

職場健康促進：國際與台灣經驗之比較

范國棟^{1,2} 李 蘭^{1,3,*}

職場健康促進計畫是以職場員工為主要介入對象，透過充權過程凝聚員工們的集體意識，並提升其自覺與自決之能力，進而達到促進健康之目標，其具體作為異於傳統的職業安全衛生。近年來，職場健康促進的理論思維與介入計畫雖受到國內學官產界的重視與推廣，但是在實際規劃與執行職場健康促進計畫時，仍不免流於「由上而下」與個人層次行為改變的傳統巢臼。由於職場健康促進的概念興起與國際經驗，以及其與傳統職業安全衛生的關聯性鮮少被深入探討，故本文透過文獻回顧與整理，並比較國際與台灣經驗的成效與缺失，期能提供相關單位及人員未來在訂定政策與研擬介入計畫時之參考。(台灣衛誌 2008；27(4)：271-281)

關鍵詞：員工、充權、健康促進、安全衛生、工作場所

前 言

隨著健康促進運動在世界各國陸續推展，台灣的學術界與實務界也開始在國內推動各種相關的活動[1,2]。近年來，台灣政府與私人企業為了提升工作效能與員工健康，紛紛訂定職場健康促進政策並規劃員工的健康介入計畫，涵蓋議題甚廣包括菸害防制、體適能與運動、健康篩檢、壓力調適等[3-5]。由於美加與歐陸國家對個人健康責任的詮釋與推動策略不盡相同[6-8]，因此在理論建構與實務操作上呈現多樣性的發展[9,10]。本文將健康促進融入職場的思維和做法予以歸納，應可作為國內推展職場健康促進的參考

員工的健康除了受到自身行為方式與生活型態的影響外，還會因為職場作業環境及

人際關係的良莠而有不同的結果。所以，職場所代表的不僅是一般人所謂的「物理環境」而已，另包括對員工行為具有特殊規範的「社會環境」。換句話說，員工所投入的職場是一個非個人能隨心所欲的特殊場域。雖然健康促進已是一種國際性的健康論述，強調生活型態中存在諸多影響健康的因素[2,11]，然基於國與國之間的差異，以及同一國內因為職場性質(如農、林、漁、牧、工、商、服務等不同性質的產業)與規模大小(如大企業與中小企業的規模不同)有異，再加上產業發展脈絡的不同，使得各職場在維護與促進員工健康的做法也有所差異。

如何正確地論述職場健康促進以促進員工健康，近年來已成為各界矚目的焦點[12,13]。我們在提及職場健康促進時，必需同時考量傳統職業安全衛生與健康促進。然而，兩者各有其歷史脈絡，必需就其異同做進一步比較，切不可單純地視其為「職場」與「健康促進」的組合而已。

觀諸工業革命以來，勞雇關係已成為職場的主要生產關係。1845年時恩格斯(Engels F.)發現，在此剝削性的社會生產關係中，英國勞動者的疾病發生率和死亡率日益惡化，並且成為勞雇雙方的嚴重矛盾[14]。百餘年

¹ 台灣大學公共衛生學院衛生政策與管理研究所

² 龍泉榮民醫院外科

³ 國家衛生研究院衛生政策研發中心

* 通訊作者：李 蘭

聯絡地址：台北市徐州路17號

E-mail: leelan@ntu.edu.tw

投稿日期：97年1月18日

接受日期：97年8月12日

來，「如何改善職場作業環境的安全衛生來保護勞工？」不僅是勞工和雇主，也是專家學者與政府部門所關心的議題。如今，我們更關心「源自於健康促進運動所展開的職場健康促進，到底為傳統的職業安全衛生注入什麼新血？」、「國際上有哪些值得讚許或是必須嚴加批判的職場健康促進計畫？」、「在台灣的社會脈絡中，職場健康促進政策的訂定與介入計畫的研擬，以及實踐經驗又如何？」。

前述問題是在比較國際與台灣職場健康促進經驗時需要探討的，以下利用文獻回顧，將相關內容分成三個部分：1.整理國際上有關健康促進論述的演變，以及職場健康促進和傳統職業安全衛生發展經驗之異同；2.概述國內職場健康促進的發展，以及如何與傳統職業安全衛生結合；3.比較國內外實踐職場健康促進的經驗。最後，根據所得的結論對國內未來的職場健康促進之發展提出建言。

國際職場健康促進的概念與發展

早在1847年，羅道夫·維蕭(Virchow R.)調查普魯士北部貧窮地區的班疹傷寒疫情時，指出「政治上的壓迫才是貧窮與疫情不斷爆發的主因」。爾後，社會上一連串改善衛生、工作與居住條件，和營養與家庭計畫等等的公共衛生運動，無不與提升弱勢民眾健康及爭取權益有關[9]。在這樣的訴求與脈絡中，增進民眾健康與改善生活條件早已成為公衛運動的重要目標。

(一) 論述的演變

1970年代以前，公共衛生運動所帶有的政治性與社會性，仍相當程度地為生物醫學的認識論所左右或壓制，儘管當時歐美的流行病已出現轉型，但主流醫學研究仍以個人行為層次作為疾病發生的解釋[15,16]。1974年，加拿大衛生福利部長Lalonde參酌McKeown的論點—醫療並非世界人口增長與人類健康提升的關鍵[17]，進一步提出「健康促進」的觀念，強調除了健康照護以外，生活型態(或行為模式)、環境品質，乃

至於生物基因，都是決定人類健康的重要因素[11]。這樣的論述脈絡對當時的西方國家而言，不僅強化了個人對健康應負的責任，也緩解了政府與企業需承擔國民醫療保險的重大壓力。

此外，1950年代以來，開發中國家經常質疑以醫療機構為基礎，盛行於歐美的西式健康照護，能否橫移至弱國發展，以及對其人民之健康能產生多大效益？於是以開發中國家為主的世界衛生組織(WHO)會員國代表，1978年集結在當時蘇聯的Alma-Ata，召開國際「基層健康照護」研討會，並確認追求經濟與社會發展的平衡時，基層健康照護才是體現WHO健康人權論的重要策略，但這樣的國際氛圍引發歐美國家主導國際健康議題能力的憂慮[18]。由已開發國家主導的國際衛生會議，參酌歐美少數已開發國家不同社會脈絡下的健康促進實踐經驗，在1986年加拿大的Ottawa共同提出「健康促進」的概念，並將之界定為「幫助人們具有控制並增進自身健康之能力的過程(process of enabling people to increase control over, and to improve, their health)」[19]。Ottawa憲章的健康促進論述，不僅重現公共衛生運動曾被弱化的核心精神—充權(empowerment)，也強調了西方醫療模式對人類健康提升的有限性，以及非生物因素的社會決定因子對健康的重要，並得到開發中國家的支持，甚至在爾後的理論與實踐的交錯中，使健康促進成為一個跨學門的新興社會運動[9,10]。

隨著時代變遷，健康促進的發展重點與方向也有所不同。WHO於1986年即提出健康促進的五大行動綱領：1.訂定健康的公共政策；2.創造支持健康生活的環境；3.強化社區的行動參與；4.發展個人執行健康生活的技巧；5.調整健康服務的方向。隔年開始推動健康城市計畫，鼓勵各國將前述五大行動綱領融入其中，1988年第二屆國際健康促進大會在澳洲的Adelaide召開，各國代表就「訂定健康的公共政策」進行討論。由於全球環境的危害急速增長引發了公眾的關注，1991年，第三屆大會在瑞典Sundsvall召開，八十一國的與會代表聲明「勞動力的剝削與

有害毒物的輸入與傾倒等惡化的環境，更容易危害窮國人民健康」。因此，如何在社會、政治與經濟面向透過教育充權、社區參與和政策制訂，以創造支持人們居住、工作和遊樂的健康環境與設施，實為已開發國家對開發中國家應做之補償。至此，強調充權的職場健康促進概念始被WHO明文揭示。

1997年，第四屆大會在印尼Jakarta召開，會中對「引進新夥伴」形成共識，特別重視民間私部門可以扮演的角色，公私部門應共同制訂政策以保護職場勞工的健康。2000年，第五屆大會在墨西哥的Mexico召開，再次強調應對身處在不利健康環境中的人民，制訂健康促進政策或介入計畫[9]。2005年，Bangkok國際健康促進大會的與會代表們認為，Ottawa憲章已不足以因應全球環境轉變，並提出Bangkok憲章。該憲章偏重法律與經濟的妥協論述，意謂著健康促進將從「民主充權」轉向「專家政治」，以及從「社會生態學」轉向「經濟學」，相對地也讓健康促進之行動基調開始走樣[20]。

其實當1990年代世界銀行和國際貨幣基金等金融機構，積極介入各國健康照護事務，以及WHO在國際衛生援助金額比例的逐年下降，均使得WHO在經濟全球化與去管制化的國際氛圍中，難以主導國際健康議題[21]。換句話說，1980年代以來強調自由市場機制、支持私有化和勞動彈性化的「新自由主義」風潮，已迫使指導國際健康促進運動的曼谷憲章必須有所妥協。

(二) 職場健康促進與傳統職業安全衛生的差異

1980年代健康促進運動興起以前，「勞動條件」與「作業環境安全衛生」等傳統職業安全衛生議題，一直是歐美國家勞、資、政三方相互角力的重頭戲。歐美國家的勞工藉由勞工運動，爭取到團結權、爭議權、協商權與勞動基準等權力，也透過國際串連成立了關注勞工健康的國際組織(如：1990年國際勞工組織頒布工作場所化學毒物暴露範圍)。在此過程，還促使歐美政府做出如下努力：

1. 建立職業傷病補償制度：19世紀末，德意志帝國通過工傷事故保險法案；英國通過工人補償法；法國頒布工傷保險法；義大利推動職業災害保險；美國聯邦亦自1909到1920年有43州實施工人補償金法。
2. 制訂有害員工健康的物理性、化學性和生物性環境作業規範與稽核制度：1961年至今，西班牙已頒布500餘項有毒物質的職業最大暴露；美國亦根據職業安全衛生法，陸續增列職場毒物與有害物質暴露標準。
3. 設立職業安全衛生主管機關：1970年美國頒布職業安全衛生法案，並據以設置職業安全衛生署與研究所；1974年英國依勞動安全衛生法設置衛生安全執行委員會；1978年加拿大依法設置職業衛生與安全中心。

由上述發展看出，藍領勞工是主要的照顧對象。政府政策迫使企業主必須加強職場安全衛生之各項設施，負擔更多的營運成本，來降低勞工的職業傷災，如此，才有助勞資關係之正向發展和政治局勢的穩定[22,23]。諸多勞資衝突不嚴重或是工會力量薄弱的國家，也主動或被動地參酌部份歐美國家的作為，由上而下地制訂與推動職業安全衛生政策[24]。在此沿革中，健康促進思維慢慢滲入職場，不過，職場健康促進仍因歐美社會脈絡的差異，發展出不同的模式。

美國的產業型態在20世紀中葉開始轉型，服務業比重逐漸增加，但由於社會醫療保險覆蓋率的長期偏低，以及商業醫療保險追求利潤和1960年代以來醫療產業複合體的急速發展，美國藍白領勞工因工(work-related)傷病所衍生的企業醫療支出和利潤下降，一直困擾著這個資本主義的大國。於是乎，美國脈絡下的職場健康促進計畫，遂比WHO或歐陸國家的職場健康促進較早發生[16,25]。美國大製藥廠Johnson & Johnson自1979年推出“Life for life”計畫，運用健康篩檢與行為改變等介入作為，並以員工每年「平均住院日」與「平均住院支出」為指標，在為期5年的研究中發現，介入組所耗

費的金額遠低於對照組。爾後類似研究也證實，職場健康促進計畫不僅能節省企業醫療開銷，甚至可以提高員工工作效率，為企業創造更大利潤[25,26]。美式職場健康促進的主流是站在雇主立場，其出發點是成本效益思維，並非以提升員工健康為首要目的，這個趨勢直到1990年前後，才陸續有強調勞工參與的職場健康促進研究出現[27]。相應於美國，在歐陸重視社會福利和具備統合主義(corporatism)的社會脈絡下，工會與學者也意識到傳統職業安全衛生提升勞工健康品質的有限性；並在歐盟政經協議的架構下，各國在1990年代也由下而上地發展出工會/勞工主動參與，管理階層被動配合之職場健康促進計畫[28]。

但由於新自由主義的衝擊，WHO在1997年第四屆國際健康促進研討會，提出「引進民間部門新夥伴關係」和「全球健康職場取徑」的指標性共識，而後者之取徑即基於健康促進、職業衛生安全、人力資源管理、以及永續發展等四原則。這個取得表面上整合了健康促進應與傳統職業安全，卻也同時暴露早期健康促進運動不易充權職場員工，以及歐美國家對人力資源管理思維的妥協。儘管人力資源管理學派也倡議充權，宣稱其策略是處理泰勒式(Taylorized)生產與職場官僚科層問題的解藥，然其主要目標仍以提高生產力，甚至期許勞工在逐漸盛行的精實生產(lean production)制度中，完成雇主交付之任務[29]。但國際工運人士卻認為人力資源管理學派所謂之「充權」，不過是雇主

藉以裁撤員工、增加利潤的花招[30]。在全球化就業市場變動的現實環境下，歐盟也只能在1997年公布，2005年改版的「工作場所健康促進盧森堡宣言」中，嚴正呼籲「雇主應視員工為企業成功之必要因素，而非僅僅是成本因子」[31]。

綜上所述，不論是推動源自健康促進，強調充權的「職場健康促進」，或是勞、資、政角力而生的「職業安全衛生」，雖都以勞工為對象，但前者展現出由內而外、由下而上；後者則傾向由外而內、由上而下的模式。而且，兩者之發展時間、處理因子、資方負擔、取徑模式、角力關係和目標等都有些不同(表一)。然而，要在新自由主義的衝擊下保護勞工職業安全衛生與提升其健康品質，則調合職場健康促進和傳統職業安全衛生，已成為各國法令與計畫能否有效改善勞工健康的關鍵。若欲整合二者，我們認為應從多層次的角度來推動。

(三) 從多層次觀點推動職場健康促進

以前的職場健康促進所注重的疾病預防計畫，多僅根據流行病學資料來規劃，並未考量勞工真正的需求，且有方法學與效果評價上的缺失[7]。故當1997年WHO的Jakarta健康職場聲明提出後，整合職場健康促進與職業安全衛生的論述陸續出現，其中以具整合思維的「社會生態模式」，較受歐美職場健康促進者所推崇[32,33]。

社會生態模式乃是以多層次觀點進行問題分析與策略規劃，突破了傳統僅注重個人健康行動之作為，避免了顧此失彼或無法連

表一 職場健康促進與職業安全衛生之比較

項 目	職場健康促進	職業安全衛生
發展時間	約三十年	約百餘年
對 象	偏重白領員工	偏重藍領勞工
處理因子	健康政策、生活型態、支持環境、健康服務、社區參與	作業環境、醫療照護
資方投資	多以軟體成本提高生產效率	多以硬體成本降低職業傷災
取徑模式	員工參與和充權	法令制訂和規範
角力關係	多為企業內部勞雇雙方	多為勞、資、政三方
計畫目標	促進員工的健康品質	降低員工職業傷病
特 色	多為由下而上	多為由上而下

註：作者根據參考文獻[9,13,30,33,34]整理而成。

動的單一面向之實踐模式。該模式藉由個人行為到社會脈絡等大環境之不同層次結果，可以瞭解職場中最迫切的健康問題，並就分析結果確立計畫目標，以逐步改善勞工及其家屬之健康與福祉[12,32,33]。以下就推動職場健康促進較常涉及的政府決策、企業管理與工會組織三個層次舉例說明：

1. 政府決策層次

如歐盟委員會要求會員國需在傳統職業安全衛生監測指標之外，另增訂職場健康促進計畫的評價指標[31,34]；又如澳大利亞政府藉由職場健康促進國家指導委員會(National Steering Committee on Health Promotion in the Workplace)的設置，整合不同層級的職責與功能[8]。這些與政策決定有關之因素，不僅有助於職場健康促進在企業部門推展阻力的降低，也有助於社會大眾對職場健康促進有更進一步的理解[8]。

2. 企業管理層次

由於人力資源管理論述的發展和對健康促進運動的滲入，使得企業主對職場健康促進的態度，已從質疑或憂心「究竟要花掉多少錢？」到展開雙手、仔細評選何種職場健康促進計畫「才能增進勞工健康，減少企業的健康照護支出？」、「能否減少員工缺工率？」和「能否提振員工生產力、創造企業更大利潤？」[16,25,35]。不同職掌的管理者在企業的成本考量之外，還會因個人態度、道德責任與社會規範等因素，影響其執行職場健康促進計畫的意願[36]。至於，社會對企業組織主動推展職場健康促進的期待，以及政府是否對企業組織提供適切的誘因，仍舊對企業組織推動職場健康促進的意願有著影響[28]。

3. 工會組織層次

工會組織相對於企業管理，兩者之間帶有某種程度的拮抗或對立。由於工會對職場健康促進的看法與雇主相左時，會降低雇主的預期成效[28]，所以不論勞工或資方，都不容易單方面地推動健康促進計畫，資方再怎麼著墨於有經濟效應的職場健康促進計

畫，也必須考量到個別勞工、甚至是整個勞方(如工會)的執行意願，這部份已成為歐美健康促進工作者或研究者近來關注的重點。例如Sorensen等人[27]發現，在1989年美國麻塞諸塞州24個工作場所開始進行的“WellWorks”計畫中，藍領與白領勞工會對不同的職場健康促進計畫產生不同的參與率，前者偏好於降低作業環境毒物暴露的計畫；後者則對飲食與體重控制方案感到興趣。如何因應不同階層或特質員工之需求以提出整合型計畫，將是工會、員工、管理者與健康促進提供者需要共同面對的考驗。

職場健康促進在台灣的推展情形

1987年9月，中華民國公共衛生學會(今更名為台灣公共衛生學會)率先將「促進健康—實踐健康的生活」當作年會研討主題[2]。1989年，行政院衛生署提出「健康是權利、保健是義務」的口號，隔年，健康促進相關計畫即併入行政院「建立台灣醫療網第二期計畫」，1993年再以「國民保健計畫」之名獨立出來[37]。不過，國內健康促進計畫多未體現Ottawa憲章的五大行動綱領，包括政府缺少政治意願、僅著重全民健保的規劃，相關計畫多偏重個人責任、以及過度強調發展個人技能[38]。以政府宣導的社區健康營造六大健康議題為例，其承辦單位與執行策略多與醫療相關[39]，雖說「有錢好辦事」，但是醫療化與專家主導的介入計畫經常在政府補助資金告罄後，便難看到社區民眾能自覺地持續健康行為[40]。

在健康促進被引入職場前，1931年實施的「勞動(工廠)檢查法」，1974年「勞工安全衛生法」，1984年「勞動基準法」，以及2001年「職業災害勞工保護法」，是我國規範職場安全衛生與保護勞工健康的主要法規。政府亦規定各企業公司應依其產業類別和規模雇請勞安人員、廠醫、廠護等執行安全衛生工作，這些作為均與國外傳統職業安全衛生差異不大。可是，政府稽核前述作業之勞動檢查未受重視，且在人力編制有限的情況下企業受檢率普遍偏低[41]。此外，要

降低國內工安意外與維護勞工健康，雇主是否抱持安全政策之決心與責任抑或投機規避，也是重要因素[42]。

(一) 職場健康促進的立法與實踐

在我國勞工安全衛生法規中，「健康促進」僅出現在「勞工健康保護規則」中，且只要求少數附設醫療衛生單位之企業，才須負責「勞工之健康教育、健康促進及衛生指導之策畫與實施」。1990年代職場健康促進在歐美大為盛行並建立網絡後，近年來，在國內學者倡議和國民健康局結合勞工主管機關的努力下，台灣的職場健康促進活動才較為人知[1-5]。

然而，回顧國內過去的職場健康促進活動，若依推動單位來分，大抵可分成以下四類。第一類是以特定議題為主軸，由中央政府大力推動並提供資源之計畫，如國民健康局參酌Jakarta聲明，推動職場健康促進暨菸害防制計畫[5]。第二類是由地方政府依其所需或配合中央的計畫，如台北市政府衛生局的「五連環健康職場促進」和「健康職場自主認證」等甄選活動[43]。第三類是由產學合作，針對特定產業、職場或生產線勞工所執行之計畫，如電子產業女性作業員經痛問題[44]，和新竹科學園區推動職場健康促進之現況分析[42]等研究案。第四類則是公私部門勞安單位，在其既有之職業安全衛生監測作業中，硬冠上職場健康促進字眼者[4]。由上可知，我國職場健康促進發展之社會脈絡，不同於美式的經濟考量，也異於歐陸的統合主義和結盟式的政經協議。

(二) 職場健康促進的經驗反省

總的來看，前述國內計畫看似為整合職場健康促進和傳統職業安全衛生的多層次社會生態模式，究其實，卻多為政府主導、民間企業配合、勞工不發聲之方案。歸納國內職場健康促進經驗，仍有下述四個盲點：

1. 計畫執行方面

舉凡早期推動的職場體適能活動，近年的減菸與戒菸運動，以及因應過勞的抗壓操等健康促進計畫，經常見到公民營單位管理階層透過人力資源管理安插各項活動，未事

先與員工/工會平等對話，訂定相關配套措施。好比為了增進員工健康生活型態知識，要求員工下班後待在职場聆聽學者高談闊論；或在聽到定時播放之健康操音樂，即便工作忙碌，也得停工跟著做操；但下班鈴響，卻仍得加班完成剩餘工作。其實，企業應該思考的是，身心俱疲、歸心似箭的員工到底能學得多少健康生活型態的知識，以及是否該有給予與會員工公假和增聘人力之配套措施。

再者，美式成本效益思維的職場健康促進模式也逐漸滲入台灣，其執行過程多潛意識地將員工的健康責任個人化、健康促進醫療化[4,42]，甚至轉化成壓力管理，以遂行精實生產模式、提升企業利潤[30]。然而，這些都是背離Ottawa憲章的精神的作為，也是近年來國內職場健康促進計畫較常出現的盲點。

2. 員工充權方面

儘管國內大型企業認為推展職場健康促進計畫的益處包括：有益員工健康、提高生產力、提高士氣與精神和減少病假的損失等[4]。但若檢視其計畫，則大多依勞安法規便宜行事。即便是國健局推動的職業衛生整合服務，也因偏重傳統職業醫學專家診療、職業衛生諮詢服務、建立職業衛生網絡，以及服務品質提升之工具研發，卻忽略作為職場主角的勞工，可以充權他們參與相關計畫[5]。

其次，主管機關與專家學者仍不理解或錯用職場健康促進的充權概念。好比官方出版品支持「職場健康促進計畫必須有高階長官支持，採用從上到下一條鞭的方式管理」[3]，又如「中小企業需要的是充分授權模式(empowerment)－給予更多的知識、資訊及資源」，這些論調均有待商榷。雖然我們承認居於劣勢的台灣勞工，若無資方支持，確實不易自主地推動職場健康計畫。但官方指導手冊與學者專家採取上述思維，實不利國內勞工充權，因為連國外人力資源管理學派也不會提出充權雇主的主張[29]。

相對於產、官、學偏頗的充權思維，國

內類似「採用充權觀點建構以減輕經痛為目標的互助團體」的研究[44]並不多，該研究藉由行動研究關注電子工廠藍白領女工的職場經痛問題。研究者與身處不同工序的作業員以月經日記之類的意識覺醒設計，引導飽受經痛困擾的職場女工進行自我檢視和相互對話，同時與傳統職業安全衛生領域中的廠護進行對話，最終將企業依法的「由上到下提供單套服務的模式，轉變為能覺察不同屬性員工間的異質性需求」。可惜的是，我們鮮少聽見勞工團體，或是參加介入計畫的勞工個人，主動地透過各種管道對職場健康促進方案提出批判。

3. 勞安法規方面

第三個盲點是政府忽略了勞安配套法規的重要性，化約地認為只要在職業安全衛生中融入健康促進觀念，即可「由預防導向轉為健康保護及健康促進導向」[3]。儘管作為外控機制的勞安法規與其稽查體系存有諸多問題，例如偏重有一定雇主之產業工人(忽視職業工人)，檢查體系權責分散、人力不足，和勞工參與機制不足等等[41,45]。但是，職場健康促進仍不能取代勞安法規，更不能以之作為政府執行勞安法規不力的藉口。

觀諸已開發國家政府部門不僅不輕忽勞安體系既有之運作，反而試圖整合勞安與衛生部門，以避免多頭馬車的行政運作[8,34]。所以，我國政府能否在勞安法規修法方向朝跨部會整合，妥善配置中央/地方權責；甚至從勞資力量不對等的角度，修改工會法、勞資爭議處理法和團體協約法(勞動三法)，充權勞工使其之能在職業安全衛生議題上與資方積極對話[46]。最後，透過工會力量的壯大，由下而上地協同管理階層一起推動職場健康促進。這或許才是現階段職場健康促進計畫能否充權的關鍵，也是勞安法規面要主動破除的盲點。

4. 補償制度方面

在爭論職場健康促進的目的與成效時，產、官、學界經常忽略了職業傷病補償制度的角色。殊不知，美式職場健康促進計畫

之所以能大張旗鼓地在國營和民營企業中推動，是因為雇主瞭解到此舉可為資方節省大筆的保險費(支付給保險公司)與醫療費(支付給因工作傷病的員工)[38]。但就台灣現行制度來看，是以「勞保條例」的保險給付，「勞基法」加諸雇主的「無過失」補償，以及「職業災害勞工保護法」的救濟手段，所共同架構出的補償體系。不幸的是，舉凡從勞工職業傷病的預防、鑑定勞工傷病是否與工作相關、通報系統的建立與整合、到確認雇主需要承擔賠償，各個環節間的連結均不利勞工。而且顯示，政府加諸雇主之社會責任仍落後歐美許多[45]，台灣當然也就缺乏企業主動推展職場健康促進的社會基礎。

雖然國內前述環節之從業人員並不多，相關研究也在近年才逐漸增多。政府不要只會透過效益不大的款項補助，改以多元社會對話與修法，透過勞資不對等地位的改善，才可能創造企業主動辦理職場健康促進的利基，則此盲點當可逐漸去除。

國內外職場健康促進經驗之反思

從歐美傳統職業安全衛生體系的發展，到美式企業利潤思維的職業健康促進的擴散，以及從Ottawa憲章到Bangkok憲章，均反映出新自由主義對職場健康促進影響的逐漸加深。我們不難看出國際職場健康促進論述的演變，不僅有其社會脈絡，也反映出勞、資、政在不同階段的消長。作為全球職場健康促進推動者的WHO，是依國際政經角力的結果在制訂政策，並非一廂情願地關心勞工。當1990年代的WHO選擇代表企業主利益的國際金融組織為合作對象時，必然導致偏離Ottawa憲章精神的決議早晚會出現[20,47]。是故，台灣各界面對WHO所倡議之國際衛生論述，切不可因狹隘的政治目的，而不加思考地全盤接納。其實，對應勞工力量弱化的保險制度與勞安法規設計，才是不利台灣職場健康促進發展之關鍵。

儘管具勞工充權意識的職場健康促進計畫不易推動，但歐美整合傳統職業衛生與職場健康促進的經驗顯示，藉由多層次社會生

態取徑與鼓勵勞工/工會參與，並能與資方部份利益有所交集(至少不要全面衝突)，仍舊證明充權勞工的職場健康促進有其實踐空間[27,32,33]。歐美政府雖因新自由主義而在角色功能上較往昔萎縮，雖不是主動地，至少仍被動地顧及工會力量，致力於提升職場健康促進的法令位階與組織架構的整合[28,31]。相較之下，國內職場健康促進多採取人力資源管理視角之充權，勞安法規與職業傷病補償體系的制度性缺陷，再加上工會組織率低和力量薄弱，都讓台灣的職場健康促進難以體現Ottawa憲章的核心精神。

結論與建議

檢視當下，如何批判地參酌國外經驗，應是台灣職場健康促進相關利害團體的當務之急。我們認為國內勞、資、政、學可藉由如下作為整合傳統職業安全衛生，並從多層次的社會生態取徑來推動台灣的職場健康促進。首先，作為職場健康促進主角的勞工大眾，一定要在競合的勞雇關係中，集體透過工會或籌組聯誼會主動參與相關計畫。無工會者，勞工代表亦可在企業之勞工安全衛生委員會發聲，或是引進外力(包括工運團體或學者專家)，藉由新興傳媒(如電子郵件或是部落格)凝聚員工的力量，切不可全然接受資方健康責任個人化或是人力資源管理視角的健康促進計畫。不論其結果為何，主動與資方對話與折衝的過程都是一種勞工充權。就資方而言，除了利用職場健康促進以提高生產力和強化企業形象，他們實應將員工視為企業發展的「成功要素」而非「成本」，以擺脫壓榨勞工的短視形象。雖然企業營運的本質截然不同於合作社，但勞資雙方若能對「職安衛生監測」與「健康促進計畫」凝聚共識，不僅雇主可以遵守勞安法規，提供員工健康環境與健康照護；員工也能在計畫推動過程中，自覺健康的重要，並主動採取健康行動，降低資方的營運成本。

就政府而言，有必要透過跨部會(勞委會、衛生署、經濟部與經建會)的合作，制訂結合職業安全衛生與健康促進之政策，強

化職業傷病補償制度[45]，並配套修改勞動三法，以改善勞資對話位階的不對等[46]。學界則可作為勞、資、政合作的潤滑劑，應揚棄美式思維，改從社會生態視角來設計和評估具備員工充權的職場健康促進計畫，讓採用充權觀點以減輕經痛為目標的互助團體之類計畫[44]，能在台灣多多出現。

總而言之，我們期許國內各界在推動職場健康促進時，能建立更多對話平台，批判地學習他國經驗以建立共識。如此，才能在新的生產模式與相對應的生活型態中，推展出適切的職場健康促進計畫，這才是台灣未來職場健康促進所該採取的策略。

參考文獻

1. 李蘭：從衛生教育到健康促進。台灣衛誌 2001；20：1-4。
2. 李蘭：衛生教育與健康促進。陳拱北預防醫學基金會主編：公共衛生學。第一版。台北：巨流圖書，1988；535-88。
3. 徐敬暉：職場健康促進計畫指引—營造健康工作環境。台北：行政院勞工委員會勞工安全衛生研究所，2005。
4. 陳芬苓：企業規模與實施職場健康促進之調查研究。台灣管理學刊 2005；5：149-68。
5. 翁裕峰、鄭雅文：職業衛生保健相關業務組織分工之建議。國民健康局九十四年度科技研究發展計畫(DOH94-HP-1801)研究報告。台北：國民健康局，2005；14-7。
6. Minkler M, Wallerstein NB. Improving health through community organization and community building. In: Glanz K, Rimer BK, Lewis FM eds. Health Behavior and Health Education: Theory, Research, and Practice. 3rd ed. San Francisco: Jossey-Bass, 2002;279-311.
7. Harden A, Peersman G, Oliver S, Mauthner M, Oakley A. A systematic review of the effectiveness of health promotion interventions in the workplace. Occup Med (Lond) 1999;49:540-8.
8. Chu C, Breucker G, Harris N, et al. Health-promoting workplaces-international settings development. Health Promot Int 2000;15:155-67.
9. Laverack G. Health Promotion Practice-Power & Empowerment. 1st ed., London: SAGE, 2004;1-15.
10. Macdonald G, Bunton R. Health promotion: disciplinary developments. In: Bunton R, Macdonald G eds. Health Promotion-Disciplines, Diversity, and Development. 2nd ed. London: Routledge, 2002;7-27.

11. Irvine L, Elliott L, Wallace H, Crombie IK. A review of major influences on current public health policy in developed countries in the second half of the 20th century. *J R Soc Health* 2006;**126**:73-8.
12. Heaney CA, Goldenhar LM. Worksite health programs: working together to advance employee health. *Health Educ Q* 1996;**23**:133-6.
13. Yassi A. Health promotion in the workplace--the merging of the paradigms. *Methods Inf Med* 2005;**44**:278-84.
14. 恩格斯：英國工人階級狀況。北京：人民出版社，1956。
15. Hamlin C. The history and development of public health in developed countries. In: Detels R, McEwen J, Beaglehole R, Tanaka H eds. *Oxford Textbook of Public Health*. 4th ed. New York: Oxford University Press, 2002; 21-37.
16. Conrad P. Worksite health promotion: the social context. *Soc Sci Med* 1988;**26**:485-9.
17. McKeown T. A historical appraisal of the medical task. In: McLachlan G, McKeown T eds. *Medical History and Medical Care: A Symposium of Perspectives*. London: Oxford university Press, 1971.
18. Litsios S. The long and difficult road to Alma-Ata: a personal reflection. *Int J Health Serv* 2002;**32**:709-32.
19. WHO. Ottawa Charter for Health Promotion, Ottawa, WHO. Available at: http://www.who.int/hpr/NPH/docs/ottawa_charter_hp.pdf. Accessed June 28, 2007.
20. Porter C. Ottawa to Bangkok: changing health promotion discourse. *Health Promot Int* 2007;**22**:72-9.
21. Walt G. Globalisation of international health. *Lancet*. 1998;**351**:434-7.
22. Rosner D, Markowitz G. The struggle over employee benefits: the role of labor in influencing modern health policy. *Milbank Q* 2003;**81**:45-73.
23. Reich MR, Goldman RH. Italian occupational health: concepts, conflicts, implications. *Am J Public Health* 1984;**74**:1031-41.
24. 王榮德：各國職業傷病補償制度研究。第一版。台北：行政院勞工委員會，2007。
25. Alexander J. The ideological construction of risk: an analysis of corporate health promotion programs in the 1980s. *Soc Sci Med* 1988;**26**:559-67.
26. Bly JL, Jones RC, Richardson JE. Impact of worksite health promotion on health care costs and utilization. Evaluation of Johnson & Johnson's Live for Life program. *JAMA* 1986;**256**:3235-40.
27. Sorensen G, Stoddard A, Ockene JK, Hunt MK, Youngstrom R. Worker participation in an integrated health promotion/health protection program: results from the WellWorks Project. *Health Educ Q* 1996;**23**:191-203.
28. Peltomäki P, Johansson M, Ahrens W, et al. Social context for workplace health promotion: feasibility considerations in Costa Rica, Finland, Germany, Spain and Sweden. *Health Promot Int* 2003;**18**:115-26.
29. Wilkinson A. Empowerment: theory and practice. *Personnel Review* 1998;**27**:40-56.
30. Moody K. *Workers in a Lean World: Unions in the International Economy*. 1st ed., New York: Verso, 1997; 87-90, 117-23.
31. Workplace Health Promotion. The Luxembourg Declaration on Workplace Health Promotion in the European Union. Available at: http://www.enwhp.org/fileadmin/downloads/press/Luxembourg_Declaration_June2005_final.pdf. Accessed June 28, 2007.
32. Baker E, Israel BA, Schurman S. The integrated model: implications for worksite health promotion and occupational health and safety practice. *Health Educ Q* 1996;**23**:175-90.
33. Stokols D, Pelletier KR, Fielding JE. The ecology of work and health: research and policy directions for the promotion of employee health. *Health Educ Q* 1996;**23**:137-58.
34. Boedeker W, Kreis J. Work-related health monitoring in Europe from a public health perspective. *Europ J Public Health* 2003;**13**(3 Suppl):91-4.
35. Hollander RB, Lengermann JJ. Corporate characteristics and worksite health promotion programs: survey findings from Fortune 500 companies. *Soc Sci Med* 1988;**26**:491-501.
36. Downey AM, Sharp DJ. Why do managers allocate resources to workplace health promotion programmes in countries with national health coverage? *Health Promot Int* 2007;**22**:102-11.
37. 行政院衛生署：組織再造、資源整合：成立國民健康局，推動全民健康促進工作。http://health.doh.gov.tw。引用2007/7/2。
38. 江東亮：醫療保健政策：台灣經驗。第一版。台北：巨流，1999；153-66。
39. 黃松共、吳永鐘：台灣地區社區健康營造中心運作現況之初探—以兩梯次159家社區健康營造中心為例。醫務管理期刊 2003；4：13-38。
40. 陳靜敏、楊舒琴：社區健康營造中心之永續經營策略。實證護理 2006；2：250-8。
41. 馬文松、陳仲賢：安全衛生與勞動檢查。第一版。台北：空大，2001；169-96。
42. 童淑琴、顏慶雲：新竹科學園區健康促進之現況分析。健康促進暨衛生教育雜誌 2000；20：93-102。

43. 許君強：台北市健康促進事業發展史。學校衛生 2005；**46**：79-95。
44. 張菊惠：充權導向之職場經痛行動研究。台北：國立台灣大學衛生政策與管理研究所博士論文，2002。
45. 鄭雅文、王榮德、郭育良等：工作場所。郭耿南編：2020健康國民白皮書。第一版。台北：行政院衛生署，2008；76-91。
46. 尤素芬、陳美霞：企業內安全衛生保護之勞工參與機制探析。台灣衛誌 2007；**26**：419-32。
47. Waitzkin H. Report of the WHO Commission on Macroeconomics and Health: a summary and critique. Lancet 2003;**361**:523-6.

Health promotion in the workplace: comparison of the experiences of Taiwan and other countries

KUO-TUNG FAN^{1,2}, LEE-LAN YEN^{1,3,*}

Workplace health-promotion intervention programs focus on employees as agents of change. In this way, they differ in practice from traditional occupational safety and health initiatives. The goal of health promotion is achieved by empowering workers as a group to attain higher levels of self-awareness and self-determination. In Taiwan, academia, government, and industry have considered and disseminated the concepts and specific techniques of workplace health promotion in recent years. Nevertheless, the design and practice of workplace health-promotion programs in Taiwan are still limited to the traditional top-down model and a focus on changing individual behavior. International experiences with workplace health promotion and its relationship to traditional occupational safety and health have seldom been explored in depth in Taiwan. In this article, we review the literature and compare the experiences of Taiwan and other countries in an effort to facilitate future policy-making and design of workplace health-promotion intervention programs. (*Taiwan J Public Health*. 2008;27(4):271-281)

Key Words: *employee, empowerment, health promotion, safety and health, workplace*

¹ Graduate Institute of Health Policy and Management, College of Public Health, National Taiwan University, No.17, Xu-Zhou Rd., Taipei, Taiwan, R.O.C.

² Department of Surgery, Long Cyuan Veterans Hospital, Pingtung, Taiwan, R.O.C.

³ Center for Health Policy Research and Development, National Health Research Institutes, Zhunan, Miaoli, Taiwan, R.O.C.

* Correspondence author. E-mail: leelan@ntu.edu.tw

Received: Jan 18, 2008 Accepted: Aug 12, 2008