



中国科学院教材建设专家委员会规划教材  
全国高等医药院校规划教材

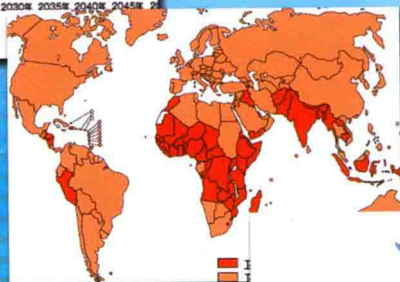
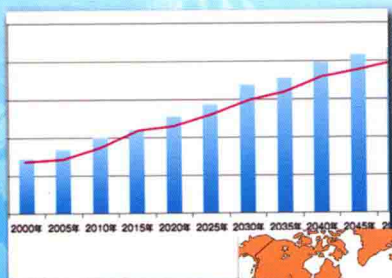
案例版™

供预防医学类、卫生管理类、临床医学类、护理、基础、口腔等专业使用

# 公共卫生学概论

第2版

主编 陶芳标 李十月



科学出版社

中国科学院教材建设专家委员会规划教材  
全国高等医药院校规划教材

供预防医学类、卫生管理类、临床医学类、护理、基础、口腔等专业使用  
案例版<sup>TM</sup>

# 公共卫生学概论

第2版

主 编 陶芳标 李十月  
副 主 编 贾 红 周成超 洪 峰  
编 委 (按姓氏笔画排序)  
马 骁 四川大学华西公共卫生学院  
王文军 济宁医学院公共卫生学院  
王素华 包头医学院公共卫生学院  
牛丕业 首都医科大学公共卫生学院  
孙鲜策 大连医科大学公共卫生学院  
李 健 川北医学院  
李十月 武汉大学公共卫生学院  
杨新军 温州医科大学公共卫生与管理学院  
武 英 华北理工大学公共卫生学院  
范 春 厦门大学公共卫生学院  
周成超 山东大学公共卫生学院  
洪 峰 贵州医科大学公共卫生学院  
贾 红 西南医科大学公共卫生学院  
倪春辉 南京医科大学公共卫生学院  
陶芳标 安徽医科大学公共卫生学院  
编写秘书 朱贝贝 安徽医科大学公共卫生学院



科 学 出 版 社

北 京

## 郑重声明

为顺应教育部教学改革潮流和改进现有的教学模式,适应目前高等医学院校的教育现状,提高医学教育质量,培养具有创新精神和创新能力的医学人才,科学出版社在充分调研的基础上,引进国外先进的教学模式,独创案例与教学内容相结合的编写形式,组织编写了国内首套引领医学教育发展趋势的案例版教材。案例教学在医学教育中,是培养高素质、创新型和实用型医学人才的有效途径。

案例版教材版权所有,其内容和引用案例的编写模式受法律保护,一切抄袭、模仿和盗版等侵权行为及不正当竞争行为,将被追究法律责任。

### 图书在版编目(CIP)数据

公共卫生学概论 / 陶芳标, 李十月主编. —2 版. —北京: 科学出版社, 2017.1

中国科学院教材建设专家委员会规划教材·全国高等医药院校规划教材  
ISBN 978-7-03-050797-6

I. ①公… II. ①陶… ②李… III. ①公共卫生学-医学院校-教材  
IV. ①R1

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2016)第 285345 号

责任编辑: 王超 胡治国 / 责任校对: 张小霞

责任印制: 赵博 / 封面设计: 陈敬

科学出版社出版

北京东黄城根北街 16 号

邮政编码: 100717

<http://www.sciencep.com>

北京市密东印刷有限公司 印刷

科学出版社发行 各地新华书店经销

\*

2009 年 7 月第 一 版 开本: 787×1092 1/16

2017 年 1 月第 二 版 印张: 26 1/2

2017 年 1 月第十次印刷 字数: 784 000

定价: 69.80 元

(如有印装质量问题, 我社负责调换)

# 前 言

公共卫生因人类疾苦而诞生，为人类健康而立命。公共卫生骨子里的务实、利他、人文的精神，使得它早已脱离了单纯的医学范畴。美国前医务总监埃弗雷特·库普(C. Everett Koop)博士曾说：“对我们所有人来说，医疗服务只是在某些时候是非常重要的，而公共卫生任何时候都非常重要。”而在我国，由于长期重治轻防，公共卫生专业人员的数量和知识水平远跟不上社会发展的需要；临床医务工作者群体思维意识不强，少有俯看医学问题的能力。因此，公共卫生教育改革应该从入学时抓起，让医学生初进校园时就接受公共卫生思想的熏陶，培养公共卫生的专业素质与专业思维。基于这些原因，笔者最初萌发了编写这本书的想法。距离本书的第一版已有近8年的光景，这期间产生的新进展、出现的新问题以及激发的新思考使笔者考虑再版，试图将最前沿的知识与思潮引入课堂。

“格物致知”，将学生引向公共卫生案例，使其能有所悟，而后能怀着热忱之心走进公共卫生实践而研究、思索。为达此目的，本书采用“案例—引申的知识—扩展的内容—进展与评述”体例编写，摘取大量经典性和实时性的案例及阅读材料作为导读并丰富视野，再迁入理论知识，最后提出思考问题。让学生对公共卫生体系、职能，公共卫生基础理论，公共卫生实践有一个框架性的认识。本书以培养学生公共卫生思维为基本目标，以提高学生公共卫生素养为核心，注重知识性与实践性相结合，着重培养学生人文精神与批判性思维。

本版较上一版有较大改动，在兼顾教材稳定性和学科基本理论、基本知识连贯性的同时，按照“三篇”布局。上篇为公共卫生导论，从概念和特性、公共卫生发展简史、公共卫生职能、公共卫生体系、公共卫生人力、循证公共卫生等内容组成，全景性介绍公共卫生的内涵和实践，为预防医学相关专业在低年级开设导论性课程提供帮助，也为其他专业开设公共卫生概论性课程提供素材。中篇为健康的决定因素和健康促进策略，从影响健康的下游、中游、下游因素组织章节，避免既往从环境和遗传两个方面、多种因素分开去写的做法，符合公共卫生整体思维和应用性质。同时介绍疾病预防控制的生命历程策略、将健康融入所有政策等新策略以及新的健康促进研究，使学习者紧跟时代发展。下篇是公共卫生实践，内容涵盖了传染病、非传染病、伤害、突发公共卫生事件预防控制，职业卫生、环境卫生、精神卫生、特定人群的卫生保健及信息化时代的公共卫生，也拿出一章阐述卫生政策的制定与实施。这种多篇章编写，可为教师争对性地组织教学提供素材。

本书吸纳了国内外众多研究者的劳动成果，除编者外，国内各院校公共卫生学院的一些中青年为此付出了辛勤的汗水，本书的完成是大家思想火花碰撞的结晶。由于编者水平有限，疏漏之处在所难免，恳请广大师生和读者批评指正。

陶芳标 李十月  
二〇一六年十一月

# 目 录

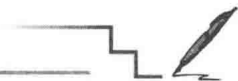
## 前言

## 上篇 公共卫生导论

第一章 公共卫生的基本内涵与属性····· 1	体系····· 51
第一节 公共卫生的基本内涵····· 1	第一节 公共卫生职能····· 51
第二节 公共卫生哲学与政治属性··· 5	第二节 公共卫生体系····· 57
第三节 公共卫生安全与国际合作·· 10	参考文献····· 61
参考文献····· 18	第五章 公共卫生人力建设····· 63
第二章 从远古走来的公共卫生····· 19	第一节 公共卫生人力全球状况··· 63
第一节 远古时期朴素的公共卫生	第二节 公共卫生人力建设····· 72
思维····· 19	参考文献····· 81
第二节 公共卫生诞生前夜····· 23	第六章 循证公共卫生····· 82
第三节 现代公共卫生····· 27	第一节 循证公共卫生的基本涵
第三章 近百年来的三次公共卫生革命·· 34	义及特征····· 82
第一节 第一次公共卫生革命····· 34	第二节 循证公共卫生实践····· 88
第二节 第二次公共卫生革命····· 39	第三节 循证公共卫生的证据
第三节 第三次公共卫生革命····· 49	及数据库····· 94
第四章 公共卫生的职能与公共卫生	参考文献····· 100

## 中篇 健康的决定因素和健康促进策略

第七章 影响健康的下游因素····· 102	第四节 病原生物因素与健康····· 159
第一节 遗传因素····· 102	参考文献····· 167
第二节 生理生化因素····· 110	第十章 健康教育与健康促进····· 168
第三节 其他因素····· 117	第一节 健康教育····· 168
第八章 影响健康的中游因素····· 123	第二节 行为干预····· 173
第一节 行为与生活方式对健康	第三节 健康促进····· 177
的影响····· 123	参考文献····· 183
第二节 心理因素与健康····· 130	第十一章 疾病预防控制新策略····· 184
参考文献····· 136	第一节 全人群、高危人群策略··· 184
第九章 影响健康的上游因素····· 137	第二节 将健康融入所有政策
第一节 健康的社会决定因素····· 137	策略····· 189
第二节 环境因素与健康····· 145	第三节 生命历程策略····· 194
第三节 营养及食品安全与健康··· 151	参考文献····· 200



## 下篇 公共卫生实践

<b>第十二章 传染病预防控制</b> ····· 202	<b>参考文献</b> ····· 321
第一节 概述····· 202	<b>第十七章 特定人群的公共卫生</b> ····· 322
第二节 传染病的预防控制····· 210	第一节 妇幼卫生····· 322
第三节 全球化时代给传染病预防 控制带来的挑战····· 217	第二节 青少年卫生····· 329
参考文献····· 223	第三节 老年人卫生保健····· 336
<b>第十三章 慢性非传染性疾病的预防     控制</b> ····· 224	第四节 贫困人口的公共卫生····· 344
第一节 概述····· 224	参考文献····· 344
第二节 慢性非传染性疾病的 危险因素····· 230	<b>第十八章 伤害和暴力的预防控制</b> ····· 350
第三节 重大慢性非传染性疾病的 预防控制····· 237	第一节 伤害和暴力的疾病负担····· 350
参考文献····· 222	第二节 伤害发生的危险因素····· 355
<b>第十四章 职业卫生</b> ····· 243	第三节 伤害的预防与控制····· 358
第一节 职业性有害因素与健康 危害····· 243	参考文献····· 363
第二节 职业性有害因素的识别、 监测与评价····· 252	<b>第十九章 恐怖袭击和突发公共卫生     事件应急与应对</b> ····· 364
第三节 职业性有害因素的控制 策略与措施····· 259	第一节 恐怖袭击应急与应对····· 364
参考文献····· 267	第二节 突发公共卫生事件应 急处置····· 372
<b>第十五章 环境卫生</b> ····· 268	参考文献····· 385
第一节 环境健康问题····· 268	<b>第二十章 公共卫生服务政策</b> ····· 386
第二节 环境危害因素的识别、 监测与评估····· 278	第一节 公共卫生服务政策概述····· 386
第三节 环境危害因素的防控策略····· 285	第二节 中国主要公共卫生服务 政策····· 390
参考文献····· 293	第三节 国际主要公共卫生服务 政策····· 396
<b>第十六章 精神卫生</b> ····· 294	参考文献····· 402
第一节 精神卫生与公众健康····· 294	<b>第二十一章 信息化时代的公共卫生</b> ····· 403
第二节 精神健康的决定因素····· 303	第一节 公共卫生信息化····· 403
第三节 精神障碍预防和精神健康 促进····· 312	第二节 大数据时代的公共卫生 信息处理····· 409
	<b>参考文献</b> ····· 415
	<b>索引</b> ····· 416

# 上篇 公共卫生导论

## 第一章 公共卫生的基本内涵与属性

### Fundamental connotation and attribute of public health

不同领域的专家学者对公共卫生 (public health) 概念的理解不同, 定义公共卫生需要基于社会发展和实践的演化。不同的人赋予公共卫生的内涵和外延也会不同, 它可被理解为是一项需要社会广泛参与的社会事业, 像一场运动; 又是像一种职业, 其中有各种专业人员一起工作并致力于促进公众健康、提高生活质量; 公共卫生还像一种政府服务, 卫生部门代表政府实施公共卫生服务; 公共卫生还可理解为一种结果, 即公众的健康。但本书从理论和实践的视角编写, 既把它视作一门学科, 又视作一种复杂和动态变化的社会事业。公共卫生基于社会公平正义哲学, 并具有明显的政治属性, 与政府密切关联, 利用多学科理论解决日益增加的多种挑战, 需要加强国际合作。

#### 第一节 公共卫生的基本内涵

##### 【案例 1-1】

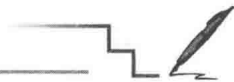
2003 年严重急性呼吸道综合征 (severe acute respiratory syndrome, SARS) 暴发流行后, 世界上一批学者再次思考公共卫生的基本内涵。新西兰奥克兰大学荣誉教授 (emeritus professor) 罗伯特·比格尔霍尔 (Robert Beaglehole) 在世界著名医学杂志《柳叶刀》(The Lancet) 上撰文——新世纪的公共卫生 (public health in the new era: improving health through collective action), 提出公共卫生是通过集体行动改善健康, 强调公共卫生是以持久的全人群健康改善为目标的集体行动 (collective action for sustained population-wide health improvement)。

比格尔霍尔的这一阐述包含了对公共卫生概念的哪些理解, 它与既往专家和组织对公共卫生的定义有什么区别?

#### 引申的知识

##### 一、公共卫生需要集体的行动

比格尔霍尔认为, 公共卫生是一项集体行动, 这一行动是合作的或有组织的行为。从 19 世纪中叶以来, 合作就成为公共卫生实践的核心特征。公共卫生合作伙伴是广泛的, 公共卫生需要社区参与, 需要多部门联动, 还要充分发挥非政府机构的作用。政府在确保合作行动中起到关键作用, 政府的责任既意味着规划和投入, 又通过协调使不同的利益相关者 (stakeholder) 一起工作,



公共卫生行动成为一种有组织的行为。如此，公共卫生才能促进和改善最广泛的人群健康，而不是少数人的福祉。

## 二、公共卫生行动具有可持续性，即需要可持久的政策

公共卫生是一项社会事业，面临的挑战很多，与社会发展水平、习俗观念、伦理道德等密切相关。同时，公共卫生的效益不像临床治疗那样立竿见影，也不像其他的投资那样有快速的受益。因此，公共卫生行动应是可持续性的，政策的持续性显得特别重要。《阿拉木图宣言》(Declaration of Alma-Ata)所确立的“人人享有卫生保健”的初级卫生保健策略与行动，取得了较好的成绩，但也有一些发展中国家采取了以项目为导向的公共卫生行动，政府没有制定和实施可持续发展的政策，带来的只是近期效果。

## 三、公共卫生的目标是全人群的健康改善并减少健康的不平等

公共卫生服务的对象是群体，但特定的公共卫生行动的目标人群可能是特定的群体，如0~6岁儿童健康管理的对象是从出生到入小学前的儿童这一群体。公共卫生的健康保护和促进，也是让全人群受益，特定的公共卫生行动健康受益应是特定人群。公共卫生行动的过程和结果评价也是群体，如儿童保健覆盖率、系统管理率、中重度营养不良率、婴儿死亡率和5岁以下儿童死亡率、意外伤害发生率等都是以群体为评价对象，一些评价指标如婴儿死亡率还需要在较大的社区实施。

公共卫生坚持社会公平正义哲学导向(详见本章第二节)，不能因为社会阶层的差异、家庭出生背景和种族与族裔不同等给公共卫生的提供和筹资带来阻力，也包括个体行为限制和赋税等负担分配的公平，健康公平体现在不同的社会群体中的疾病、失能以及不良健康状况的分布差异明显。慢性疾病的患病率、婴儿死亡率、孕产妇死亡率、烟草和药物滥用、精神卫生服务、老年健康护理、环境污染、职业健康风险等地区、性别差异在任何一个国家都或多或少地存在，这是公共卫生面临的最大挑战之一。

## 四、公共卫生的关键主题

比格尔霍尔强调了现代公共卫生理论与实践的五个关键主题(key theme)，包括：①政府应担负起对整个卫生系统的领导作用，忽视了这一点将无法实现全人群的健康改善，忽视这一点卫生部门也只会继续按生物医学模式关注与卫生保健有关的“近端”问题；②所有部门必须协作行动，忽视这一点只会恶化健康的不平等现象，而政府领导是协作行动、促进全人群健康的核心保障；③用多学科的方法理解和研究健康决定因素，用适当的方法回答适当的问题，为决策提供科学依据；④理解卫生政策发展和实施过程中的政治本质，整合公共卫生科学与政府领导及全民参与；⑤与服务的人群建立伙伴关系，使有效的卫生政策能够得到长期的社区和政治支持。比格尔霍尔认为，无论是公共卫生实践领域还是教育领域，上述五个核心主题还不能充分体现出来。

### 扩展的内容

#### 一、温斯洛 1920 年对公共卫生的定义

美国公共卫生的领袖人物温斯洛(Charles-Edward A. Winslow)早在1920年就将公共卫生定义为：公共卫生是通过有组织的社区努力来预防疾病、延长寿命、促进健康和效益的科学和艺术。这些有组织的社区努力包括改善环境卫生，控制传染源，教育每个人注意个人卫生，组织医护人员为



疾病的早期诊断和预防性治疗提供服务，建立社会机构来确保社区中的每个人都能达到适于维护健康的生活标准，使每个公民都能实现其与生俱有的健康和长寿权利。

这一定义综合且具体地提出了公共卫生的本质、范畴及目的，体现了公共卫生的基本内涵。1952年，世界卫生组织（WHO）采纳了温斯洛提出的公共卫生定义，一直沿用至今。

## 二、美国医学研究所（IOM）1988年定义

1988年，美国医学研究所（Institute of Medicine, IOM）在其《公共卫生的未来》的研究报告中提出，把公共卫生的使命归纳为“通过保障人人健康的环境来满足社会的利益”。

该定义强调各种影响健康的环境因素，明确公共卫生与社会、经济、政治和医疗服务不可分割的关系。该定义更加强调，确保人人健康是整个社会的利益所在。这就意味着改善他人的健康环境和健康状况符合自己的切身利益。这种“人人为我健康，我为人人健康”的主张正是公共卫生的核心价值。

IOM的定义所反映的另外一个公共卫生核心价值是“保障”，即保障人人享有健康环境。这就意味着要持续不懈地促进和保护每个人在健康和身心全面发展方面的利益。这种价值观迎合了一句非洲格言——养育一个孩子需要全村人的付出，而公共卫生的作用就是能为人人提供服务的“村庄”。

IOM的报告还界定了公共卫生的范围，确定了公共卫生的三个核心功能：评价（assessment）、政策制定（policy development）和保障（assurance）。从某种意义上来说，公共卫生的三大核心功能与医学中的诊断和治疗功能相类似。如果将人群或社区看成一个人，评价就类似于诊断，保障就类似于治疗，政策制定则是介于评价和保障之间的一个中间步骤，类似于诊断之后治疗计划的制订过程。

## 三、威克斯观点

20世纪60年代，英国实业家查尔斯·杰弗里·威克斯（Charles Geoffrey Vickers）在担任英国医学研究委员会（Medical Research Council）主席期间，从疾病和科学及社会价值观之间互动关系的角度重新审视了公共卫生。他认为，政治、经济和社会发展史上里程碑意义的事件都是在某些状况从“当然存在”转变为“不可容忍”的时候发生的。因此，公共卫生的历史同样也是不断地重新定义“不能接受的”记录。

威克斯定义强调了科学和社会价值观之间微妙、动态的关系。当健康问题从社会“可容忍状态”转变为“不能接受状态”，社会就会采取集体行动，做出公共卫生反应。这个定义有助于人们理解为什么2004年全球对已存在多年的禽流感亚洲流行做出不同寻常的公共卫生反应，理解WHO对2009年甲型H1N1流感的高度警惕。这应该回溯到2003年的SARS危机，那场灾难使全世界都看到了公共卫生在社会和经济发展中举足轻重的地位，认识到预防重大传染病“小题大做”的重要意义。社会价值观的转变已经使人们对重大传染病的忽视成为一种社会不能接受的态度，H7N9禽流感、甲型H1N1流感、埃博拉病毒病（Ebola virus disease）、寨卡病毒（Zika virus）感染等严峻形势及全球行动反映了社会价值观的转变。

## 四、公共卫生、预防医学及医学

公共卫生与预防医学和医学密切相关，公共卫生借助于医学和预防医学理论与方法为促进人群健康服务，但公共卫生又具有多学科的性质。

表1-1从从业人员、服务对象、工作重点三个方面总结了各公共卫生、预防医学和临床医学的区别。实际上，他们三者紧密联系。预防医学是一门专业学科，提供疾病预防控制理论、策略



和方法并直接服务于公共卫生，而不管是临床医学还是公共卫生，都以促进个体健康和生命质量为宗旨，一部分公共卫生医生如果有很好的临床医学理论和技能，在人群疾病和健康问题的流行特征、暴露流行定性、疾病预防控制策略的制定等方面定会得心应手，并与临床医生一起工作。

表 1-1 公共卫生、预防医学和临床医学的关系

	公共卫生	预防医学	临床医学
从业人员	包括公共卫生医生在内的多学科的专业人员	公共卫生医师	临床医生
服务对象	人群、社区、环境、个体	人群和个体	病人
工作重点	健康诊断、疾病预防、环境卫生、政策制定等	疾病预防	疾病诊治、康复

他们三者的关系也可以理解为图 1-1，呈相互交集联系。



图 1-1 公共卫生、预防医学和临床医学的关系图

## 进展与评述

### 一、“新公共卫生”更加强调政府的责任

1986 年 11 月 21 日，WHO 在加拿大首都渥太华召开了世界第一届健康促进大会，发表了著名的《渥太华健康促进宪章》（*Ottawa Charter for Health Promotion*）。该宪章定义了“新公共卫生”的概念，强调公共卫生是在政府的领导下，在社会发展的水平上，保护民众远离疾病和促进健康的所有活动。同时，明确提出了健康的基本条件是和平、住房、教育、食品、收入、稳定的生态环境、可持续的资源、社会的公正与平等。根据这一定义，公共卫生的核心内容是强调政府在公共卫生事业中的核心地位，同时更加重视社会科学对促进健康的作用。

针对 SARS 危机后社会各界对公共卫生认识不清的局面，时任中国国务院副总理兼卫生部部长吴仪在 2003 年中国卫生工作会议上对公共卫生作出了如下定义：公共卫生就是组织社会共同努力，改善环境卫生条件，预防控制传染病和其他疾病流行，培养良好卫生习惯和文明生活方式，提供医疗服务，达到预防疾病、促进人民身体健康的目的。根据这一定义，公共卫生体系建设需要政府、社会、团体和民众的广泛参与，共同努力。其中，政府主要通过制定相关法律、法规和政策，促进公共卫生事业发展；对社会、民众和医疗卫生机构执行公共卫生法律法规，实施监督检查，维护公共卫生秩序；组织社会各界和广大民众共同应对突发公共卫生事件和传染病流行；教育民众养成良好卫生习惯和健康文明的生活方式；培养高素质的公共卫生管理和技术人才，为促进人民健康服务。中国政府公共卫生定义的内涵与温斯洛定义基本上是一致的，既从根本上解决了中国公共卫生体系建设与国际接轨的问题，又在中国首次提出了政府对公共卫生的有限责任概念，界定了政府在公共卫生方面的五大责任。

### 二、公共卫生是弥合疾病预防和医疗裂痕的重要实践

当前，中国慢性非传染病（chronic non-communicable diseases, NCD）（简称慢性病）的

流行态势非常严峻。据国家卫生和计划生育委员会估计,众多的慢性病及其危险因素在成人中检出率达到10%以上,如糖尿病、高血压、血脂异常等。显然单纯依赖于治疗不能解决日益增加的新发病例,甚至越治越多,社会沉重的疾病负担特别是经济负担难以解决,这就将弥合临床与预防的裂痕再次提上议事日程。公共卫生的内涵可以概括为三个“P”,即疾病预防(prevention)、健康保护(protection)和健康促进(promotion),这将疾病治疗、预防、健康保护和促进统一起来,应是解决慢性病等重大威胁公众健康问题的重要途径。

2015年10月30日第26届长城国际心脏病学会议等多个国际和地区心血管/心脏会议在北京召开,大会的主题为“弥合裂痕,应对挑战”,大会主席、中国心脏联盟联合主席马长生教授在开幕典礼的致辞中强调,以心血管疾病为首的慢性病危机正在全球蔓延,中国的心血管疾病发病人数不断增加并呈现年轻化趋势,心血管疾病的防控面临严峻挑战。预防和治、疾病预防控制和医院医疗两大体系的裂痕日益加深,公共卫生和预防医学领域大量研究成果和技术等并未在临床上获得广泛推广,未发挥出应有的作用。心血管病预防弱、临床强,整个心血管领域的从业者广泛参与到预防事业中来的意识和行为力度还不够,理念也不够,这些都是传统意义上的裂痕;从最新指南、进展到临床实践的裂痕、从传统模式到新模式转变的裂痕,也都亟待弥合。马长生认为,如果心血管病医护人员及公众都能树立预防为重的理念,能够做到“心血管病预防人人有责”,整个行业将发生巨大变化。在行动纲领和策略上,也要逐步把预防做强。如北京市2015年出台的《北京市控制吸烟条例》就是弥合裂痕最强有力的行动,也是多年来学术界、政府及全社会共同努力的结果。

## 第二节 公共卫生哲学与政治属性

### 【案例 1-2】

WHO估计,每年至少有10亿人因无法获得所需要的卫生服务而备受病痛折磨,每年大约有1.5亿人因使用卫生服务而陷入经济困境,有1亿人因支付医疗费用而滑落到贫困线下,全球每年共有5600万人死亡,其中2/3的死亡人口(即3800万人)未进行登记。同时,在今后20年,为满足不同需求,将需要培训和部署4000万~5000万名新的卫生工作者。由此提出,实现全民健康覆盖是解决上述公众健康问题的路径,其关键是提供以人为本的综合卫生服务。

那么,全民健康覆盖提出的时代背景是什么,全民健康覆盖的基本内涵有哪些,全民健康覆盖与公共卫生两个重要属性——公平正义哲学属性和政治属性有何关联?

### 引申的知识

#### 一、全民健康覆盖的基本内涵

WHO对全民健康覆盖(universal health coverage, UHC)界定为:所有人都应当享有所需要的、有质量的卫生服务,并且不因利用这些服务出现经济困难。UHC的核心价值取向是社会公平,它应涵盖全面的高质量基本卫生服务。实现UHC的主要任务是缩小国家间、地区间和人群间的卫生服务可及性及费用负担的差距。

##### (一) 全民健康覆盖实现的要素

一个社区或国家要实现UHC,以下几个要素必不可少。

1. 提供综合性保健服务的卫生系统 首先要有一个有力、高效、运转良好、能够通过以人为本的综合保健服务、满足重点卫生需求的卫生系统。WHO强调,这一保健服务包括为艾滋病、结核病、疟疾、非传染性疾病患者及孕产妇和儿童健康提供的服务。这一卫生系统,能够为人们



供信息，并鼓励人们保持健康、预防疾病；及早发现健康方面的状况，并有能力治疗疾病，帮助患者康复。

UHC 需要向人们提供综合卫生服务，即在卫生系统各级和各服务地点提供终生连续的健康促进、疾病预防、诊断、治疗、疾病管理、康复和姑息治疗服务。这样，社区成员就可在更好的条件下自行采取预防措施，从长远来看，这也可以有效节约成本。

**2. 可负担性** 建立为卫生服务供资的制度，确保人们在利用卫生服务时不经历经济困难，不引起因病返贫。

**3. 获得基本药物和技术** 国家或地区要建立基本药物制度，技术服务于诊断并处理医疗问题。

**4. 受到良好训练的卫生工作者** 卫生服务是由受到良好培训并积极工作的卫生工作者提供，他们拥有提供服务并以现有最佳证据为基础、满足患者需求的卫生服务能力。

**5. 多部门合作** 要实现 UHC，还要承认所有部门对于确保人类健康均发挥着关键作用，包括交通、教育和城市规划部门。

## （二）建立强有力的卫生系统，推动全民健康覆盖

UHC 的一项重要内容是筹集卫生资金。需要为此筹集足够资金，通过预付和集资尽量减少直接自付额，并有效和公平使用现有资金（包括有关捐款）。

国家还必须拥有在运转良好的有效并负担得起的卫生系统中能够担当重任的卫生队伍，通过提供以人为本的高质量综合服务，满足重点卫生需求。良好的治理结构、完善的药品和卫生技术采购与供应系统以及妥善运转的卫生信息系统也很关键。

为实现 UHC，不仅需要重视服务范围，而且还应重视提供这些服务的方式，重点是提供以人为本的一体化卫生保健服务。需要调整卫生服务提供工作，以便更好地向目标人群提供个性化服务。卫生系统应满足人们对长期全面健康的需求和期望，协助人们更好地理解其卫生保健需求。

## 二、全民健康覆盖的误区

UHC 不仅仅涉及卫生筹资问题，它应涵盖完善的卫生系统的所有要素：卫生服务供应系统、卫生人力、卫生设施或交流网络、卫生技术、信息系统、质量保障机制、管理、法规。

UHC 不仅是确保提供最低限度的一整套卫生服务，而且还需确保随着获得更多资源，逐渐扩大卫生服务和财务风险保障范围。国家在卫生领域实行财务风险保障制度，人们就不会因贫致病和因病致贫，保障在得病后不要被迫用尽积蓄、变卖家产、借贷度日、连累子女。

UHC 并不是不惜成本免费提供一切可能的卫生干预措施，因为没有任何国家可以长期免费提供所有服务。UHC 不可能在所有国家一蹴而就，但各国都可采取行动加速推进 UHC，或保持已取得的进展。即使在通常能够提供便于使用和负担得起的卫生服务的国家中，政府也发现越来越难满足本国人口不断增长的卫生需求以及持续上升的卫生服务费用。

### 链接

#### 全民健康覆盖与全民医保的关系

UHC 不是“全民医保”，全民医保通常是指全民健康保障制度，是一种制度安排；而 UHC 关注点在于全民健康，其目标不是建立一种制度，而是通过建立各种制度来实现公民健康服务的覆盖与保障。UHC 的核心价值取向是社会公平，实现 UHC 的主要任务是缩小国家之间、地区之间和人群之间的卫生服务可及性及费用负担的差距。同时，UHC 的内容不单单是医疗服务的保障覆盖，还包括公共卫生、健康促进、妇幼保健、康复、老年护理和老年临终关怀、卫生决策等其他不涵盖在医疗保险范围之内内容。

### 三、全民健康覆盖，初级卫生保健和公平是基础

UHC 以宣布健康为基本人权的 1948 年 WHO《组织法》和 1978 年《阿拉木图宣言》所确定的“人人享有卫生保健”为基础，强调初级卫生保健的重要性。实施 UHC 的国家其财力不是主要障碍，理念更为重要。即一个国家对于公民卫生服务和健康的一种责任，贫穷的国家都可以尽力地为自己的公民健康促进做出贡献。每个国家都应当健全初级卫生保健体系，制定实现 UHC 的愿景、战略和行动领域。对于发展中国家，持续的政治支持是实现 UHC 最重要的保证，增加卫生筹资和提高资源使用公平与效率是实现 UHC 最重要的条件。

UHC 意味着各国不仅要跟踪整个国家人口的进展情况，而且要在不同的群体内部（例如，按收入水平、性别、年龄、居住地、移民身份和民族等）促进实现公平。同时，UHC 远远不止解决健康问题：为向 UHC 的目标迈进，必须促进公正，推动发展重点，并增强社会包容与和谐。

#### 扩展的内容

#### 一、公共卫生的公平正义属性

公共卫生的核心价值是健康的公平性。1948 年 WHO 的《组织法》即宣称健康是一项基本人权，并承诺确保为所有人提供可以达到的最高健康水平。

##### （一）社会公平正义与健康

社会公平正义（social equity and justice）简称公正，是人类社会基本价值追求和行为准则，是指社会为公民分配资源坚持以需要为导向，而不是以其出生背景、生活地区、收入水平或享有的特权为决定条件。但公平性不等于平等，平等（equality）是指每个社会成员获得等量的社会服务。社会公正有两个方面，一是让社会成员能够分享社会经济成果，即每个社会成员的基本尊严和基本生存条件能够得到维护和满足，每个社成员的基本发展条件能够得到保证，每个社会成员的生活水准和发展能力能够随着社会经济发展进程的推进而不断得以提升；二是让每个社会成员都能够拥有充分的自由发展空间。

健康是人类全面发展的基础，保障公民健康的公平性已成为一项衡量社会公正的重要指标。公共卫生服务以满足人们基本健康基本需求为出发点，是国家为公民的健康促进和疾病治疗及预防提供的保障，是一种公共产品和服务，这有助于实现社会的公平正义。同时，政府为公民提供公共卫生服务，满足公民的健康需求，使得政府获得存在合法性的依据增强。公共卫生服务公平性要求努力降低人群在健康和卫生服务利用等方面不公正和不应有的社会差距，遵循按健康需求和按能力支付的原则，力求使每个社会成员均能达到基本生存标准。

##### （二）公共卫生服务提供、卫生筹资和健康公平

公共卫生服务的服务可及性和有效性是考验政府公共卫生职能的试金石。建立覆盖乡村和城镇社区的公共卫生服务体系，解决服务的可及性，进而缩小城乡差异和地区差异；不断扩大公共卫生服务的覆盖范围，切实解决公共卫生服务内容覆盖率不能满足居民需要的问题；逐步完善城镇居民基本医疗保险和农村居民的新型农村合作医疗制度，提高报销比例，降低公民实际支出，减少因病致贫、因贫治病的社会问题；认真解决公共卫生服务的质量和效率，以公民的健康状况、满意度提高、疾病风险下降、健康素质提升为评价指标。

**1. 公共卫生服务提供水平的公平性** 是指有等量公共卫生需要的人得到相同数量和质量



服务量不同,需要水平高的人得到较多的公共卫生服务,需要水平低的人得到较少的公共卫生服务。

**2. 公共卫生筹资的公平性** 是指按照支付能力的大小进行筹资的原则,主要体现健康人群和非健康人群以及不同经济收入水平人群之间的风险分担。也有水平公平和垂直公平之分。

**3. 公共卫生筹资水平公平和垂直公平** 公共卫生筹资的水平公平是指同等收入水平和支付能力的人,不管其对卫生水平服务的实际利用如何,对于公共卫生服务应该有同等的支付额,即同等能力同样支付,也包括没有支付能力不支付的情况。公共卫生筹资的垂直公平是指具有不同收入水平和支付能力的人,对公共卫生服务应该有不同支付额。收入水平高、支付能力强的人应该多付,收入水平低、支付能力弱的人应该少付。

**4. 健康状况的公平性** 是指不同性别、年龄、收入水平、职业、文化程度、种族的人群具有同样或类似的健康水平。反映群体健康水平的指标有患病率(包括两周患病率、慢性病患病率)、死亡率、婴儿死亡率、孕产妇死亡率、期望寿命等,从20世纪90年代WHO还用残疾(失能)调整能寿命年(disability-adjusted life years, DALYs)反映居民健康状况。

**5. 健康横向公平性和纵向公平性** 健康横向公平性是指具有相同卫生保健需求的人群提供相同的公共卫生服务;纵向公平性是指具体到每一个个体,当他们所处的状态不同时提供不同的服务。如此,这就要求政府对低收入、健康状况差以及患严重疾病的人群提供帮助,才能防止因病致贫和因病返贫,降低疾病对贫困家庭的经济负担。同时,提高健康公平与提高平均水平之争有时还面临着一种选择。例如,帮助农村和边远地区的人群、社会和经济状况较差的人群需要昂贵的费用,但同时成本效果较好。

## 二、公共卫生的政治属性

公共卫生从来不是独善其身之举,而是密切地与人口健康、社会稳定和经济发展相关联,是公共安全的一个重要组成部分。

### (一) 公共卫生与人口健康

人口的规模、结构和流动等相对稳定的状态是一个国家和地区经济、社会发展的必然要求,是人口安全的主要内容。非洲的艾滋病流行导致一些国家人口期望寿命降至40岁以下,人力资源和生命力遭到严重破坏。中国人口出生缺陷的发生率高达40%~60%,对人口素质的影响显而易见。

WHO于2014年9月26日总结:“西非埃博拉疫情是人类当代最严重且紧急的一次公共卫生危机。即便是其他第四类生物危险品也没有如此迅速、持续地感染多个地区的人们。”截至2015年5月9日,这次暴发已报告26683例疑似病例,11022例死亡。专家估计,这组数据或远低于实际情况。

#### 链接

#### 公共安全

广义上的公共安全是指危及多数人的生命、健康、重大公私财产以及社会生产、工作生活安全。它包括整个国家、整个社会和每个公民从国防安全、环境安全到社会福利保障等一切生活方面的安全,自然也包含免受犯罪侵害的安全。狭义的公共安全主要包括来自自然灾害、治安事故(如交通事故、技术性事故等)和犯罪的侵害三个部分。

### (二) 公共卫生与政治稳定

突发公共卫生事件和其他的公共卫生危机,必定引起特定人群乃至全体居民的恐慌,严重的还会带来社会的动荡。例如,环境污染事件可能反映了政府规划、监督和预警能力,甚至引起国

际纠纷。自 2014 年起新一轮埃博拉病毒病疫情在西非的流行亦造成了社会动荡，由疾病引发的资源短缺问题造成了比病毒本身更大的负面影响。数以千计的利比里亚、几内亚和塞拉利昂居民受到检疫隔离，利比里亚首都蒙罗维亚的情况如媒体报道的那样——“灾难性”及“每况愈下”。当地医疗系统运作瘫痪，工作人员处于恐慌之中，很多罹患其他疾病的人士未能得到及时的看护，逾百位医护人员殉职。2014 年 8 月 16 日，蒙罗维亚一处检疫隔离中心发生了骚乱，示威者大肆破坏以示对政府及医护人员的不满，不少正在受到医疗监护的病人连带沾有鲜血的床上用品逃离，为疫情雪上加霜。

因此，公共卫生直接关系到国家和政府对人民的责任，突发公共卫生事件和危机考验政府的能力。SARS 以后，公共卫生观念在全社会的普及也使中国决策层深刻认识到，应对危机的能力是国家的核心能力之一。在国务院的领导下，为了应对疾病流行和社会公共事件的发生，中国已经初步制定了 100 余个专项的或部门的应急预案，除了涉及重大传染病流行、中毒事件、环境污染、核泄露等公共卫生事件外，也涉及了洪涝灾害、地震、台风等各种自然灾害，以及铁路、民航、电力、银行、煤矿等领域的重大事故，并且覆盖了各种潜在的社会安全事件。

### （三）公共卫生与经济安全

据亚洲开发银行（ADB）统计，受 SARS 影响，全球经济总损失额达到 590 亿美元，其中，中国内地总损失额为 179 亿美元（人民币 1200 余亿元），中国香港经济的总损失额为 120 亿美元。有人推算，一次 SARS 暴发的经济损失相当于 5 次“9·11”事件带来的后果，可见公共卫生与经济安全和经济的可持续发展之间关系的高度密切性。实际上，即使公共卫生危机尚未暴发，其潜在的危害同样有破坏性。

## 进展与评述

### 一、中国各省期望寿命及疾病负担差异仍然需要缩小

2015 年 10 月 23 日，《柳叶刀》（*The Lancet*）在线发表的中国 33 个省全因死亡率、死亡原因和寿命损失年（YLL）的研究结果显示，与 1990 年相比，2013 年中国各省出生时预期寿命（life expectancy at birth）均有显著提高，其中西藏自治区提高最多，达 14.2 岁，河北省提高最少，为 4 岁；另外，各省出生预期寿命（图 1-2）、各年龄段死亡概率存在地区差异，死因构成具有明显异质性。这就需要制定因地制宜的卫生政策，以应对各地卫生系统所面临的不同挑战，解决健康不平等现象。

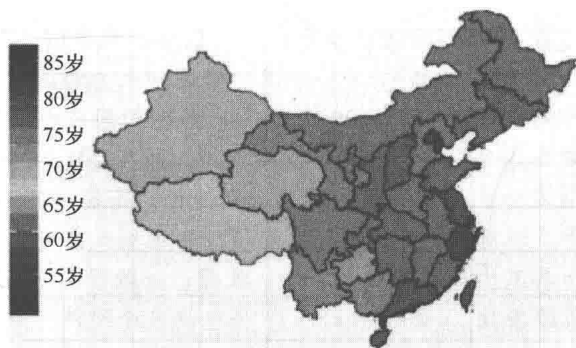
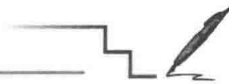


图 1-2 中国 2013 年出生预期寿命分布地区

由华盛顿大学健康测量与评价中心（IHME）牵头，并与中国疾病预防控制中心和中国妇幼卫生监测办公室协作进行，使用全球疾病负担 2013（GBD2013）研究方法所得结果。同期还发表了



1996—2012 年中国 5 岁以下儿童死亡率成就和面临的挑战。

## 二、建立指标体系，监测全民健康覆盖进展

WHO 早在 2005 年就提出了实现 UHC 的目标，而且对其内涵作了初步界定；2010 年和 2013 年报告也聚焦 UHC，分别从卫生筹资和研究两个方面提出促进全球 UHC 进程的策略和路径。世界银行（WB）和 WHO 正在联合开发 UHC 测量方法，提出了测量 UHC 的基本原则和指标体系。

### （一）建立 UHC 测量指标的原则

WHO 和 WB 提出 UHC 测量指标四条原则，包括：①所测量的服务覆盖应当对人群健康产生显著性影响；②测量指标应当反映人群特征；③测量指标反映卫生服务体系特征；④测量指标关注社会不平等，如不同收入水平、性别、居住地、教育水平等之间的差异。

### （二）UHC 监测指标体系

WHO 和 WB 制定了一个跟踪 UHC 进展情况的框架，该框架确定了三项总体指标，即卫生服务覆盖、财务风险保障、对全体人口的公正性或覆盖面，协助各国发展本国的卫生系统，推进和保持 UHC 并监督进展情况。

**1. 卫生覆盖率** 为了监督在实现 UHC 方面的进展情况，应重点监督高质量基本卫生服务的人群覆盖面以及针对灾难性自付医疗费用的财务保障情况。应特别重视最弱势群体，如最贫困者或边远农村居民。

**2. 财务风险保障** 应在较广泛的卫生系统绩效框架下进行监督，跟踪卫生工作者、药品和技术的绩效并衡量对健康和财务保障的影响。

**3. 对全体人口的公正性或覆盖面** 衡量国家在实现全民健康覆盖方面取得的进展很重要。考虑到每个国家的特定情况，可以针对不同领域确定有关衡量指标。还可建立全球监督全民健康覆盖框架，使用国际公认的标准化衡量指标，以便进行跨国和跨时比较。

国家可以检查各项目标的实现情况，并将重点放在需要特别重视的领域上，推动 UHC 的逐步实现。

## 第三节 公共卫生安全与国际合作

### 【案例 1-3】

2005 年 5 月 23 日，第 58 届世界卫生大会通过《国际卫生条例（2005）》（A58/55）[以下简称《条例（2005）》]。《条例（2005）》是一部具有普遍约束力的国际卫生法，中华人民共和国是《条例（2005）》的缔约国。《条例（2005）》要求各缔约国应当发展、加强和保持其快速有效应对国际关注的突发公共卫生事件的应急核心能力，并在 2012 年 6 月 15 日前，发现、评估、报告、通报和处置突发公共卫生事件的能力全部达标，不能如期达标可申请延期。《条例（2005）》共分 10 编 66 条，即前言、定义、目的和范围、原则及负责当局；信息和公共卫生应对；建议；入境口岸；公共卫生措施；卫生文件；收费；一般条款；MR 专家名册、突发事件委员会和审查委员会；最终条款。《条例（2005）》还包括 9 个附件：监测和应对、出入境口岸的核心能力要求；评估和通报可能构成国际关注的突发公共卫生事件的决策文件；船舶免于卫生控制措施证书/船舶卫生控制措施证书示范格式；对交通工具和交通工具运营者的技术要求；针对媒介传播疾病的具体措施；疫苗接种、预防措施和相关证书；对于特殊疾病的疫苗接种或预防措施要求；航海健康申报单示范格式；航空器总申报单的卫生部分。



那么,《条例(2005)》主要内容、适用产生的历程和意义有哪些?对推动公共卫生安全及其国际合作有怎样的作用呢?

## 引申的知识

### 一、《国际卫生条例(2005)》主要内容

#### (一) 适用范围

《条例(2005)》内容与原《国际卫生条例》其适用范围从鼠疫、黄热病和霍乱三种传染病的国境卫生检疫扩大为全球协调应对构成国际关注的突发公共卫生事件,包括各种起源和来源,实际上是指生物、化学和核辐射等各种因素所致的突发公共卫生事件。

#### (二) 对成员国能力建设要求

《条例(2005)》对各成员国国家级、地方各级包括基层的突发公共卫生事件监测和应对能力,以及机场、港口和陆路口岸的相关能力的建设都提出明确要求,以确保《条例(2005)》的实施。

#### (三) 规定可能构成国际关注的突发公共卫生事件的评估和通报程序

《条例(2005)》规定了可能构成国际关注的突发公共卫生事件的评估和通报程序,要求各成员国及时评估突发公共卫生事件,并按规定向世界卫生组织通报。同时,要求成员国根据 WHO 要求及时核实其他来源的突发公共卫生事件信息。

#### (四) 规定 WHO 在参与成员国应对突发公共事件中的作用

WHO 按照《条例(2005)》规定的程序确认是否发生可能构成国际关注的突发公共卫生事件,并提出采取公共卫生应对措施的临时建议和长期建议,并成立突发事件专家委员会和专家审查委员会,为 WHO 相关决策提供技术咨询和支持。

#### (五) 成员国采用其他卫生措施的权利

各成员国可以根据本国立法和应对突发公共卫生事件的需要,采取《条例(2005)》规定之外的其他各项卫生措施,但应根据 WHO 要求,提供相关信息,并根据 WHO 要求考虑终止这些措施的执行。

### 二、《国际卫生条例(2005)》产生的历程

传染病在历史上是威胁人类健康最主要的疾病。14 世纪发生在欧洲和亚洲的鼠疫大流行,仅欧洲死亡就达 2500 余万人,南亚也死亡 1300 余万人。1374 年意大利威尼斯建立了世界第一个检疫站,颁布了第一部检疫规章,即海员管理规定,该规定很大程度上限制了疾病的传播。

自 19 世纪以来,西方国家商品迅速发展,国际交通往来迅猛增加。同时,鼠疫、霍乱、天花、黄热病等烈性传染病广泛流行。既往的检疫规章已经不能适应现有的情况,许多国家为防御恶性传染病的传播蔓延,相继采取检疫措施,制定检疫法规,并从地区性的协调逐渐发展到国际间的合作。第一次国际卫生会议从而于 1851 年在巴黎召开,制定了世界第一个地区性《国际卫生公约》。

随着社会及疾病的发展,《国际卫生公约》也逐渐发展。1866 年土耳其君士坦丁堡会议和 1874 年维也纳会议,针对当时霍乱历经四次世界性大流行,重点提出防止霍乱国际间传播的措施;同时将鼠疫、黄热病并列为国际检疫传染病,建立了国际流行病委员会;1892 年意大利的国际卫生会议制定了船只通过苏伊士运河检疫办法;1893 年德国的德里斯顿国际卫生会议专门研究了防止东方(印度等国)鼠疫传入欧洲的检疫措施;1897 年奥地利维也纳会议强制要求各国电报报告鼠