

Lam, Wai-Man. Understanding the Political Culture of Hong Kong: The Paradox of Activism and Depoliticization. New York: M.E. Sharp, 2004; Lau, S. K. Society and Politics in Hong Kong, Hong Kong: Chinese University Press, 1982.

① 被访的社团中, 40.6%有核心成员被委任为政府各咨询委员会成员。

② Lui, Tai-lok, Hsin-chi Kuan, Kin-man Chan, and Sunny Cheuk-wah Chan, Friends and Critics of the State: The Case of Hong Kong, In Robert Wellner ed., Organizing Between Family and State: Non-Governmental Organizations, Globalization and Political Change in Asia, edited by. NY: Routledge, 2005 at 20-41.

③ Miners, Norman, The Government and Politics of Hong Kong, Hong Kong: Oxford University Press, 1975, 1998.

④ 研究显示 38.2%的团体主要靠会费收入, 22.2%靠筹款, 16.4%依赖政府补助, 15%靠活动收入、2.9%靠私人企业捐助, 5.3%靠马会/公益金, 4.8%靠其它本地基金, 2.4%依赖外地团体, 14.4%靠其它收入。

⑤ 引自香港大学公民社会与管治中心的一份未发表报告。

⑥ 该研究访问了642家非营利组织, 包括教育与研究、专业工商与工会、地区性、公民及倡议性、法律服务、政治、社会福利与服务、卫生、环境、体育、艺术与文化、宗教、基金会等14类。详情可参阅特区政府中央政策组网页。

台湾地区健康城市与健康社区之营造

许世雨*

一、前言

世界卫生组织指出 (WHO),^① 工业化国家都市居住人口比率在 1990 年为 63%, 2005 年将增加到 80%, 而全世界则有一半以上的人口都居住在城市之中。另依据联合国“2001 年世界都市化展望”资料, 2005 年世界前 30 大都市的人口都已在 700 万以上。这样高度的城市发展, 尤其是工业化的城市, 都将面临着许多社会、卫生及生态等问题, 包括人口密度、交通拥挤、生活紧张、不符合卫生的饮水和食品、污染的生态环境、暴力及伤害等问题, 这些也正逐渐成为威胁人类健康的重要因素。因此, WHO 对城市的存在和发展提出了新的呼吁, 即城市不仅仅是作为一个经济实体而已, 更应考虑成为生活、呼吸、成长和愉悦生命的现实空间。WHO 欧洲总部于 1986 年提出“健康城市计划”, 邀请欧洲 21 个城市代表共同研拟可行工作模式, 其清楚地勾勒出健康城市的远景, 并呼吁结合地方的力量, 由社区居民、政府、企业、民间团体等形成共同意识, 为发现并解决地方上与健康相关的问题而努力, 以营造健康城市, 达到全民健康的目标。^② 而“二十一世纪议程”更将人的健康视为永续发展的基础; 先进的永续模型里, 健康及生活质量已与生态环境、持续的经济活力三足并立。^③

健康城市营造所探讨与关心的议题不仅是个人的身体健康层次, 也扩及文化生活、居住环境、社会生活、社区参与等广泛层面。此外, 健康城市的建构, 需从地方社区开始落实推动, 因为“远距官僚人员” (distant bureaucracies) (中央与州政府) 并不了解地方的需求、特殊的环境、历史、文化等, 中央与州政府所采取一体适用的 (one size fits all) 解决方法也常是错误的, 因而需要培养公民责任并进行社区参与,^④ 如此, 才是健全且永续发展的社区健康营造。T· Hancock 也认为, 健康社区一定得是永续社区 (Healthy communities must be sustainable communities), 关乎永续的环境保护、生活型态、资源利用及社区营造等, 无一不与健康密切相关。

台湾地区由于人口密集 (2002 年人口密度为每平方公里 622 人, 2003 年都市人口比率为 78%)。加上 SAS 事件的警惕, 都市健康问题显得尤为重要。台湾地区各主要城市 (尤其是台北市、高雄市、

* 作者为台湾中国文化大学市政暨环境规划学系副教授、台湾政治大学第三部门研究中心兼任研究员、政治大学公共行政学博士。

台南市、台中市等)也正如火如荼地推动健康城市运动。自1999年开始推动“社区健康营造计划”,希望透过社区民众共同参与,结合社区热心人士、第三部门团体、专业医疗机构及政府资源等,补助各县市(乡镇区)成立社区健康营造中心,以共同解决社区居民健康问题,并达“健康生活化,生活健康化”的目标。至2005年4月,台湾地区已成立325所社区健康营造中心。并正积极地推动健康城市与健康社区之营造,为因应此项风潮,本文之研究内容与目的包括:1.了解健康城市之发展、意涵、指标及推动步骤;2.探讨社区健康营造之意涵与影响因素;3.介绍台湾地区推动健康城市与健康社区之发展;4.探讨第三部门组织推动社区健康营造之角色;5.对推动健康城市与健康社区过程提供相关建议;6.希望为政治学或公共行政学界探索一个新的研究领域。

二、健康城市之发展、意涵、指标及推动步骤

(一) 发展

根据J·Ashton(1992)在《健康城市》(Healthy City)一书中所言,健康城市的发展,可分为三个阶段:

1. 以卫生观念为重

19世纪末以前,由于传染病蔓延,加上都市缺乏良好的环境、饮水及食品卫生,人民及都市的健康状态都非常不好,因此当时的都市政策以重视卫生观念为主。为解决都市卫生问题,世界各地纷纷举行与促进都市健康有关的会议,希望藉由这些会议讨论的结果,来解决都市的健康问题。

2. 以治疗观念为重

1930至1970年代之间,传染病已受控制,但却发生了二次世界大战,使得人民及都市健康状态处于战火之中,故此期间的都市政策改为以重视治疗为主。

3. 以健康观念为重

20世纪70年代以后,随着各国经济发展的荣枯,各都市间发生不同程度的成长或衰退,有些都市甚至有严重的失业与发展迟滞现象,使得各国政府不得不加以重视。尤其是1980年代的世界性经济不景气,许多国家的都市都受到不同程度的影响,都市间发展的差距扩大,有些都市甚至长期人口流失,传统产业衰败,失业率激增,都市生活恶化。故在1986年时,WHO就开始展开一连串“健康城市计划”(Healthy City Project)运动,希望藉由此运动的推行,能改善都市的问题;并藉由市民参与和公私部门协力合作共同推动此计划,以使都市居民能过着健康的生活。因此,此时期的都市政策不再是以治疗为主,而是以改善社会环境为主。

健康城市的概念最初来源于WHO1978年Alma Ata全民健康(Health for All)宣言,该宣言清楚地指出政府对于促进人民健康的责任,此后,于1986年WHO在第一届国际健康促进会议后,提出渥太华健康促进宪章(Ottawa Charter for Health Promotion),进一步地宣示促进健康不仅是卫生部门的责任,并且超越健康的生活方式,以臻福祉的境界;同时又以健康城市计划落实于地方层次,自此全世界各国(各城市)即陆续展开健康城市的运动。渥太华健康促进宪章之重点包括:(1)建立健康公共政策;(2)创造支持的环境;(3)强化社区活动;(4)发展个人技能;(5)调整健康服务方向。至今参与健康城市营造的都市已超过1000个。^⑤

(二) 意涵

依据K·Goldstien和Kickbusch的观点,健康城市是一个持续地创造和改善城市的实体与社会环境,拓展社区相关资源,使居民能相互支持,以实行其所有的生活功能,并发挥每个人最大潜能的城市。^⑥因此,健康城市是一种过程,而不是一种结果。也就是说,健康城市是指居民具有一定的共识,想去改善与健康有关的环境,而非单指居民的健康达到某一特定水平。

WHO在“公元2000年全民健康的全球策略”一书中,将“健康”定义为:“健康并不是一个单一清楚的目标,它是领导人们迈向进步发展的过程。一个健康的人表示他有工作能力及有参与生活中社区的事务,而健康系统是指在家庭、教育机构、工作地点、公共场合、社区及健康相关机构都处于

健康状态,它同时也包含个人和家庭应采取主动态度去参与和解决他们自己的健康问题。健康的人不只是‘无病无痛’,实乃包括生理、心理及社会三方面的全人健康概念”。^⑥ 因此,早在1986年里斯本(Lisbon)会议中,将健康的特征表示如下:

1. 健康是社会事务,而非只是医疗事务;
2. 健康是都市中所有部门的责任;
3. 健康应受自然科学、社会、美学和环境专业领域的人所监督;
4. 健康是社区居民参与及公私部门合作的表现。

由上述的特征可看出健康概念重视的是自主权及合作;自主权是指人民对于影响生活的事务有控制权;而合作意味着健康不只是公部门的责任而已,健康应是公部门、民间组织及社区居民的责任。除此,Duhl也指出健康城市的意义可依个人、团体及社区、及全球等不同层次而有不同的解释:^⑦

1. 个人层次:以个人层次来看健康城市时,健康城市是指市民有成长及发展的权利,也有和平及免于恐惧的自由,并且对于影响生活的事务有控制权;
2. 团体及社区层次:指个人在团体中工作时,可免于剥削、工作有意义并能产生信赖及合作;
3. 全球层次:健康城市所关心的是世界资源的公平分配、生态限制的认知等相关议题。

从现实发展看,传统城市服务提供者的角色,已转变为健康城市连结者、协调者或组织者的角色,同样地,行政人员也由专家变为咨商者;二者对于城市追求的价值、主要职责、对城市资源及增进城市与人民关系角色的策略看法,已有很大的差异。值得注意的是,健康城市社区营造途径是采取非正式的、多元的、因地制宜的方式,并视社区和公民为伙伴,强调参与、信任及责任的关系。

(三) 评估指标

什么样的城市才能算作一个健康城市呢?为协助各国建立可量化评估的健康城市指标,WHO与欧洲47个城市研拟出32个指标,作为各城市建立自己城市健康数据的基础(City Health Profile),并作为检讨推动成效之参考。^⑧ 如表2:

上述32个指标事实上可根据各个城市不同的背景、特色等因素来增减其它指标,如可考虑是否将下水道接管率、治安情况或文盲比率列入参考。另外,每个城市所要推动的重点或优先级也会有所差异,如某一城市较重视健康服务指标,而另一个城市则强调环境指标。

(四) 推动步骤

为协助各国推动健康城市,WHO(1997b)研拟了“发展健康城市计划的20个步骤”,并分为三个阶段:开始期、组织期及行动期,如表3:

表2 健康城市评估指标

项目	健康城市指标			
A.	健康指标	A1. 总死亡率:所有死因	A2. 死因统计	A3. 低出生体重比率
B.	健康服务指标	B1. 现行健康教育计划数量	B2. 儿童完成所有法定预防接种的百分比	B3. 平均每位基层健康照护专业人员服务的居民数
		B4. 每位护理人员服务居民数	B5. 有健康保险的人口百分比	B6. 基层健康照护提供非官方语言服务之便利生
		B7. 每年市议会审查有关健康议题的案数		
C.	环境指标	C1. 空气污染	C2. 水的品质	C3. 污水污染物质去除率
		C4. 家户废弃物收集质量指针	C5. 家户废弃物处理质量指针	C6. 绿覆率
		C7. 民众可使用的绿地面积	C8. 闲置之工业用地	C9. 运动与休闲设施
		C10. 人行街道(徒步区)	C11. 脚踏车专用道	C12. 大众运输系统
		C13. 大众运输系统涵盖率	C14. 生活空间	
D.	社会经济指标	D1. 居住设备低于标准的人口比率	D2. 游民的人数	D3. 失业率

表3 发展健康城市计划的20个步骤

阶段	步 骤
开 始 期	1. 建立支持团队 (Building a support group)
	2. 了解健康城市观念 (Understanding healthy cities ideas)
	3. 了解城市现况 (Getting to know your city)
	4. 寻求计划经费 (Finding project funds)
	5. 决定组织架构 (Deciding organizational location)
	6. 准备计划书 (Preparing a project proposal)
	7. 取得议会同意 (Getting city council approval)
组 织 期	8. 成立推动委员会 (Appointing the steering committee)
	9. 分析计划环境 (Analyzing the project environment)
	10. 界定计划工作 (Defining project work)
	11. 设立计划办公室 (Setting up the project office)
	12. 规划计划执行策略 (Planning project strategy)
	13. 建立落实计划之能力 (Building project capacity)
	14. 建立各项评估机制 (Establishing accountability mechanisms)
行 动 期	15. 增进健康意识 (Increasing health awareness)
	16. 倡导策略性计划 (Advocating strategic planning)
	17. 动员跨部门行动 (Mobilizing intersectoral action)
	18. 促进社区参与 (Encouraging community participation)
	19. 促进创新 (Promoting innovation)
	20. 确保健康的公共政策 (Securing healthy public policy)

三、社区健康营造之意涵与影响因素

(一) 社区健康营造之意涵

社区健康营造起源背景同于健康城市,系因现代都市人口受到环境污染、工作压力、不当的生活作息、不良的饮食习惯及缺乏运动等因素影响,导致癌症与慢性疾病已成为现代人之主要死因,而要具体落实健康城市之理念,并有效运用社区资源,则需从社区健康营造着手。正如D·Clark所认为:^⑨社区健康营造着重于社区与社区组织上,并以两者作为推动社区变迁的起点。

社区健康营造包含社区、健康及营造三个要素,因此在精神、策略或目标上与社区总体营造有许多相似之处,两者同样必须唤起社区民众自主参与意识,结合社区资源来改善社区环境,提升社区民众生活质量,稍有差异的是,社区健康营造着重增进社区民众在生理、心理及社会等方面之健康,而社区总体营造则在追求社区文化与经济之目标。

B·C·Flynn (1992) 为更具体描述理想的健康社区,提出11项要素做为健康社区努力的目标:^⑩

1. 干净与安全的生活环境;
2. 稳定可持续发展的生态系统;
3. 相互支持的社区;
4. 对影响生活和福利之决策具有高度参与的社区;
5. 满足社区居民的基本需求;
6. 居民能藉多元管道获得经验和资源;
7. 多样化的社区经济活动;
8. 保留历史古迹并尊重地方文化;
9. 有社区计划;

10. 公共卫生与医疗的服务；
11. 提升健康状况与生活形态。

(二) 社区健康营造之影响因素

要成功地推动社区健康营造，相关的影响因素需加以了解并掌握之。依吴永钟（2001）研究中提出影响社区健康营造中心之因素包括：承办机构特性、社区特性、环境变量及社区健康营造中心对关键成功因素之认知。^⑧黄淑玲则归纳为四大因素：机构特性与机构质量、社区资源运用、活动议题规划及社区参与四大因素。^⑨本文归纳出以下8项因素，事实上这些因素也是社区健康营造的关键成功因素：

1. 受支持且共享的社区健康营造愿景：社区健康营造是否受到民众、政治、立法及行政的支持，形成一个全民愿景与理想，继而获得推动社区之认同，皆关系着社区健康营造之成败，以及是否能永续推动的关键。

2. 机构特性与运作情况：不同的城镇、不同的社区背景或不同类型的承办机构，对于社区健康营造议题之选择、服务之内容、推动之方式或绩效表现皆不同。因此，推动组织是否健全、有心有力、有效领导和运作，亦影响着社区健康营造之成效。

3. 主要推动人物：社区健康营造需有人发起且持续地推动，因此主要推动者是否热情、有活力，对社区健康营造之看法，是否了解整个社区的特质和问题，或其领导与管理能力如何，皆关系着社区健康营造之方向、策略及发展。

4. 社区内外部资源运用：包括社区的人力、物力、财力、人文及人际关系等资源。另外，也应包括社区外部资源，如政治（行政支持）、赞助经费、专家（专业）人力的投入等。

5. 社区民众参与：社区民众参与是社区健康营造的灵魂，更是主要的成功因素。由于民众才是社区的主人，与社区环境、生活息息相关，也最了解社区问题，因此透过民众自动自发、无私的参与，才能有效且长期地推动相关社区健康营造工作或活动。

6. 活动议题之规划与推动：在推动社区健康营造相关活动前，需先了解每一个社区之特性与问题，因为每个社区之特性不同，会有不一样的健康需求，服务的内容与推动方式亦应随之而异。此时，需运用社区健康评估，以确定社区健康需求，继而再拟定相关推动计划。

7. 跨部门的合作：社区健康营造的推动无法单靠政府的力量，而必须结合公、私（企业）及第三部门组织的资源共同努力才能落实推动。此一部分，也可由多元的社区健康营造推动机构情况中看出。

8. 良好的管理体系：包括计划的有效管理、可靠的社区健康信息系统、沟通协调机制、有效的营销（公关）策略及绩效（人员）评估系统等因素。

四、台湾地区推动健康城市与健康社区之发展

(一) 台湾地区社区健康营造之缘起与发展

台湾地区自1999年开始推动“社区健康营造计划”，除了与WHO、世界各国推动健康城市和健康社区营造运动有关，主要也是受到以下几种情况或现象之影响：

1. 疾病形态的改变：40多年来，台湾地区人民疾病形态已由传染病转变成慢性病与退化性疾病等，因此医疗保健工作的重点与方式也随着需予以更改。

2. 社区资源未被有效运用：台湾地区卫生基层人力有限，对于人口众多之乡镇区域，无法充分照顾到每一户的健康问题。而且，社区之人力、物力、财力等资源也尚未被运用于社区健康营造工作上，有需要推动增进社区（民众）对于健康之意识与营造，以由下而上的方式达到全民健康的目的。

3. 生活形态是造成疾病发生的主要原因：疾病形态以慢性病如：高血压、心血管疾病、糖尿病及癌症等，均与生活习惯和环境生态有关，包括：饮食不均衡、缺乏运动、吸烟、吃槟榔及未定期接受健康检查等，因此需要从生活形态的改善来促进健康。

藉由参与社区资源，使民众发掘社区的健康议题，产生共识并建立社区自主照护健康营造机制。

“卫生署”首先推动以下6大议题：(1) 健康饮食；(2) 健康体能；(3) 个人卫生；(4) 防治烟害；(5) 防治槟榔危害健康；(6) 安全用药。至2005年4月止，台湾地区已成立325个乡镇、市(区)社区健康营造中心。因为拥有健康不再只是靠个人的努力而已，更需要有支持性环境，以促使民众拥有健康的生活环境，健康的生活包括：接受预防接种、均衡饮食、规律运动、减少压力、避免有害健康危险因素、定期健康检查等。同时所谓健康生活是指充满生命力、创造力及参与力的生活。

2005年4月社区健康营造被纳入“台湾健康社区六星计划”^⑥6大面向之“社福医疗”项下执行计划之一：“落实社区健康营造”，要推动健康生活社区化，增进民众运动健身观念，并激发民众对健康的关心与认知，自发性参与或结合卫生医疗专业团体，藉由社区互助方式，共同营造健康社区。

按照台湾地区“行政院卫生署”的规划，到2007年，每一乡、镇、市(区)都能有一个社区健康营造中心，结合当地资源，鼓励社区民众能主动关心并解决社区健康议题，落实健康生活化，生活健康化的精神。“国民健康局”并于2003年开始办理“健康环境与空间营造”计划，营造类别包含：闲置空间改造、环境绿美化、视障者亲善空间改造、社区菜圃、健康市场、健康步道、安全通学路、社区篮球场、社区槌球场。^⑦该计划将健康营造与健康空间结合，鼓励社区民众找出“不太健康”的死角，改造成更适合社区民众活动的空间。因此，除了硬件环境空间的建设外，也配合社区健康营造之策略，透过社区民众或团体参与的过程，建立学习的机制与能力，并整合乡、镇、市现有组织资源或相关体系，发展后续的健康促进活动，并落实健康生活之目标。

(二) 社区健康营造推动的目标

1. 社区居民能主动地参与并推行健康生活方案，形成对健康的共识。
2. 培育社区健康营造的推动尖兵，将热心与爱心向外传播、向下传承，永续经营。
3. 人人都懂得主动寻找、吸收并运用健康信息，与社区一起分享、成长。
4. 自己动手来实行社区的健康议题，营造最适合的健康生活环境，你我共同的目标—建立健康的社区、城市及国家。

(三) 社区健康营造的策略与方法

1. 成立社区健康营造推动组织；
2. 订定社区健康议题；
3. 结合社区资源；
4. 激发民众共同参与。

(四) 推动社区民众参与意愿方式

1. 社区组织的运用：(1)设置“社区健康营造中心”推动组织之建立；(2)社区组织之评估，建立组织合作关系；(3)形成学习团体与支持网络，定期讨论、分享经验及成果。

2. 营造健康生活：(1)自助式生活教材的使用；(2)由社区健康营造中心人员与社区志工率先实践健康生活；(3)藉由志工的示范与口耳相传，引发民众对社区健康的主动参与和投入，并形成社区民众对维护健康的共识；(4)将健康议题与社区生活形态相结合，并融入日常生活当中，使之生活化、简单化；(5)透过适当转介与追踪，以减少医疗成本的浪费。

3. 召开讨论会：(1)定期召开工作社组讨论会，适时修正工作策略；(2)运用“工作坊”的方式，藉由主持人、专业人员及社区居民参与而产生互动，鼓励居民参与社区公共事务。

4. 办理社区健康活动：举办社区健康活动，应能同时达到丰富社区生活与社区动员的作用，让社区居民藉由参与活动而介入到社区公共事务，凝聚更多社区营造的生力军。活动类型如：社区联谊活动、亲子活动、运动会、保健讲座、社区学苑、健康相关议题海报展览、展示活动、研习营、社区健康刊物等。

5. 媒体传销：有效的媒体宣传对社区健康营造有事半功倍之效，而保持与社区媒体良性互动，让活动的曝光率提高，功用在于形象建立、活动讯息传播及激励内部士气等。

(五) 台北市健康城市计划^⑧

台北市政府期望建立“活力及健康”的永续城市远景，发展具有健康、活力、安全、快乐、关怀、

方便、干净、生态保育、科技、舒适、文化、福利、友善、互助、富裕及质量效率等特色之城市。

台北市推动健康城市的行动方案共分为7大健康方案，其下再分为26个子议题，这7大方案、26个子议题，详列如下（资料来源于台北市政府健康城市网站）：

- 方案1、提供健康饮食文化（活力、健康）
- 方案2、建构无压力之生活环境（活力）
 - 方案2.1 供应干净自来水（生态保育、干净）
 - 方案2.2 提供安全之就医服务（友善、安全、活力、科技、健康、关怀）
 - 方案2.3 确保消防安全（安全）
 - 方案2.4 改善市场经营（方便、富裕）
 - 方案2.5 强化心理健康网络（快乐、活力、关怀）
 - 方案2.6 促进交通安全（方便、安全）
 - 方案2.7 强化治安维护（安全）
 - 方案2.8 促进校园健康（安全、活力、健康）
 - 方案2.9 推广无烟环境（活力）
- 方案3、建构便捷之有形及无形网络（方便、活力、科技）
 - 方案3.1 建构网络新都（方便、活力、科技）
 - 方案3.2 建构便捷之捷运路网（方便、干净）
- 方案4、建构舒适之运动环境（活力、舒适）
- 方案5、建构健康之职场环境（友善、文化、安全、活力、福利）
- 方案6、建构爱心之生态城
 - 方案6.1 创造舒适之生活空间（文化、方便、活力、干净、健康、舒适）
 - 方案6.2 活化文化资产（友善、文化、生态保育、快乐）
 - 方案6.3 保护水资源（干净）
 - 方案6.4 净化空气质量（干净）
 - 方案6.5 加强推动资源回收（干净）
 - 方案6.6 经营永续生态环境（生态保育）
- 方案7、建构关怀族群之温馨城（关怀、福利）
 - 方案7.1 关心青少年（关怀）
 - 方案7.2 辅助原住民（健康、福利）
 - 方案7.3 保障妇女权益（安全、活力、健康、福利、关怀）
 - 方案7.4 外籍关怀（友善、文化、健康、关怀）
 - 方案7.5 幼儿关怀（安全、活力、健康、福利、关怀）
 - 方案7.6 社区参与和互动（富裕、福利）
 - 方案7.7 游民关怀（富裕、福利）
 - 方案7.8 低收入户辅导（友善、富裕、福利）
 - 方案7.9 提升老人之照护福利（安全、活力、健康、福利、关怀）

从台北市推动健康城市的7大行动方案与26个子议题，可以看出台北市推动健康城市的范围和重点，而这些议题颇为广泛，涵盖饮食、医疗、生态、环保、文化、科技、治安及社会福利等，同时，亦在追求多元的目标，包括：安全、活力、健康、文化、富裕、福利、生态保育、便利、友善等目标。

（六）台北市北投区社区健康营造经验

财团法人老五老基金会负责推动台北市北投区社区健康营造工作，首先在该地区招募保健志工，进而与该地区之宗教团体、公益团体、机关、学校等合作推动健康体能、健康饮食、社区关怀、慢性病防治、医疗保健筛选、急救训练等活动。此外，依各社区需要订定优先推动之健康议题。

在社区健康营造过程中的成功因素是：能与社区团体和里长结合、志工运用、制作精美文宣、分

工合作、激发社区民众参与等。

五、结论

个人的健康与否已不只是个人的因素或问题，而是与整个社区、城市或国家皆有所关联。因此，近年来世界各国推动健康城市与健康社区营造之风潮值得注意。此外，健康的观念也不再只停留在过去只对“生理”的重视，或只部分注重个人“心理”的健康，事实上透过社区健康营造可同时兼顾到个人在生理、心理及社会的健康，并且达到“健康生活化，生活健康化”的目标。而台湾地区各级政府也正因应这个情势，积极地推动健康城市与健康社区之营造。

就推动健康城市与社区健康营造，本研究有以下初步之结论。

（一）健康的城市才是永续的都市

正如Hancock认为健康社区一定得是永续社区，⁹ 本文认为健康的城市才是永续的城市。因为，健康对个人、社区及城市而言皆同样重要，而三者间之健康连结关系也愈趋紧密，有健康的城市和社区才有更健康的个人，以及更健康的下一代。

（二）社区意识与社区营造

健康社区之营造除了相关法令、资源之支持外，最重要的还是人的因素，尤其是社区居民社区意识之建立与发挥，可以激发社区民众厘清自己的健康需求，或透过公民会议来凝聚共识、设定自己的健康议题，进而结合社区资源，建置支持环境，协助民众落实健康的生活形态，将健康导入日常生活中，奠立永续健康城市与社区建构之基础。

（三）掌握社区健康营造的关键成功因素

包括：（1）建立受支持且共享的社区健康营造愿景；（2）根据不同的城市与社区特性，选择合适的社区健康营造议题与方式；（3）培养社区健康营造推动人才，激发推动人员之热情与活力；（4）善于运用社区内外部资源；（5）促进所在地民众与社区组织（所在地团体）之社区参与；（6）促进政府、企业与第三部门间之跨部门合作，以及不同承办团体间之观摩学习；（7）加强志工之运用与训练；（8）对健康营造计划作有效地管理，建立可靠的社区健康信息系统，进行有效的营销（公关）策略及绩效（人员）的评估。

（四）第三部门团体之参与

第三部门团体具有“民间”、“值得信任”及“公益”等特质，颇适合来推动健康城市与健康社区之营造，而台湾地区民间团体参与社区健康营造家数，截至2003年有86家，占有所有承办团体的28.5%，显见台湾地区第三部门在推动社区健康营造上，尚有许多发展和发挥之空间。

（五）社区健康营造与社区总体营造

台湾地区在推动社区健康营造与社区总体营造尽管着重目标有些不同，但二者之精神、促进社区参与及增进社区软硬件之建设内涵上，则有许多相似且可相互补足的地方，因此可加强社区发展协会与健康推广营造协会在社区健康营造过程中之角色与份量。此外，较具“健康”与“医疗”专业的体育会与医学会（或医疗基金会），以及拥有妇女丰沛人力的妇女会，皆颇适合从事社区健康营造，也可促使其在这方面发挥更大之角色。

（六）建立社区医疗群与公卫群

社区健康营造期望结合不同专业力量，如医师、医院（诊所）、地方卫生所、社区民间团体、护理照护机构、心理卫生机构及社区药局等，提供社区民众「全人照顾、全家照顾、全程照顾、全队照顾」的服务，建构以社区为主体的卫生医疗防疫体系，促进社区与卫生单位和医疗体系的互动，推动一种全新的社区医疗保健模式。

（七）设定健康议题优先级

健康城市与健康社区之营造项目颇为庞杂，而且不同的城市与社区具有不同的特色与健康问题，因此需设定各自的重要突破或营销议题（如公园绿地面积或无烟环境），并排定健康议题推动之优先

级,以唤起大众或媒体对议题之重视,并让有限资源发挥最大效果。

(八) 克服健康非优先议题问题

根据陈毓璟与黄松元对于台北市社区健康营造推动的困难之研究,⁹健康议题本身的特性是推动社区健康营造最感到困难的地方。包括健康是专家认为最重要的问题,却不是民众觉得最重要的问题,民众关心的是眼睛看得到(成效)的东西,如环保、治安;其次,民众认为不实行健康的行为也不会有立即的威胁;再次,健康属于个人的行为,由个人所裁量,很难变成社区共同的议题,也很难找到共同推动的着力点。要解决这些困难,还是需透过教育、倡导唤起民众的健康意识,善加运用志工之影响力,并以社区公民会议建构共同的健康议题。

(九) 补助经费合理性

社区健康营造中心觉得“卫生署”所订之3年补助款(第一年上限100万、第二年20万、第三年20万)落差太大,不利第二年与第三年之推展。而补助也应依执行成效优劣调整额度,而非齐头或总额方式的预算补助。

(十) 永续的健康政策

个人、社区及国家健康的达成,相似于教育,皆需要经年累月之功,因此不论健康城市或健康社区营造工作都是一个必须持续推动的事业,而这就需看政府政策的持续度与财源而定。此外,政府对社区营造中心补助经费是否足够且有效亦值得关切。

(十一) 有效的绩效评估

为促进健康政策的永续性并有效运用相关资源与经费,应对健康城市或健康社区营造相关政策,以及各接受经费补助之社区健康营造中心作合理且有效的绩效评估,以做为持续改善与奖优汰劣之基础。

(十二) 跨学科研究

健康城市与健康社区营造是一个跨学科的研究领域,初期研究者包括医学、公共卫生、护理、社会工作,都市计划等专长,事实上,因其涉略范围包含社区、社会、政府、政策,以及追求公共利益之特质,应颇适合政治、行政或公共事务学者之参与研究。

参考文献:

Anheie, K., Helmut and Wolfgang Seibel ed., *The Third Sector: Comparative Studies of Nonprofit Organizations*, Berlin: Walter de Gruyter.

Ashton, J., (1992), *Healthy Cities*, Buxinghan: Open University Press.

Hancock, T., (2004), *An Introduction to Healthy Cities*, in *First Annual 2004 Taipei International Healthy City Conference Program*, pp.11-40.

Hancock, J. and L. Duhl (1986). *Healthy Cities: Promoting Health in the Urban Content*. WHO Europe.

Kramer, Ralph M. (1990). *Nonprofit Social Service Agencies and the Welfare State: Some Research Considerations*, in Helmut K. Anheier and Wolfgang Seibel ed., *The Third Sector: Comparative Studies of Nonprofit Organizations*. Berlin: Walter de Gruyter. pp.255-267.

Salamon, L. M., (1999), *America's Nonprofit Sector: A Primer*, New York: Foundation Center.

WHO,(1986), *Ottawa Charter for Health Promotion*, *Health Promotion*, 1(4), pp. iii-v.

注:

① WHO, (1997a). *City Planning for Health and Sustainable Development*. *European Sustainable Development and Health Series*: 2.

② 叶金川, *营造社区健康-打造健康城市*[J]. *台北卫生双月刊*, 第52期, 2000.

③ Barton, H. et al. (2003). *Shaping Neighborhoods: A Guide for Health, Sustainability and Vitality*. London: Spon Press.

④⑩ Clark, D.(1998). *Healthy City: A Model for Community Improvement*, *Public Management*, 80(11), pp.4-8.

⑤⑨ 胡淑贞、蔡诗意. *WHO健康城市概念*[J]. *健康城市学刊*, 2004,(1):1-7.

⑥ Goldstein, Greg & Llona Kickbusch.(1996). A Healthy City is a Better City, World Health, 49(1), pp.4--7.

⑦ WHO, (1997b). Twenty Steps for Developing a Healthy Cities Project. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe.

⑧ Duhl, L. (1995). Healthy Cities and City Planning Process. World Health Organization.

⑨ Flynn, B. C.(1992). Public Policy for Healthy Cities: Involving the Policy Maker.

⑩ 吴永钟, 台湾地区社区健康营造中心运作现况之初探: 以两梯次 159 家社区健康营造中心为例, 台湾阳明大学医务管理研究所硕士论文, 2001.

⑪ 黄淑玲, 不同承办机构推动社区健康营造运作影响因素之探讨, 台湾医药大学环境医学研究所硕士论文, 2004.

⑫ 林秀娟. 健康生活社区化[J]. 社区发展季刊, 2004,(106), 18-23.

⑬ 2005 年 4 月, “行政院”为推动社区发展之决心, 提出“台湾健康社区六星计划”, 以产业发展、社福医疗、社区治安、人文教育、环境景观、环保生态等六大方面 作为社区评量指标。

⑭ 由于推动健康城市方面的努力与成效, 台南市于 2005 年 7 月已成为 WHO 西太平洋健康联盟成员, 也是台湾第一个国际健康城市, 对其介绍的文献已较多。本文只介绍台北市的经验。

⑮ Hancock, J. (2000). Healthy Communities must also be Sustainable Communities, Public Health Report, Vol.115, Issue2/3, p.151.

⑯ 陈毓璟, 黄松元. 台北市社区健康营造推动的现况与困难之研究[J]. 卫生教育学报, 2003,(19):179-211.

社区组织联结与社会政策资源动员

——北京市东花市南里社区公共服务协会案例分析

李程伟 刘艳丹*

文章的第一部分主要分析社区层面社会政策资源动员机制创新的必要性。

为了维持和提高社会福利水平, 一定的社会设置制定和实施的各種措施、计划、方案、法律、制度, 便是社会政策。^① 作为一项公共行动, 社会政策关乎社会整体需要及其个体基本需要(公众认可)的满足, 其对社会和成员所承诺的利益需要借助一定的操作单元和平台予以实现。社区就是一个非常重要和非常基础的政策操作单元。从公共政策学的角度看, 社区和志愿者组织因为免受国家强制力和经济利益分配的约束, 因而是一种重要的非强制性政策工具。^② 作为一定地域的社会生活共同体, 社区之中的各类组织、群体及个人一般是以自己所擅长的功能方式来参与社会政策, 为社会政策行动组织、动员、提供和传递所需要的政策资源(包括人力资源、财力资源和物力资源等)。

一般说来, 社区是以三种功能机制介入社会政策系统及其行动的。一是社会政策行动的管理机制, 主要是对社区层面的社会政策行动实施组织、协调与管理, 保障社会政策在社区系统中有序运行。这一般是由社区内的政府组织(街道)和自治组织(居委会)来承担。作为政府社会管理的一个基层单位, 社区在实施各项社会政策的行动中发挥着重要作用。^③ 二是社会政策资源的动员机制, 主要是在社会政策资源的筹集、吸纳、整合和分配中担当中介作用, 如运行于社区的民间基金会和慈善会筹集资金与善款, 并将其分配给直接提供社会服务与救助的机构, 所发挥的就是这种作用。鉴于社区层面的服务涉及面广, 内容丰富, 需要众多人员的参与,^④ 因此, 社区人力动员机制也是社区层面社会政策资源动员机制的重要组成部分。三是社会服务的传递机制, 即通过一定的组织化过程, 将社会政策资源转化成一定的社会服务, 然后传送到政策所标识的具体个人身上。社区服务中心, 各类为

* 第一作者为中国政法大学政治与公共管理学院副院长、副教授、北京大学法学博士; 第二作者为中国政法大学政治与公共管理学院04级硕士研究生。