎及胚胎品質。



圖 13、出訪人員（圖左一及二分別為國民健康署曾桂琴科長及周燕玉研究員；圖右二及一分別為國民健康署魏璽倫副署長及傅千育技正）與 Dr. Martine van Miltenburg（中間）於外交部駐荷蘭台北代表處之合照

九、「打造預防導向醫療：德國健保制度與實務應用」視訊會議

在面對全球高齡化、慢性病負擔加劇與醫療資源壓力的趨勢下，德國多年來致力於推動預防導向的健保與照護制度，建立以「健康促進與疾病預防」為核心的醫療體系。其法定健康保險制度（Gesetzliche Krankenversicherung, GKV）涵蓋約九成以上人口，不僅保障全民基本醫療服務，更透過法規明定的健康檢查、疫苗接種與健康促進課程補助機制，有效整合預防醫學資源，實現公共健康的普及與公平。本次會談係由德國學者黃漢平博士及陳克旻博士分享德國健康保險制度、預防保健、癌症篩檢與醫療分潤合作模式等作法。透過交流過程中，深入瞭解德國健保制度的結構與實務，對於台灣未來推動預防導向醫療政策、強化社區健康治理提供寶貴借鏡。

（一）雙軌健保體系與預防給付制度

德國採取法定健康保險（GKV）與私人醫療保險（Private Krankenversicherung, PKV）並行制度，其中 GKV 為多數民眾所屬，並依法提供全面的醫療與預防服務。GKV 涵蓋內容包括基本醫療、疫苗接種、健康檢查、癌症篩檢、慢性病治療與康復照護等。多項預防服務如成人健康檢查（Check-up 35）、乳癌篩檢、兒童健康檢查（U1 - U9）等皆納入健保給付；部分醫療需小額自費，並設有年度自費上限（通常為年收入 2%）。此制度保障全民健康權利並導入費用控管機制，兼顧公平與財務永續。

（二）健康促進課程補助與數位健康應用

根據《社會法典》第五卷（SGB V）規範，GKV 需補助投保人參與健康促進課程。課程類型涵蓋四大面向：運動與身體活動、營養與飲食習慣、壓力管理、成癮防治（如戒菸），每年最多可獲得兩門課程補助（每門約 80 - 100 歐元）。此外，疫情後德國快速推動數位健康應用（Digitale Gesundheitsanwendungen, DiGA），允許醫師開立經認證的數位健康 APP 作為處方，涵蓋戒菸、焦慮管理、減重等領域，擴大個人化預防介入的可能性，亦展示德國醫療數位化的進程。

（三）家庭醫師制度與慢性病管理計畫（DMP）

德國健保體系強調「家庭醫師制度」作為照護協調中心，病患可選擇家醫為第一接觸窗口，進行初診與轉診安排，提升慢性病照護的整合效率。進一步，德國建立慢性病管理計畫（Disease Management Programme, DMP），針對糖尿病、冠心病、氣喘、COPD 與乳癌等，提供定期門診、衛教、追蹤與個別化指標管理，強化病患自我照護能力並降低併發症與醫療成本。此制度呈現「預防併發、延緩惡化」的實踐成效。

德國健保制度透過高度制度化的健康促進與預防策略，成功建立涵蓋全生命歷程的照護體系，尤其在健康檢查、疫苗接種、課程補助與慢性病管理上展現政策整合力。其家醫制度與數位工具應用也為基層醫療與個人化健康介入提供具體模式。台灣可參考其預防導向醫療政策架構，強化法規支持與跨部門整合機制，從風險因子管理到長期照護策略，推動更具前瞻性與永續性的全民健康治理體系

德國採多元競爭投保制度，由超過百家法定保險公司提供核心醫療服務，並可因應需求提供附加保障。公務員多屬私人保險體系，與台灣全民健保模式不同。預防保健與健康促進由保險公司主導並具有高度彈性，相關決策依據醫療科技評估（Health Technology Assessment, HTA）進行。保險公司與醫療機構間亦可建立分潤合作，推動整合照護計畫並依成效回饋資源。相較之下，台灣因單一支付者制度與預算分離，缺乏跨制度合作誘因。與會者認為德國制度具高度參考價值，未來可進一步研究其授權機制與跨部門合作架構，以強化我國預防醫學與健保資源整合效能。

德國健康保險與預防照護制度，重點摘要：

（一）多元投保制度與彈性設計

德國健康保險制度採多元投保機制，設有逾百家法定保險公司（如 AOK、TK），皆依《健康保險法》提供基本保障內容，惟在疫苗補助、眼鏡費用等細節項目上具有差異性。民眾可依地區與需求選擇投保對象，制度具高度彈性與在地適應性。此外，公務人員多採私人保險制，由政府支付保費；另有附加保險制度

(Zusatzversicherung)，允許民眾針對未涵蓋之項目（如非必要癌症篩檢）自費加保。

（二）保險公司角色自主，結合 HTA 決策機制

德國保險公司在支付項目決策上具備高度自主權，需依據醫療科技評估（HTA）結果進行成本效益分析，以決定是否涵蓋篩檢、疫苗等服務。部分保險公司亦為吸引投保者，提供額外運動補助、視力補助等具創新性與市場競爭力的服務內容，突顯其市場導向與資源靈活調配能力。

（三）預防保健制度整合於健保體系中

德國將預防保健與健康促進服務（如疫苗接種、健康課程與定期檢查）納入法定保險服務範圍，由保險公司直接提供或委外執行。相較之下，台灣由國民健康署負責預防保健，經費來自政府預算並獨立於全民健保體系之外，需逐年提案爭取，制度連貫性與資源穩定性相對較弱。

（四）總額支付下的醫療資源外移與分工挑戰

台灣實施健保總額制度後，部分癌症確診與後續追蹤、代謝症候群管理等原屬健保給付之項目，逐漸移轉至國民健康署執行。此現象顯示在單一支付者架構下，預防醫療服務易受總額限制影響，資源難以靈活配置，亦缺乏跨機關分潤與合作誘因。

（五）成效導向的醫療合作與資源回饋模式

德國部分保險公司（如南德 AOK）與地區醫療機構合作推動為期 10 年之整合健康管理計畫，涵蓋預防、診斷與治療全程。若該合作成功協助節省醫療支出（如 500 萬歐元），保險公司將依據比例（5~10%）提供回饋金作為分潤獎勵。此模式兼顧成本控管與基層激勵，具高度參考價值，建議可研究推動「節省健保支出 → 回饋公共衛生單位」之誘因制度，以強化預防導向的合作治理結構。

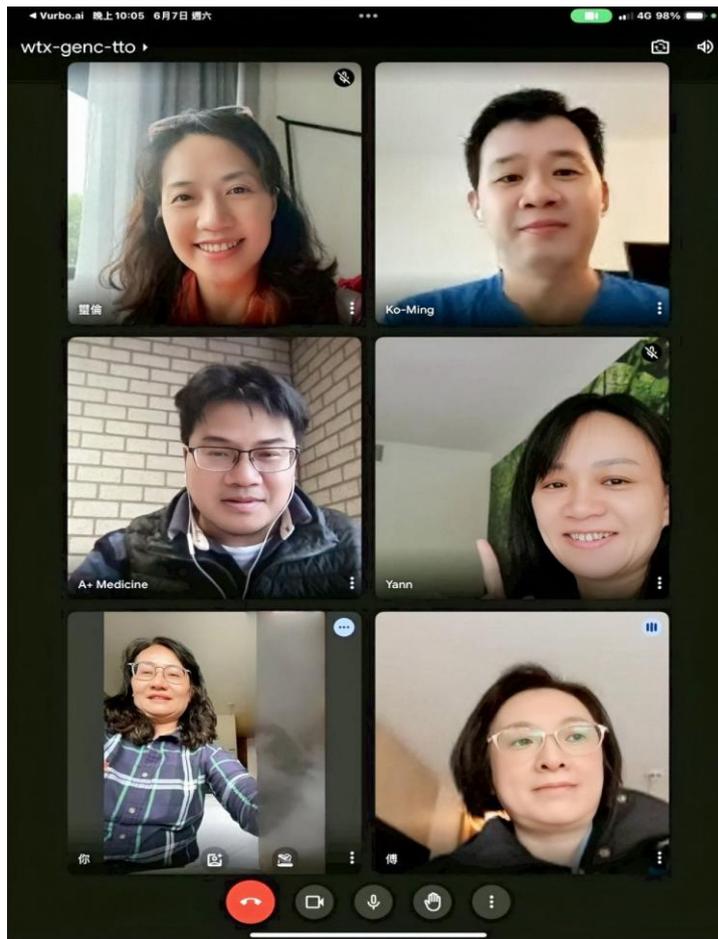


圖 14、本次會議原與德國學者黃漢平博士及陳克旻博士，於荷蘭海牙進行實體交流，囿因荷蘭鐵路罷工，故改為視訊會議。

（圖中依序第一排由左至右為國民健康署魏璽倫副署長，皮膚科診所陳克旻博士；第二排由左至右為歐洲華人遠距醫療及健康管理公司黃漢平博士，國民健康署周燕玉研究員；第二排由左至右為國民健康署曾桂琴科長及傅千育技正）

伍、心得與建議

本次赴荷蘭、比利時進行參訪與雙邊交流，深刻體認到歐洲國家在健康政策與制度推動上的前瞻視野與務實作法，提供我國在人工生殖、慢性病防治及健康促進等多項政策上具體借鏡。就人工生殖部分：

- 一、荷蘭人工生殖專家就我國擴大不孕症治療補助方案之成果相較其他人工生殖議題較為關注，建議整理該補助方案提升單胞胎率等促進母嬰健康之實施成果部分，並發表於國際期刊或國內、外相關研討會，並可研議提高妻年齡未滿 36 歲之該方案補助對象之補助金額。
- 二、參酌荷蘭婦產科醫學會將實施人工生殖之醫療機構活產率及懷孕率等數據對外公布，並佐以解釋數據之補充說明，因受術女性年齡超過 42 歲則其活產率及懷孕率均低，促使荷蘭實施人工生殖之醫療機構會自主限制受術對象之年齡，以維護母嬰健康等經驗，建議邀集專家研議及評估對外公布我國人工生殖機構之關鍵績效指標數據，如活產率之可行方式。
- 三、縱然荷蘭及比利時法令尚無相關施術前之人工生殖子女利益評估規範，本次參訪荷蘭婦產科醫學會及比利時實施人工生殖之醫療機構均重視未來出生人工生殖子女之利益，施術之醫療機構會於施術前，針對欲受術對象進行問卷評估與諮詢，此經驗可作為未來人工生殖法修法之參考。
- 四、基於荷蘭規範實施人工生殖之醫療機構建立品質管理及保證系統，並通過 ISO 品質管理規範之認可，並參訪比利時布魯塞爾自由大學附設醫院之布魯塞爾 IVF 中心之實驗室於獲得 ISO-15189 認證及其臨床醫療照顧方面獲得 ISO 15224 認證書，建議參酌 ISO 9001 品質管理及保證規範及 ISO-15189 與人工生殖機構實驗室相關部分，以及歐洲人類生殖及胚胎學會（ESHRE）品質管理規範，尤其是比利時布魯塞爾自由大學附設醫院之布魯塞爾 IVF 中心再三強調之生殖細胞及其所有人之身分確認步驟，研議修正人工生殖機構許可辦法之第 8 條之附表三人工生殖機構申請再次許可審核項目表。

此次國際參訪行程收穫豐碩，過往除了文獻探討、與國內學者共同商議三高慢性疾病的現況及對策外，無法及時掌握國際醫學趨勢及三高慢性疾病防治創新作法，在政策推動上也遭遇瓶頸。透過此次參訪，瞭解國際間三高慢性疾病防治工作所面臨的挑戰及解決之道，亦能吸收各國新知，以利優化當前施政目標及計畫。總結如下：

一、推動「健康融入所有政策」的跨部會治理架構

EuroHealthNet 所倡議的「Health in All Policies」理念，強調健康政策不應局限於衛生部門，而需橫向連結教育、社會服務、勞動、城市規劃等領域。建議有跨部會健康政策協調機制，累積協作經驗，讓健康影響評估（Health Impact Assessment）成為未來各項重大政策的基礎。

二、重視社區參與與健康不平等縮減策略

荷蘭與比利時皆重視社區在健康促進中的角色，並透過居民參與、弱勢識別與友善設計，有效回應健康不平等問題。建議在推動全民健康促進政策時，應強化社區健康營造、提升民眾健康識能，並加強與主管機關協調合作，落實健康公平精神。

三、健保與預防保健體系應強化整合

本次參訪發現，荷蘭或比利時皆展現預防保健與基層照護的整合策略，其中以「關懷鄰里（Caring Neighbourhoods）」在地照護模式最具代表性，透過社區參與及多元服務連結，針對高齡族群進行主動服務介入，促進醫療、健保與公共衛生資源協同運作，且強調多數政策並非針對單一疾病進行防治，而是針對生活型態與社會決定因素進行普遍性健康促進。

四、借鏡德國經驗，研擬我國預防保健數位政策設計

參考德國健康促進與預防領域之經驗，其不僅提供涵蓋運動、營養、壓力管理及戒菸的課程補助，疫情後亦加速推動數位健康應用（DiGA），使民眾能透過醫師開立經認證的健康管理 APP 作為處方。此模式顯示，若能將預防政策結合數位科技應用，將能有效提升民眾健康識能並強化慢性疾病風險管理，台灣未來可借鏡此作法，推廣數位健康工具，結合 AI 衛教資源或營養、運動管理 APP，並搭配慢性疾病管理相關數位工具(如科學算病館)，設計相關獎勵及誘因，促進民眾自我健康管理能力。若能透過跨部門合作並整合醫療資源，將建構更具前瞻性與永續性的全民健康促進體系。

表一、荷蘭、比利時、德國推動政策比較

| 面向 | 荷蘭 | 比利時 | 德國 |
|---------|------------------------------|--------------------------|-----------------------------|
| 跨部門合作 | 衛生部與社會、教育部門共擬健康促進政策 | 部門與地方合作，整合預防、照護與福利政策 | 政府、保險與醫療組織共同設計 DMP 與品質評估 |
| 健康促進策略 | 健康在所有政策；健康城市、校園飲食、運動設施普及 | 關注社會弱勢與高齡者參與；建立社區健康行動平台 | 法定健檢制度；社區健康推廣由保險機構支持 |
| 慢性病防治模式 | 家庭醫師制度結合社區健康中心；數據驅動預防與生活型態介入 | 關懷鄰里政策；地方政府主導整合健康與社會照護資源 | 疾病管理計畫（DMP）；強制性健康保險涵蓋慢病追蹤 |

整體而言，本次參訪顯示，歐洲各國已朝向「預防優先、健康為本」的治理目標發展，並積極串聯社區、公衛、醫療、社會福利與教育等部門，實踐跨領域整合政策。建議我國未來在推動人工生殖法修正、慢性病防治及健康促進策略時，應擴大跨部會合作，強化制度設計與資源整合，以回應少子高齡、慢性病負擔與健康不平等公共衛生挑戰。