

健康城市建设及其发展趋势

文 / 陈柳钦



作者简介:

陈柳钦, 湖南邵东县人, 天津社会科学院城市经济研究所研究员, 天津市知名青年学者, 青年经济学家, 产业经济、城市经济和城市金融问题专家。兼任教育部人文社会科学重点研究基地对外经济贸易大学中国WTO研究院特邀研究员, 哈尔滨商业大学国际经济与贸易研究所研究员、经济学院教授, 硕士研究生导师, 哈尔滨理工大学客座教授, 湖南科技大学商学院教授, 天津理工大学经济管理学院硕士研究生导师, 天津工业大学公共危机管理研究所特邀研究员, 广西民族大学兼职教授。

摘要: 本文从健康的内涵着手, 分析了健康城市的兴起, 诠释了健康城市的内涵和基本特征, 并进一步介绍了健康城市的标准和指标体系。在世界卫生组织的大力倡导下, 不少发达国家和一些发展中国家积极响应, 至此, 国内外健康城市实践如火如荼。未来健康城市发展将主要呈现四大趋势: 健康城市向和谐社会发展的趋势; 健康城市向健康安全城市发展的趋势; 健康城市公共政策的制定将更多地遵循“循证”的理念; 健康管理日益成为建设健康城市的重要基石。

关键词: 健康城市 健康城市 和谐社会
中图分类号: F299.2

城市是人类的聚居地, 是区域发展的核心, 城市化已成为一个世界性的潮流。据有关资料显示: 仅从 1950 年到 1995 年间, 发达国家超过百万居民的城市从 49 个增加到 112 个, 发展中国家这类城市的数量从 34 个增加到 213 个, 据预计, 到 2010 年全球将拥有 2000 万以上人口的城市将达到 25 个, 2025 年城市人口将占世界人口的 61%。联合国最新预测, 到 2030 年, 世界城市人口将比目前增加 20 亿。这种全球性的趋势, 将使城市问题变得更为广泛且突出。伴随世界城市化进程的是城市健康问题大量出现——疾病大规模蔓延、人口密度过高、住房紧张、交通拥挤、水资源污染、暴力与犯罪等“城市病”症状逐渐凸显, 噪音、废气、贫困、卫生等诸多社会、经济、环境、生态问题不断涌现。这些问题开始严重困扰并危害城市居民的身心健康。所以, 当今世界对城市的存在和发展提出了新要求, 即城市不仅仅作为一个经济实体来存在, 首先应该是一个人类生活、呼吸、成长和愉悦生命的现实空间。同时, 城市发展“不能牺牲生态环境, 不能牺牲人类健康, 不能牺牲社会文明”。因此, 健康城市的建设已经摆在首位。城市应该不仅仅是追求经济增长效率的经济实体, 更应该是能够改善人类健康状况的理想环境。随着现代化步伐

的不断迈进, 未来的城市, 将被“健康”所主宰。我们的生活也将被“健康”覆盖。

一、“健康”内涵探寻

(一) 健康观念的演变

健康是一个古老而又永远年轻的话题, 人们对其的认识随着时代特征和生产力水平的不同, 而处于持续不断的变化和发展中。最初, 人们简单、机械地认为“健康即无病、无残”, 人类对疾病的恐惧极大地催生了现代医学科学的发展, 许多曾经致命的传染病和其他疾病如小儿麻痹、肺炎、阑尾炎等已被人类征服。《中国大百科全书·现代医学卷》中将“健康”定义为: “人体的一种状态, 在这种状态下人体查不出任何疾病, 其各种生物参数都稳定地处在正常变异范围以内, 对外部环境(自然的和社会的)日常范围的变化有良好的适应能力。”进入 20 世纪以来, 随着医学技术的不断进步, 人们的寿命普遍延长, 对疾病的了解逐渐深入, 但同时已不再满足于停留在追求温饱和低层次的生活状态中, 越来越强烈地意识到健康不仅仅是指四肢健全、生理上无病, 还需要有一个良好的精神状态。因此, 世界卫生组织(WHO)在 1948 年创建之初, 就在其章程中将“健

康”定义为：“整个身体、心理和社会的良好状况，而非仅仅指人没生病或不虚弱。”这标志着人们对健康的认识已发展到了躯体、心理、社会的三维健康观（见图1）。

● 图1 健康观的三维图



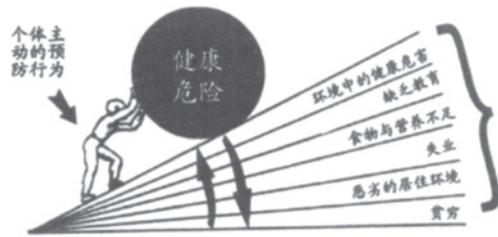
世界卫生组织在1978年国际初级卫生保健大会上所发表的《阿拉木图宣言》中重申：健康不仅是没有疾病或不虚弱，且是身体的、精神的健康和社会适应良好的总称。该宣言指出：健康是基本人权，达到尽可能的健康水平，是世界范围内一项重要的社会性目标。WHO1979年发布的《2000年世界全民健康战略》（Global Strategy for health for all by the year 2000）¹强调：亟须采取行动，以改善人民健康和福利状况的主要领域，并非健康部门本身，还应包括城市、区域乃至国家、国际层面的许多其它部门。WHO（1981）这样定义健康：“健康并不是一个单一清楚的目标，它是领导人们迈向进步发展的过程。健康的人有工作能力、参与所在小区的事物；而健康系统则指在家庭、教育机构、工作地点、公共场所、小区及健康相关机构都处于健康状态。它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。”WHO在1986年里斯本议中，特别阐述健康的特征如下：（1）健康是社会事物，而不仅是医疗事物；（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、美学和环境领域的人所监督；（4）健康是小区居民参与及公私部门合作的表现。这里的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；合作意味着健康不只是公部门的责任，健康应是公部门、民间组织及小区居民共同的责任。1986年11月21日，WHO在《健康促进渥太华宪章》（Ottawa Charter for Health Promotion）²中对健康的概念有了更深刻的表述：“应将健康看做是日常生活的资源，而不是生活

的目标。健康是一个积极的概念，它不仅是个人的素质的体现，也是社会和个人的资源。”1989年世界卫生组织又一次深化了健康的概念，提出了四维健康新概念，即健康包括躯体健康（physical health）、心理健康（psychological health）、社会适应良好（good social adaptation）和道德健康（ethical health）。四维健康新概念是世界卫生组织对全球21世纪医学发展动向的展望和概括，这种新的健康观念使医学模式从单一的生物医学模式演变为生物-心理-社会医学模式。这个现代健康概念中的心理健康和社会性健康是对生物医学模式下的健康的有力补充和发展，它既考虑到人的自然属性，又考虑到人的社会属性，从而摆脱了人们对健康的片面认识。该模式是当今健康促进理论的基础，它强调人的健康是要通过全社会动员和全民参与，创造一个建设和维护健康的环境来达到促进健康的目的。

（二）影响健康的因素

公众健康工作者们逐渐明晰，许多健康问题的最终根源，都是来自物理、社会环境的影响，环境比人的行为对于健康的影响更具普遍性。大量的调研资料表明，身心的健康问题源自贫穷、低劣的居住条件、失业、不均衡的食物与营养、缺乏受教育机会、环境的健康灾难等因素，它们比人们自身因素对健康有着更大的决定作用，是它们构成了个体健康改善的艰难梯度（如图2）。

● 图2 健康的梯度



资料来源：Taket, A.R.: Making Partners: Intersectoral Action for Health, document from the outcome of Joint Working Group on Intersectoral Action for Health[IM], Utrecht, Norway, WHO, Geneva, 1988:104.

Dahlgren（1991）的模型分析了潜在影响公众健康的因素（图3）。健康的决定因素总体上可分为五个层面，各个层面的因素逐层向内产生影响，并最终体现为个人的健康状况；人们自身的遗传状况虽不可改变，但所有外层因素却共同作用于其后代的遗传因素。



公众健康工作者们逐渐明晰，许多健康问题的最终根源，都是来自物理、社会环境的影响。



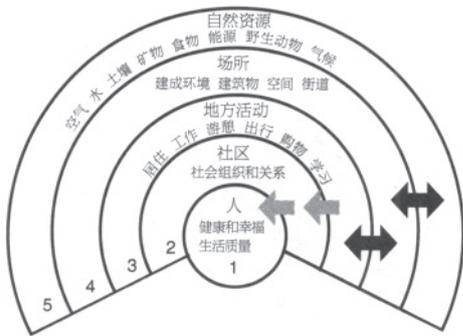
● 图3 健康的主要决定因素



资料来源：Whitehead M. & Dahlgren G.: What can we do about inequalities in health? Lancet, 1991, 338: 1059-1063.

世界卫生组织 (WHO) 执行理事 Hugh Barton (2003) 等人在 Dahlgren (1991) 模型的基础上, 采用生态学的方法, 综合可持续发展中以人为本的思想, 从人的健康与整体人居环境系统的关系角度建立了影响人类健康幸福的人居环境“圈层”模型 (见图4)。社区、地方活动、建成环境、自然资源四个圈层, 任一圈层的变化都会对相邻两个圈层产生直接影响。在此基础上, 通过联动作用使外围所有圈层成为互相影响、紧密结合的人居环境整体, 共同决定了核心圈层中人的健康和幸福。

● 图4 影响健康的人居环境“圈层”因素



资料来源：HBarton, GMarcus: Shaping neighbourhoods: a guide for healthy, sustainability and vitality(M), London: Spon Press, 2003:11-12

综上所述, 除了自然生态环境以及医学公共卫生领域之外, 在社会经济因子与健康水平之间存在着密切的关联。社会经济因子在特定的时间、地点通过“内化”于居民个体或群体自身, 使之呈现出性质各异的人口生态学特征 (种族、收入、阶层、性别等), 从而综合影响特定群体的健康水平。可见, 在健康差异的背后, 有着深刻的社

会烙印。“健康”的内涵已经不再仅仅局限于卫生和医疗水平改善这一传统“医疗”认知模式, 而是包括体质健康、心理健康、精神健康等, 其更多地受到社会、经济因素的制约。

二、健康城市的兴起

健康城市的概念最早可追溯到19世纪, 1842年英国召开的都市健康会议发表了Chadwick报告, 阐述贫民窟居民的生活状况, 建议成立英国城市健康协会, 由此协会负责解决都市健康问题。伊利尔·沙里宁1942年在《城市: 它的发展、衰败与未来》一书中提出名的“有机疏散理论”¹, 指出“任何活的有机体, 只有当它是按照大自然建筑的基本原则而形成大自然的艺术成果时, 才会保持健康, 基于完全相同的理由, 集镇或城市只有当它是按照人类建筑的基本原则, 发展成为人类艺术的成果时, 才会在物质上、精神上和文化上臻于健康。”Mekeown (1976) 教授在其著作中提出, 19、20世纪英国和其他一些发达国家健康进步的主要影响因素, 不是人们通常所认识到的医疗保健和医疗技术的发展, 而是特定的社会、环境和经济情况的变化, 如家庭规模的缩小、食物供给的增加、自然环境的改善以及特别的预防和治疗措施等。这是被公认的、最早提出的健康城市论断。1977年WHO召开的第十三届世界卫生大会上根据健康、健康决定因素的认识, 提出了人人健康(HFA)概念和人人健康的平等、社区参与等六大原则。1978年, 围绕以人人健康为目的, 世界卫生组织(WHO)在前苏联的阿拉木图举行国际初级卫生保健大会, 会上通过了《阿拉木图宣言》。《阿拉木图宣言》的发表是1977年世界卫生大会发起的“人人健康”运动过程中的一个重要里程碑。基于认识到健康是最根本的社会目标, 宣言为卫生政策制定指明新的方向, 即强调人人参与、社会各部门协调和以初级卫生保健为基本策略。会议所提出的“2000年人人享有卫生保健”的蓝图得到了世界大多数国家响应和支持。该运动的基础是六个基本原则: 减少健康方面的不平等; 强调疾病的预防; 包括降低环境风险的部门间合作; 社区参与; 在卫生保健体系中重点强调初级卫生保健; 国际合作。这些原则正反映了Mekeown的关于健康城市的公共健康理念。

1984年, WHO在加拿大多伦多市召开的名为“超级卫生保健—多伦多2000年”的大会上, 第



社会经济因子在特定的时间、地点通过“内化”于居民个体或群体自身, 使之呈现出性质各异的人口生态学特征 (种族、收入、阶层、性别等), 从而综合影响特定群体的健康水平。



一次提出了“健康城市”(healthy city)概念。随着健康城市概念的明晰化,1985年~1986年世界卫生组织欧洲办事处发起了“健康城市项目”(healthy city project, HCP),健康城市项目的重点是健康促进。该项目致力于将“2000年人人享有卫生保健”和《渥太华宪章》所提出的健康促进策略转化为可操作的实践模式,该项目即发展为后来的“健康城市”运动规划。建设“健康城市”是世界卫生组织(WHO)倡导的一项全球性的战略,旨在应对快速发展的城市化进程给人类健康带来的严峻挑战。建设健康城市是健康促进在城市建设中的应用,健康城市理念的提出,正是为了通过提高人们的认识,动员市民与地方政府和社会机构合作,形成有效的环境支持和健康服务等一系列对人类健康影响因素的干预,达到健康促进的目的。健康城市首先得到了加拿大多伦多的积极响应,多伦多成为健康城市的第一实践者。在WHO所确定的健康城市的总体精神的指导下,该市制订了健康城市发展规划,采取了一系列减少污染、净化环境的有力措施,为市民提供清洁的水源、健康的食物,取得了可喜的成效。以多伦多为中心,健康城市运动逐步向世界各国扩散开来,创建健康城市的热潮先后席卷美国、欧洲各国及亚洲的日本、新加坡等国。

1995年的马德里召开“我们的城市,我们的未来:健康与生态城市国际会议”,明确提出全球的健康与生态问题是可持续发展的两个基本问题,健康城市、生态城市是可持续发展战略在实施层面的两个领域。这两个领域同样是强调人和环境的关系,生态城市更侧重于从自然生态系统的发展规律出发,在城市各层面展开行动,对其进行维护或修复。而健康城市强调的则是人类健康所受城市的影响,进而在从政策决策到具体实践的过程中,积极促进人们健康水平的提高。1998年的雅典“健康城市国际会议”标志着健康城市活动已成为欧洲乃至全球性的运动,世界卫生组织提倡的健康城市建设正式进入高潮时期。

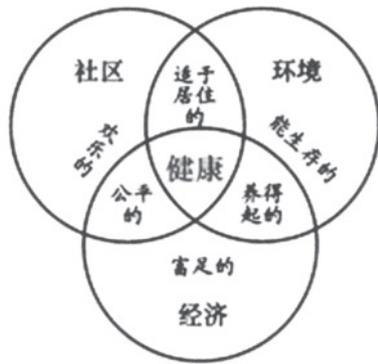
三、健康城市的内涵和基本特征

(一) 健康城市释义

从以上分析可以看出,健康城市是以一个全新的角度重新解读的城市,即城市不仅仅作为一个经济实体存在,而首先是一个人类生活、成长和愉悦生命的现实空间。在这个空间中承担建设的是人类,承担建设后果的也是人类,因

此,人类在城市中既是实施的主体也是实施结果的承担主体。“健康城市”创办人汉考克和顿尔(Hancock&Duhl, 1986)的定义,“健康城市是一个有连续性、创造性,经常改良该市的生活和社会环境的城市,并扩展社会资源,使市民能够互相支持日常的一切生活运作并协助他们使他们的潜能能够发挥到最高峰点”。汉考克和顿尔(Hancock&Duhl, 1988)认为,健康城市是一个能够持续创造和改善其自然和社会环境,扩大社会资源,使人们能够相互支持,履行生命中的所有功能,实现可能达到的最理想的健康状态的城市。汉考克(Hancock, 1993)开发了一个健康城市模型(见图5),将健康城市的三个主要因素社区、环境和经济连接在一起,并且提出这三个因素的相互作用对健康的影响,这是模型的核心。这个模型指出了三个主要因素和它们的相互作用部分的某些价值或特征。社区是城市的“细胞”,是城市的最基层行政单位,是执行健康城市最理想的场所。社区必须是欢乐的,意味着人们在这个社区里一起很好地居住。城市的物质环境-空气、水和土壤-必须是宜人的,意味着它必须支持生活。经济必须充分地繁荣,它必须产生足够的财富来满足人群的需要。城市的人造环境,来自社区和环境,必须是适于居住的。这一概念包括安全,可以步行以及漂亮,囊括于其它的属性中。城市的经济收益必须公平地分布于社区服务以满足所有人的基本需要。同时,经济必须是环境可承受的。

● 图5 健康城市模型



资料来源: Hancock, T.: Health, Human Development and the Community Ecosystem: Three Ecological Models[J]. Health Promotion International, 1993, 8(1): 41-47.

Duhl (1995)认为,健康城市的意义可依个人、团体及小区,及全球等不同层次而有不同的解释:(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



健康城市是以一个全新的角度重新解读的城市,即城市不仅仅作为一个经济实体存在,而首先是一个人类生活、成长和愉悦生命的现实空间。



免于恐惧的自由,并且对于影响生活的事务有控制权。(2) 团体及小区层次:指个人在团体或小区中工作时,可免于被剥削、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。根据世界卫生组织(WHO, 1994)的定义,“健康城市是指不断创建和改善自然和社会环境并不断地扩大社区资源,使人们在享受生活和充分发挥潜能方面能够相互支持的城市。”“其目的是通过人们的共识,动员市民与地方政府和社会团体合作,以此提供有效的环境支持和健康服务,从而改善城市的人居环境和市民的健康状况”。这一定义不仅说明了一个城市的环境卫生状况,更重要的是阐述了优化城市资源配置,保护生态环境,实现人与自然和谐的重要思想。这说明建设健康城市,就是要发挥地方政府在公共卫生方面的作用,鼓励政府履行从大众健康出发的政策,不断地创造和改善物质与社会环境,不断地扩充新的公共卫生资源,让人们在生活的各个方面得到有利于健康的帮助,使城市成为由健康的人群、健康的环境和健康的社会有机结合的发展的整体。健康城市是作为一个过程而非结果来界定的。它不是一个已达到特定健康状况水平的城市,而是对健康有清醒认识并努力对其进行改善的城市。因此,任何城市,不论其当前的健康水平如何,都可以是健康城市;而真正需要的,是对健康改善有承诺,并设置相应的架构和程序来实现这承诺,持续改进影响健康的因素,消除健康的不平等,达到人人健康的目标。

根据WHO的定义,国内许多学者都从不同角度,对健康城市的内涵进行了阐释。邢育健(2001)认为,“健康城市的基本特征是把所有问题都归结到一个综合的概念之中。其中,最重要的是指教育以及对有益于健康的行为和生活条件的政策与环境支持的组合。这一概念中一个非常重要的原理就是‘一体化’”。傅华(2003)认为,所谓健康城市是指从城市规划、建设到管理各个方面都以人的健康为中心,保障广大市民健康生活和工作的,成为人类社会发所必需的健康人群、健康环境和健康社会有机结合的发展整体。上述两种比较典型的观点,得到了学者的普遍认同。也就是说,健康城市把由各种措施组成的预防疾病、促进健康的活动整合成一体,既需要改善医疗卫生条件,又需要社会经济状况的改善和美化居住环境。健康城市十分强调社会环境的支持,这种支持包括了影响行为并直接影响健康的各种政策

和规章制度以及生存环境,同时,它还需要这些环境的支持要具有相互贯穿合作和网络系统的作用。也就是说,要在社会不同部门之间或不同部门的各个方面的互相合作,形成一个整体,而非只是卫生部门的单独行动。只有这样,才能最大程度地发挥城市健康资源,保持和提高居民的健康水平,并且围绕着人的健康这个中心环节,创造一个适宜于人类生存的社会环境和生存环境。由此可见,健康城市概念的立足点是从人的健康角度出发的。因此,建设健康城市要通过提高人民的认识,动员市民与政府部门和社会机构合作,提高市民生活质量,提高城市品位,形成有效的环境支持和卫生服务,改善健康状况。我们认为,健康城市应该成为由健康的人群、健康的环境和健康的社会有机结合的一个整体。建设健康城市,实质上是政府动员全体市民和社会组织共同致力于不同领域、不同层次的健康促进过程,是建立一个最适宜人居住和创业的城市的过。其本质内涵是:将城市视作人类成长和愉悦生命的现实空间,秉承可持续发展和以人为本理念,通过健康服务、健康环境和健康社会三方面目标的具体建设,形成拥有健康体魄、积极心态和拥有健康行为的人群,从而促进城市的再建设。

(二) 健康城市的基本特征

WHO在1986年里斯本会议中指出健康城市的五大特征:(1) 健康城市计划是以行动为基础,以全民健康理念、健康促进原则及38个欧洲国家共同目标为主要架构;(2) 良好的行动方案是依据城市自己的优先次序,其范围可从环境行动到计划设计,进而改变个人生活,而主要原则是促进健康;(3) 监测、研究良好健康城市对城市与健康的影响;(4) 对结盟城市或有兴趣的城市宣传相关想法或经验;(5) 城市及乡镇间能相互支持、合作、学习及文化交流。

为能更加厘清传统城市与健康城市之差异,戴维·克拉克(DClark, 1996)举出二者在12个面向上之差异(见表1)。此表说明了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,同样的,行政人员也由专家变为谘商者;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,健康城市小区营造途径是采取非正式的、多元的、因地制宜的方式,并视小区和公民为伙伴,强调参与、信任及责任的关系。



建设健康城市要通过提高人民的认识,动员市民与政府部门和社会机构合作,提高市民生活质量,提高城市品位,形成有效的环境支持和卫生服务,改善健康状况。



● 表1 传统城市与健康城市的差异

	传统城市	健康城市
城市与邻里/小区/民众之关系	视为消费者	视为顾客/伙伴
城市的角色	服务提供者	刺激者/连结者/召集人/协调者/组织者
增进城市与人民关系/角色的策略	消费者服务、调查、城镇会议、公听会等	出席相关会议、研究小组、召集、刺激
城市的主要职责	治安、消防、工务、休闲	小区健康、社会福利、预防
行政人员的角色	专家	谘商者
小区与城市的互动	政府中的公民参与	公民议题/公民发起会议中的政府参与
对城市资源的看法	拥有者/分配者	受托者/管理者
解决问题途径	确认需求	确认小区资源与组织是否已介入议题处理
追求价值	效率、公平、秩序、课责、权利	参与、信任、责任、关系
市长的角色	领导者、排除者	促进者、包容者
小区营造途径	标准化、正式的、一体适用	非正式的、多元的、因地制宜的
预测与控制程度	高	低至无

资料来源：D.Clark：Urban World/Global City [M]，London：Routledge，1996。

“健康城市”的基本特征可以概括为以下几点：健康、安全和高质量的自然环境；稳定、可持续的生态环境；社区之间相互支撑，没有内耗；居民对于影响其日常生活、健康和福利的政策拥有较高的参与度和决策权；能够满足全体城市居民的食品、用水、居住、收入、安全和就业等所有基本需求；居民拥有各种各样的机会和丰富资源，相互之间有着密切的联系和交流；城市经济呈现多样化，富有创新精神；鼓励延续传统文脉，并做到在群体和个人之间相互交流；任何一种实现上述目的、呈现上述特征的发展模式；所有居民都能够享有高质量的保健和医疗服务；健康状况良好（健康水平高、发病率低）。可以看出，“健康城市”的提出是对未来城市运行状态的美好设想和远景展望，其基本特征由一个个发展目标和一系列可持续的发展理念组成。这些特征具有了比其概念更强的指导性。

四、健康城市的标准和指标体系

通常情况下，“城市的发展”是指这个城市现有环境的自然发展，但还有其他三种形式的发展需要同时跟进，即经济的发展——通常与环境的发展是同步的，也是环境发展的重要基础；社会的发展和人类的发展，这两种形式分别着重于整个社会群体和个人的发展。这四种形式的发展应该是互惠的，但实际上往往衔接得不好。举个

例子，如果设计和规划我们的社区，那么，会影响到社会和人类发展的各个方面，比如：如邻近的区域、公共场所的公共聚集地、走在街上对我们自身安全的担心程度、伤害的可能性、体力活动的水平等。相反的，社会和人类发展的水平对经济发展也会产生影响，如果一个社区有很多受过良好教育的人，并且有非常稳定安全强大的社会网络，那么，很多的生意都会被吸引过来。当然，经济的发展（通过税收、慈善事业的发展）就可以投资支持社区基本设施的发展（供水、排水、道路、能源供应等），公共服务的提供以及其他有利于社会人类发展的事情（学校、图书馆、公园、卫生机构等）。WHO 提出，城市应被看成是一个有生命、能呼吸、能成长和不断变化的有机体，一个健康的城市应该能改善其环境，扩大其资源，使城市居民能互相支持，以发挥出最大的潜能。健康城市运动强调重在参与，各地皆宜。WHO 官员指出，世界卫生组织欢迎全球五大洲的各个国家积极参与健康城市的创建工作，欢迎各国加入世界卫生组织健康城市网络。世界卫生组织不设全球划一的指标体系，各国可根据自己的国情，结合健康城市的原则、标准和期望达到的成效，制定各自的理想、目标和标准。

汉考克和顿尔（Hancock&Duhl，1986）提出理想的健康城市应该具有下列 11 项功能：（1）干净、安全、高质量的生活环境；（2）稳定且持续发展的生态系统；（3）强而有力且相互支持的小

“社会和人类发展的水平对经济发展也会产生影响，如果一个社区有很多受过良好教育的人，并且有非常稳定安全强大的社会网络，那么，很多的生意都会被吸引过来。”

区；(4)对影响生活和福利决策具高度参与的小区；(5)能满足城市居民的基本需求；(6)市民能藉多元管道获得不同的经验和资源；(7)多元化且具活力及创新的都市经济活动；(8)能保留历史古迹并尊重地方文化；(9)有城市远景计划，是一个有特色的城市；(10)提供市民有质量的卫生与医疗服务；(11)市民有良好的健康状态。

为了推进世界健康城市建设的步伐，WHO将1996年4月7日的世界卫生日主题确定为：“城市与健康”，并进一步整理、公布了健康城市的10项具体标准及其内容，为各国开展健康城市建设提供了良好的借鉴和参考。这10项标准包括：(1)为市民提供清洁和安全的环境；(2)为市民提供可靠和持久的食品、饮水、能源供应，具有有效的清除垃圾系统；(3)通过富有活力和创造性的各种经济手段，保证市民在营养、饮水、住房、收入、安全和工作方面的基本要求；(4)拥有一个强有力的相互帮助的市民群体，其中各种不同的组织能够为了改善城市健康而协调工作；(5)能使其居民一道参与制定涉及他们日常生活，特别是健康和福利的各种政策；(6)提供各种娱乐和休闲活动场所，以方便市民之间的沟通和联系；(7)保护文化遗产并尊重所有居民（不分其种族或宗教信仰）的各种文化和生活特征；(8)把保护健康视为公众决策的组成部分，赋予市民选择有益于健康的行为权利；(9)作出不懈努力争取改善健康服务质量，并能够使更多市民享受到健康服务；(10)能够使人们更健康长久地生活和少患疾病。这10条标准的提出，为全世界健康城市的深入发展指出了方向。

1998年WHO欧洲区的成员国共同组建了欧洲区的全民健康框架，即《21世纪健康》，为21世纪提出了欧洲区健康发展的21项目标，与城市规划相关的内容如下：第10条，建设健康且安全的物质环境：主要是污染问题，包括空气污染、饮用水供应与废水排放，固体垃圾，以及放射性物质的隔离；第13条，健康的环境：包括家庭环境、儿童学前环境、社区、学校、工作环境等，这一系列环境都要携手共同展开健康促进行动，它们都是健康促进整体性方法中的重要组成部分；第18条，……要对包括建筑师、规划师在内的其他专业人员提供健康教育，使其掌握必要的知识、动力和技巧，来支持促进健康的多部门行动。《21世纪的健康》是一个比较全面的健康关注的目标体系，从尊重人权、倡导平等、跨部门合作等方面对建设健康城市提出了要求。

为协助各国建立可量化评估的健康城市指标，1996年，WHO起草了9个方面79条指标：(1)内在指标24条；(2)外在指标9条；(3)影响指标7条；(4)进展指标8条；(5)管理及监督指标4条；(6)提供服务指标11条；(7)预算与财政指标4条；(8)能力发展指标5条；(9)社区服务指标7条。同年，WHO又在与47个欧洲城市初步研拟出的53个健康城市指标的基础上，进一步讨论可行性后删修为32个可具体量化的健康城市指标（表2），其中，健康指标3条，健康服务指标11条，环境指标19条，社会经济指标20条，作为各城市建立自己城市健康指标的基础（City Health Profile），并作为检查推动成效之参考。

1998年，WHO健康城市及城市政策研究中心提出了12个方面459条指标：(1)人群健康48条；(2)城市基础设施19条；(3)环境质量24条；(4)家居与生活环境30条；(5)社区作用及行动49条；(6)生活方式及预防行为20条；(7)保健、福利及环境卫生服务34条；(8)教育26条；(9)就业及产业32条；(10)收入及家庭的生活支出17条；(11)地方经济17条；(12)人口学统计22条。马来西亚古晋市曾获得世界卫生组织2004年度健康城市奖。古晋市健康城市指标主要包括环境、社会、健康和经济四个领域共32条指标，其中，环境指标8条，社会指标8条，健康指标9条，经济指标7条。在中国，开展健康城市建设的城市如上海市、大连市、海口市、上海市嘉定区等都从城市的实际出发，都制定了各自的健康城市指标体系。上海市在2003年提出的健康城市三年计划中，提出的健康城市指标共计104条，其中，营造健康环境指标43条，建设健康校园指标11条，提供安全食品指标10条，倡导健康婚育指标10条，追求健康生活指标9条，创建精神文明指标9条，普及健康锻炼指标6条，发展健康社区指标6条。2004年苏州市制定的健康城市指标体系，分3个板块，共122条。其中，核心板块10条，基本板块105条，发展板块7条。基本板块指标包括优化健康服务、营造健康环境、构建健康社会、培育健康人群、提供健康食品、健康场景、市民满意度、行政推动8个方面。

当然，对于如何建设健康城市，似不可能也无必要指出惟一的一条标准路径。“标准的”健康城市并不存在。毕竟，各城市的文化传统、人口特征、主要健康问题、经济社会发展水平等不会完全相同；城市的政府、市场、非政府组织、公众之间的关系和治理模式也各有特点。更重要



“标准的”健康城市并不存在。毕竟，各城市的文化传统、人口特征、主要健康问题、经济社会发展水平等不会完全相同；城市的政府、市场、非政府组织、公众之间的关系和治理模式也各有特点。



● 表2 WHO 健康城市指标

类别	具体指标
A、健康指标	A1 总死亡率：所有死因 A2 死亡原因 A3 低出生体重儿
B、卫生服务指标	B1 有城市健康教育规划 B2 儿童全程免疫率 B3 每位全科医师服务的人口数 B4 每位护士服务的人口数 B5 健康保险覆盖的人口比例 B6 能用外语提供初级卫生保健服务的可得性 B7 市政府每年检查卫生问题的数量
C、环境指标	C1 空气污染 C2 水质 C3 污水处理率 C4 家庭废弃物收集质量指数 C5 家庭废弃物处理质量指数 C6 城市绿化面积 C7 公众可及的绿化面积 C8 废弃的工业用地 C9 运动和休闲设施 C10 人行道 C11 自行车专用道 C12 公共交通 C13 公共交通网络覆盖情况 C14 可居住面积
D、社会经济指标	D1 住在不合居住标准的住宅中的居民比例 D2 估计的无家可归的人数 D3 失业率 D4 低于平均收入水平的个体比例 D5 学龄前儿童托儿机构的比例 D6 <20周、20-34周、35周以上活产儿的比例 D7 堕胎率(与活产总数相比) D8 残疾人就业比例

的是，全球 4000 个加入了国际健康城市协作网络的每个城市在朝着健康城市发展的过程中，都和其他城市有着明显的区别。因此，在评估健康城市时，实施过程和结果同样重要。评估健康城市时，不一定要达到一个统一的、特定的标准（国际上也没有统一的要求），而是要求该城市将其作为一个重要议题进行研究，并采取措施努力实施。健康城市建设注重的是建设过程中健康因素的变化，而不是结果。一个健康的城市并不意味着已经达到了特定的健康水平，而是她关心健康，并努力去改善健康状况。

五、国外健康城市的实践

回顾“健康城市”运动的发展历史，“健康促进”之理念源于 1986 年在加拿大通过的《渥太华宪章》，而真正将其转化为行动的是欧洲国家。在《渥太华宪章》“为了所有人的健康(health for all, HFA)”思想的指导下，WHO 欧洲地区办公室率先于 1986 年设立“健康城市项目”，随后建立了“欧洲健康城市网络”。作为健康城市项目计划的先锋，自 1987 年起，欧洲进入了 5 年为一周期的实施阶段：第一阶段(1988 年~ 1992 年)：35 个城市参加，重点在于引入城市健康发展的新理念和途径（即健康城市模式），建立新的组织结构，以促进项目城市的变革，以及推行健康城市的工作方法；第二阶段(1993-1997 年)：39 个城市参加，重点在于健康公共政策的制定和实施，以及综合性的城市健康规划，使健康城市运动变得更加以行动为导向；第三阶段(1998 年~ 2002 年)：50 个城市参与，主要强调改善健康公平性和可持续发展，强调计划的整合和系统的监测与评价；第四阶段(2003 年~ 2008 年)：主题是健康的老龄化、健康城市规划、健康影响评估和体育锻炼等；第五阶段(2009 年~ 2013 年)：55 个城市参与，总体目标是健康和保健的所有地方政策的公平性，主题是支持性环境、健康生活方式和健康城市设计。要成为在第五阶段的 WHO 欧洲健康城市网络的成员，城市必须在实施第一期 5 年的 10 个具体要求，一定的方法和活动包括：持续的本地支持，协调和督导小组，城市的健康状况，综合规划健康，合作，能力建设，参加世卫组织欧洲网络会议，出席会议的市长，在网络活动的参与，监督和评估机制。

在加拿大，1984 年，在加拿大多伦多召开



一个健康的城市并不意味着已经达到了特定的健康水平，而是她关心健康，并努力去改善健康状况。



的国际会议上，“健康城市”的理念首次被提出。1986年，WHO欧洲区域办公室决定启动城市健康促进计划，实施区域的“健康城市项目”（healthy cities project, HCP）。加拿大多伦多市首先响应，通过制定健康城市规划、制定相应的卫生管理法规、采取反污染措施、组织全体市民参与城市卫生建设等，取得了可喜的成效。1987年加拿大正式启动健康城市项目，如多伦多的“健康城市运动”，魁北克的“健康城市与城镇运动”。此外，加拿大在开展健康城市活动中，根据自己国家幅员辽阔、地广人稀等特点，率先开展了“健康社区”的活动。到1988年加拿大的健康社区活动已经覆盖了全国各主要城市，包括农村的一些乡镇，并逐渐在省级水平建立了健康社区/城市网络，比较著名有渥太华健康社区联盟等。

与加拿大等不同，美国健康城市的构想不是从学术界、医学界开始的，而是从公共健康领域开始的，是非营利组织、宗教组织等推动。美国虽然借鉴了一些WHO的方法，但主要依照美国国情开展了一些健康城市活动。美国印第安纳波利斯市是美国健康城市最早发展地。1988年，由W.K.Kellogg Foundation发起并赞助3年，邀请印第安纳大学护理学院、印第安纳公共卫生协会及印第安纳州6个城市公共参与、规划并执行印第安纳健康城市计划。其时，世界卫生组织已在欧洲及加拿大成功地推进健康城市发展项目的发展。因此，最初印第安纳州准备借鉴欧洲和加拿大的经验，但由于美国地方分权的政治特性，最后，该州对健康城市计划选择了以发展地方社区领导能力为最主要的推行策略，强调通过地方社区的参与和发展推行健康城市计划。印第安纳健康城市计划的一个重要而独特之处在于，高度重视城市（或社区）领导权在建设健康城市过程中的积极作用，将其看作是建设健康城市的前提条件之一，积极支持社区领导权的建设。1989年，美国卫生和人类服务部（DHHS）正式接受“健康社区”这个概念并在全国推广。1993年美国旧金山召开了第一次国际健康城市大会，引起了强烈反响，共有来自世界各地的17000名成员参加了这次会议。大会的组织者主要是美洲大众健康联合会、加洲健康城市协会以及世界卫生组织、联合国儿童基金会、联合国教科文组织、联合国、加洲卫生部和美国国家民政部。大会的主题是“生活质量、环境和社会公正”。与会者通过讨论，

一致认为，应以社区为基础发现和弥补健康城市发展计划中存在的缺陷，同时，强调强大的有生命力的社区是实行健康促进和健康教育计划的基础。这次会议不仅对全世界健康城市发展具有重要意义，也对美国健康城市，尤其是健康社区产生了巨大的推动作用。1996年美国成立了“健康城市与社区联盟”（CHCC）。目前正在讨论的项目范围包括青年节目，社区安全，地方经济发展，娱乐和城市规划。

20世纪80年代末和90年代初，随着欧美等发达国家启动健康城市项目，地处西太区的澳大利亚、马来西亚、日本和新西兰也加入了这一运动的行列。1991年，WHO西太区首次召开有关解决城市卫生问题的会议，在日本东京医科齿科大学成立健康城市研究合作中心。在1991年，WHO西太区办事处组织了4次地区性会议，除了讨论发达国家面临的的城市健康问题，更把讨论的话题扩大到了本地区广大发展中国家所面临的环境保护和市民健康增进问题，因为快速工业化和城市化是该时期亚太地区的重要特征。马来西亚于1994年启动健康城市项目，选择古晋（Kuching）和新山市（Johor Bahru）为试点城市。1995，WHO西太区办事处发表了政策性文件——《健康新地平线》，探讨以最好的方法去鼓励、促成和帮助人们避免疾病与残疾以保持良好的生活方式、环境以维护自身的健康。提出了创建健康城市、健康岛屿、健康场所作为21世纪健康的战略目标。1996年，柬埔寨、老挝、朝鲜、蒙古、韩国等开始开展健康城市计划。1997年，在日本东京医科齿科大学公共卫生与环境科学部设立“健康城市和城市政策研究合作中心（WHO Collaborating Center for Healthy Cities and Urban Policy Research）”，先后通过设在日本东京医科齿科大学、澳大利亚悉尼大学的WHO合作中心以及其他大学、机构和组织，举办了一系列的短期培训班和访问见习，使学员亲身感受日本和澳大利亚的做法。1999年10月，WHO西太区在苏州吴江召开健康城市学习班，主题是：“研究21世纪健康问题”，拟定了2000~2003年西太区健康城市规划，并确定了健康城市的实施方法。2001年WHO西太区在马来西亚新山市（Johor Bahru）举办“健康城市”评估与展望讲习班，进一步推动了马来西亚的健康城市运动。2003年10月，WHO西太区办事处在菲律宾首都马尼拉召开了“地区健康城市网络咨询会议”，成立本地区健康城



到1988年加拿大的健康社区活动已经覆盖了全国各主要城市，包括农村的一些乡镇，并逐渐在省级水平建立了健康社区/城市网络，比较著名有渥太华健康社区联盟等。



市联盟,中国苏州、马来西亚古晋、日本平良、菲律宾马里基纳和蒙古乌兰巴托等5个城市当选为健康城市联盟执委会委员城市,秘书处设在日本东京医科和齿科大学。2004年10月,在马来西亚古晋市召开健康城市联盟第一届成员大会。目前,西太区约120个城市正在实施健康城市项目计划。

六、我国健康城市的实践

健康城市这一概念是在20世纪90年代初引入我国的,其意义已超越了“田园城市”、“生态城市”和“卫生城市”,它带给我们的是一种全新的、综合的、多维的视角。在健康城市理念引导下,人们对城市的理解更趋合理化、明晰化。1992年,随着国际健康城市项目的快速发展,WHO向我国卫生部提议:选取部分城市作为健康城市试点,并通过制定健康城市规划和组织实施,以点带面,把健康城市规划活动逐步推开,形成国家级健康城市网络。1993年8月,WHO西太区在马尼拉召开“城市健康发展WHO双边地区会议”,我国卫生部组团参加,正式介入健康城市规划活动。1994年,在卫生部与世界卫生组织合作的带动下,我国开始了创建健康城市的试点工作,北京市东城区、上海市嘉定区被纳入试点范围,两区结合各自特点,制定了《健康城市发展规划》,并确定了工作的重点。东城区把健康教育、污水处理和绿化环境作为创建健康城市的出发点,而嘉定区则把垃圾的回收处理作为创建健康城市的突破口。

1995年,海南省的海口市和重庆的渝中区也加入到健康城市的规划之中。海口市将创建健康城市与创建生态城市、旅游城市和卫生城市的战略相结合,提出了“健康为人人,人人健康”的口号,明确地把人们对健康的诉求提升到政府行为的高度。1995年10月,WHO官员先后对重庆的渝中区、海口市和上海嘉定区进行了项目考察与评估,对我国的健康城市试点项目的完成情况给予了高度评价。

1996年,大连、苏州、日照、保定等城市也陆续开展了健康城市的建设活动,其中苏州市已经成为WHO西太区健康城市联盟的理事城市之一。1999年9月,WHO和全国爱卫办在苏州吴江举办了“健康城市讲习班”,苏州开始酝酿加入健康城市活动;2000年,苏州市及所辖六县市相继建成国家卫生城市,成为中国第一

个也是惟一一个国家卫生城市群;2001年,苏州成为全国爱卫办向WHO西太区正式申报项目试点的第一个城市。2002年,苏州市爱卫会和市卫生局正式启动了建设健康城市的调研工作,并成立了建设健康城市启动工作的调研组。苏州市把建设健康城市工作浓缩为十项重点行动,把优化健康服务、营造健康环境、构建健康社会、培育健康人群和提供健康食品五个环节有机结合起来,努力做到各个环节的相互配合,共同发展。2003年SARS以后,我国健康城市建设进入全面发展阶段。在卫生部的鼓励和倡导下,许多城市为了进一步改善城市环境、提高市民健康和生活质量,纷纷自觉自愿地开展健康城市的创建。苏州市和上海市的工作颇具典型。2003年9月,苏州市召开“非典”防治工作暨建设健康城市动员大会,印发了健康城市的系列文件,包括健康城市建设的决定、行动计划和职责分工等,系统启动了健康城市建设工作。

上海市政府于2003年底下发了《上海市建设健康城市三年行动计划(2003年~2005年)》,确定了8个项目(营造健康环境、提供健康食品、追求健康生活、倡导健康婚育、普及健康锻炼、建设健康校园、发展健康社区、创建精神文明),并作为上海市政府的重点工作来抓。

2005年5月25~26日,苏港澳健康城市论坛在苏州召开,标志着苏州健康城市建设进入了一个新的阶段。2006年8月上海市人民政府出台了《上海市建设健康城市2006年~2008年行动计划》,在这一轮健康城市建设中,上海确立了“医食住行”四大优先项目,即完善健康服务、提供健康食品、营造健康环境、倡导健康行为。目前,上海正在实施第三个三年计划《上海市建设健康城市2009年-2011年行动计划》。作为中国第一个开展建设健康城市的特大型城市,上海将为中国其他特大型、大型城市的项目开展提供经验和实践基础。

2006年10月,第二届世界健康城市联盟大会在苏州召开,肯定了我国10余年来在健康城市运动中作出的努力。全国爱国卫生运动委员会办公室2007年12月28日在上海召开会议,正式启动了全国健康城市(区、镇)试点工作,并确定上海市,浙江省杭州市,辽宁省大连市,江苏省的苏州市、张家港市,新疆维吾尔自治区克拉玛依市,北京市的东城区、西城区,上海市的闵行区七宝镇、金山区张堰镇等十个市(区、镇)为全国第一批健康试点城市(区、



2003年SARS以后,我国健康城市建设进入全面发展阶段。



镇),拉开了我国建设健康城市的新篇章。2008年卫生部提出中国将实施“健康中国2020”战略,到2020年,我国将建立起比较完善、覆盖城乡居民的基本医疗卫生制度,全民健康水平接近中等发达国家。“健康中国2020”战略是一个分步实施的过程,具体分三步走。第一步到2010年,建成覆盖城乡居民基本卫生保健制度的框架,使我国进入实施全民基本卫生保健国家的行列。这在国务院批转的《卫生事业发展十一五规划纲要》中已得到充分体现。第二步,到2015年,使中国医疗卫生服务和保健水平进入发展中国家的前列。第三步,到2020年,保持中国在发展中国家前列的地位,东部地区的城乡和中西部的部分城乡接近或达到中等发达国家的水平。“健康中国2020”战略是以提高人民群众健康为目标,坚持预防为主,防治结合的方向,采用适宜技术,坚持中西医并重,以危害城乡居民健康的主要问题和健康危险因素为重点,通过健康促进和健康教育,坚持政府主导,动员全社会参与,努力促进人人享有基本医疗卫生服务。

七、健康城市建设的发展趋势

(一) 健康城市向和谐社会发展的趋势

建设健康城市是涉及方方面面的系统工程,需要政府部门、非政府部门和广大市民的共同努力,需要公共政策的支撑与保障。《渥太华宪章》提出的关于健康促进的五大领域之一就是制定健康的公共政策。公共政策的本质是政府对社会公共利益在社会成员之间的协调。政府通过制定和实施公共政策,协调社会主体之间的利益关系,化解社会矛盾、解决社会问题,保证社会和谐发展和不断进步。从公共政策的角度看,构建和谐社会的关键是利益和资源在社会利益主体之间得到公平、合理、有效的协调和配置。因此,政府通过公共政策对全社会进行有效的利益协调,使各利益主体各尽其能、各享其成、各得其所。公平有效的公共政策是构建和谐社会的重要前提。上海·金山健康城市建设论坛以“城市,让市民更健康”为主题,充分体现了“服务政府”致力于和谐社会建设。

健康的城市比最大的城市更重要。健康是小康社会的奋斗目标之一,更重要的是,健康是实现小康社会目标的资源。建设健康城市是21世纪全球城市化进程中最合乎民意的一种战略选

择。城市化不仅需要注重经济的发展,更需要追求人与自然、人与人、人与社会的和谐。健康城市是指一个自然环境与社会环境良性互动,人与人、人与社会、人与自然和谐相处,不断开发、发展自然环境和社会环境并扩大社会资源,经济社会可持续发展,使人们在享受生命和充分发挥潜能方面能互相帮助的城市。因此,创建健康城市是构建和谐社会的内在要求,城市的平衡和协调,城市的健康成长是“构建和谐社会”的基础。健康城市是和谐社会的支点。健康城市建设是一个循序渐进的过程。我国健康城市建设将进一步在理念上接轨国际、目标上贴近百姓、措施上项目推进、模式上社会联动,为提高市民的健康素质、促进经济社会协调发展、构建和谐社会而不断努力。

(二) 健康城市向健康安全城市发展的趋势

城市是为人而存在的,几千年来莫不如此。让健康的人生活在健康的城市里;让生活在城市中的人都有安全感是从事城市规划与设计的人的责任。安全是健康的基础。其实,城市的安全问题也是健康城市实现的一个影响因素,从WHO制定的标准上也能看到这一点。城市安全是指城市在生态环境、经济、社会、文化、人身健康、资源供给等方面保持的一种动态稳定与协调状态,以及对自然灾害和社会与经济异常或突发事件干扰的一种抵御能力。意想不到的人为事故、自然灾害或者城市管理者的疏忽,都可能给城市造成重大损失,对城市正常运转造成重大影响。因此,城市政府要充分认识到保障城市安全运行的重要性,正视当前城市安全运行面临的威胁,包括管理疏忽、防范能力弱、环境污染和自然灾害等方面给城市带来的威胁。1991年WHO“社区安全促进合作中心”于瑞典举行了第一届国际安全社区大会,由此世界各地城市政府也开始注意到“safety”丰富的内涵,并将安全建设的范围拓展到城市建设,相继开始实施城市安全建设计划。健康安全城市就是基于一个健康的社会构架模式,即强调社会、经济和环境各种决定因素的健康和获益,培养强烈的社会联动意识,让所有的市民同样受到重视和尊重,创造出一个适合于生活、工作和游览的和谐、健康、安全的社会。一个好的城市,是一个健康安全、人人享有的城市。一个健康安全的城市,应该空气清新、应该河



健康的城市比最大的城市更重要。健康是小康社会的奋斗目标之一,更重要的是,健康是实现小康社会目标的资源。



流清澈、应该绿化充足、应该避免出现犯罪空间……一个人人共享的城市，应该有足够的公共空间；让人与人有更多的机会彼此接触，应该有足够的私人空间，让每个人都可以安顿自己的生活……。这将是健康城市未来发展的方向。

（三）健康城市公共政策的制定将更多地遵循“循证”的理念

实践过程中会遇到各种不同途径获得的证据，但这些证据不尽相同，有时甚至相互对立。这就要求必须在实践过程中对已有研究证据提供一个可以评价其优劣、轻重的标准。循证（Evidence-based）就为此提供了一个可供参考的评价标准。循证理念在西方发达国家渗透到卫生、教育等公共管理领域，产生了良好的效果。循证的特点是注重实证和既往信息数据的利用。在我国卫生管理领域循证意识淡漠、决策缺乏充足科学证据的情况下，树立循证理念、遵循循证卫生决策流程和方法进行决策，对于普及循证理念、提高卫生决策的科学化水平，实现卫生事业又好又快地科学发展具有重要的现实意义。公共卫生政策的发展是健康促进的一个不可缺少的组成部分，也是健康城市的政策基础。虽然 WHO 给出了健康城市规划的工作指南，欧洲 30 年的实践也提供了宝贵的经验，然而，“标准”的健康城市并不存在，每个城市都有其特定的历史和发展背景。WHO 西太区办事处指出，对于健康城市组织和实施的方法，各个国家间有显著的差别，这些差异反映了经济发展水平、当地历史文化背景和行政管理水平。在健康城市建设的决策和实施中，并没有现成的“舶来品”。健康城市的建设是连续的、学习的过程，而非一系列一次性的举动。健康公共政策的制定是依据证据，而非为了应付短期的压力。因此，每一个国家甚至每一个城市都要突出“循证”的理念，本着循证的思想，在对当前所有相关的证据做充分、合理的权衡后，整合和平衡当前最好的研究证据、经验、资源、伦理、价值观、意识形态和政治的考虑，制定出当前背景环境下最优的政策，以最低的成本、最高的工作效率，做好应该做的事。把健康城市公共政策的研究者、研究证据、实践者、实践的服务对象、管理者、实践情境都整合到一个统一的框架体系中，更好地为健康城市建设提供政策支持，这将是一个必然趋势。

（四）健康管理日益成为建设健康城市的重要基石

要建设好健康城市，进行健康管理是必由之路。健康管理是对个体或群体的健康进行全面监测、分析、评估、提供健康咨询和指导以及对健康危险因素进行干预的全过程。其宗旨是调动个体和群体及整个社会的积极性，有效地利用有限的资源来达到最大的健康效果。健康管理的具体做法就是为个体和群体（包括政府）提供有针对性的科学健康信息并创造条件采取行动来改善健康。健康的人群、健康的环境和健康的社会是健康城市的三个组成部分，其中，健康的人群是整个健康城市的核心。健康城市所有活动的最终目的都是为了促进人群健康，提高城市居民的健康水平。健康管理理念在健康城市计划的实施过程中可以应用在以下几个方面：（1）个体健康管理；（2）功能型社区健康管理；（3）生活社区健康管理；（4）城市流动人口的健康管理。健康管理是从社会、心理、生物的角度出发，对每个人进行全面的健康保障服务，帮助、指导人们成功有效地把握与维护自身的健康。健康管理的社会意义是预防和更好的治疗疾病、降低医疗费用、提升工作效率、提高生活品质。医学研究发现，包括癌症在内的很多疾病若能通过健康管理方式及早发现，治愈率可达到 90%。而导致疾病和早死的主要原因——不良生活方式更可通过有效的健康管理手段得到改善。WHO 以及美国健康管理实践统计表明：健康管理能减少 50% 的死亡率、预防 1/3 以上的疾病。健康管理这种既能帮助提高医疗卫生服务质量，又能控制医疗费用增长的策略应用于以促进城市人群健康为目的的各项行动实践中，对于健康城市计划的实施是一个强而有力的推动。（编辑：何乐）^[1]

注释：

[1] Global strategy for health for all by the year 2000. Geneva, World Health Organization, 1981. 该战略发布于 1979 年世界健康会议，是 WHO 受其成员国委托、开发公众健康体系改革计划的研究成果，1998 年经改进后更名为“21 世纪全民健康”战略（Health for all in the 21 st century），并为 WHO 成员国广泛采纳，同时，还签署了一项世界健康宣言，来支持该战略的实施。随后，WHO 的欧洲地区成员国签署了新的欧洲地区全民健康政策框架，即《21 世纪健康》（Health

“

健康管理是对个体或群体的健康进行全面监测、分析、评估、提供健康咨询和指导以及对健康危险因素进行干预的全过程。

”

21— the health for all policy framework for the WHO European Region), 其中为 21 世纪的欧洲设立了 21 项目标, 根本目标是要达成全民在健康方面的最大潜能。

[2] 1986 年, WHO 在加拿大渥太华召开了第一届全球健康促进大会, 发表了具有里程碑意义的《健康促进渥太华宪章》, 为初级卫生保健运动提供了行动框架, 提出了“健康促进”的概念, 即促使人们维护和改善他们自身健康的过程, 并确定了健康促进的三个基本策略(提倡、赋予能力、协调)和五大行动领域(建立公共卫生政策、创造支持性的环境、加强社区行动、发展个人技能、调整卫生服务方向)。正如第一次健康促进大会(发表渥太华宪章)会徽所显示的, 健康促进应该以可行的、协调的和可持续的战略开始, 朝着一个完整的、全面的和区域间相互交叉的健康观点而努力。

[3] 有机疏散是把拥挤的传统大城市在合适的区域范围分解成为若干集中单元, 并把这些单元组织成为在活动上相互关联的有功能的集中点, 彼此用绿地隔离开, 有机疏散理论的健康智慧在于通过建设隔离绿地防止大城市的盲目发展, 为构建城市生态安全格局提供良好的区域绿地基础。同时, 功能置换分散降低城区建设密度并重视重组城市功能。

[4] 俄罗斯联邦的切伯克萨瑞城于 2010 年 5 月 17 日被指定成为在第五阶段的卫生组织欧洲健康城市网络中的一员, 并会与其他成员城市一起朝着追求健康和健康政策的公平性共同努力。切伯克萨瑞城是第 55 个参与城市。

参考文献:

[1] 马祖琦:《欧洲“健康城市”研究评述》[J],《城市问题》2007 年第 5 期。

[2] 梁鸿等:《健康城市及其发展:社会宏观解析》[J],《社会科学》2003 年第 11 期。

[3] 许从宝等:《当代国际健康城市运动基本理论研究纲要》[J],《城市规划》2005 年第 10 期。

[4] 李广华:《转型时期的健康城市建设路径》[J],《常熟理工学院学报》2006 年第 3 期。

[5] 耿香玲:《经济学视域中的健康城市建设》[J],《常熟理工学院学报》2006 年第 3 期。

[6] 梁鸿:《论健康城市与社会发展》[J],《中国卫生经济》2003 年第 7 期。

[7] 许从宝、仲德崑:《健康城市:城市规划的重新定向》[J],《城市管理》2005 年第 4 期。

[8] 陈柳钦:《健康城市:城市发展新追求》[J],《中国国情国力》2008 年第 11 期。

[9] 傅华等:《中国健康城市建设的进展及理论思考》[J],《医学与哲学》2006 年第 1 期。

[10] 袁爽秋、李立明:《健康城市建设的理论与实践》[J],《环境与职业医学》2008 年第 2 期。

[11] 郭根:《中国健康城市建设报告》[M],北京:中国时代经济出版社,2009 年。

[12] 周向红:《健康城市:国际经验与中国方略》[M],北京:中国建筑工业出版社,2008 年。

[13] 傅华:《现代健康促进》[M],上海:复旦大学出版社,2003 年。

[14] 伊利尔·沙里宁著,顾启源译:《城市:它的发展、衰败与未来》[M],北京:中国建筑工业出版社,1986 年。

[15] 邢育健:《健康城市—21 世纪城市化发展的一项新目标》[J],《江苏卫生保健》2001 年第 4 期。

[16] 玄泽亮等:《健康城市的现代理念》[J],《上海预防医学杂志》2002 年第 4 期。

[17] 梁鸿等:《健康城市及其发展:社会宏观解析》[J],《社会科学》2003 年第 11 期。

[18] 王煜、黄建始:《健康管理在中国健康城市建设中的应用》[J],《中国预防医学杂志》2008 年第 7 期。

[19] Investment for health: a discussion of the role of economic and social determinants[R], WHO Regional Office for Europe, Copenhagen, 2002.

[20] City Planning for Health and Sustainable Development: European sustainable development and health series: 2[R], Geneva: World Health Organization, 1997.

[21] U.S Department of Health and Human Services: Healthy People in Healthy Communities: A Community Planning Guide Using Healthy People 2010[D], Washington DC: Government Printing Office, 2001.

[22] Thomas McKeown: The Role of Medicine: Dream, Mirage, or Nemesis[M], The Nuffield Provincial Hospitals Trust/Blackwell, ford, 1976.

[23] Hancock J, Duhl L: Healthy cities: Promoting healthy in the urban content[M], Copenhagen: WHO Europe, 1986.

[24] Duhl, L: The social entrepreneurship of change[M], New York: Pace University Press, 1995.

[25] Hancock T & Duhl L: Promoting Health in the Urban Context[M], Copenhagen: FADL, 1988.

[26] Duhl L & Sanchez A: Healthy Cities

and the City Planning Process : a Background Document on Links

between Health and Urban Planning[M], Copenhagen : WHO Poegional Office for Europe, 1999.

[27] Price C & Tsouros A : Our Cities, Our Future : Policies and Action Plans for Health and Sustainable Development [M], Copenhagen : WHO Healthy Cities Project Office, 1996.

[28] Duhl, Leonard J. : Conditions for healthy cities: diversity, game boards and social entrepreneurs” [J] , Environment & Urbanization, 1993, Vol.5, No.2.

[29] Taket, A.R. : Making Partners: Intersectoral Action for Health, document from the outcome of Joint Working Group on Intersectoral Action for Health[M], Utrecht, Norway, WHO,

Geneva ,1988.

[30] WHO Regional Office for Western Pacific Region: Regional Guide-lines for Developing a Healthy Cities Project[R], Manila:WPRO, 2001.

[31] Takehito Takano : Indicators for Healthy Cities[R], Toyko:WHOCC HCUPR, 1999.

[32] Hancock, T. : Health, Human Development and the Community Ecosystem:Three Ecological Models[J], Health Promotion International, 1993,8(1).

[33]H.Barton , G.Marcus : Shaping neighbourhoods : a guide for healthy, sustainability and vitality[M], London : Spon Press, 2003.

[34] Hugh Barton & Catherine Tsourou : Healthy city Planning:A WHO guide to planning for people[M], London, Spon press, WHO Region Office for Europe, 2000.

编辑后记

“健康城市”这个概念，的确是读过陈教授这篇文章后才有了深入了解。上海市健康城市建设三年计划已经启动，人人动手清洁家园、人人劝阻室内吸烟、人人坚持日行万步、人人掌握控油控盐、人人学会应急自救的“五个人人”行动，推广健康生活方式。这些行动表面上看是很朴素的，但恰恰是一个城市规划中“以人为本”的一面，是和谐城市的根基所在。陈教授在撰写这篇文章时，引用大量图表数据，可读性很强，能让人从简单的文字中体会“健康城市”的真谛。在与编辑沟通时，陈教授丝毫不让人觉得高高在上，态度极为谦逊严谨，想来，真是人如其文。