



健康城市：

国际经验与中国方略

周向红

中国建筑工程出版社

健康城市：国际经验与中国方略

周向红

中国建筑工业出版社

图书在版编目 (CIP) 数据

健康城市: 国际经验与中国方略 / 周向红. — 北京:
中国建筑工业出版社, 2008
ISBN 978-7-112-09909-2

I. 健… II. 周… III. 城市卫生-研究 IV. R126

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2008) 第 023144 号

继联合国教科文组织提出“生态城市”概念之后, 健康城市运动目前已成为世界各国减少城市化进程中健康危害的新路径。本书结合大量文献资料以及实地考察, 对国内外健康城市运动进行了分析和剖解, 从城市规划、城市管理、医学、社会学等角度对健康城市运动的背景、动力进行了探讨, 并重点探讨了我国在未来健康城市建设实践过程中的重点领域和战略步骤。

本书可供城市规划人员、城市管理人员、有关专业师生等阅读使用。

* * *

责任编辑 许顺法

责任设计 赵明霞

责任校对 王雪竹 刘 钰

健康城市: 国际经验与中国方略

周向红

*

中国建筑工业出版社出版、发行 (北京西郊百万庄)

各地新华书店、建筑书店经销

北京红光制版公司制版

北京市铁成印刷厂印刷

*

开本: 787×1092 毫米 1/16 印张: 12½ 字数: 309 千字

2008 年 4 月第一版 2008 年 4 月第一次印刷

印数: 1—3000 册 定价: 29.00 元

ISBN 978-7-112-09909-2

(16717)

版权所有 翻印必究

如有印装质量问题, 可寄本社退换

(邮政编码 100037)

序

很高兴为周向红副教授的著作《健康城市：国际经验与中国方略》的出版写序言。周向红是我指导的第一位城市发展与管理学科的博士后，当时建议她以健康城市的理论与方法作为研究课题，她很高兴地接受了。值此研究成果出版之机，也许可以谈谈为什么建议她从公共管理与政策分析角度研究健康城市的一些初衷。

我们对健康城市的关注主要与城市发展与管理的教学和研究工作有关。1995年在研究城市可持续发展的指标体系的时候，我偶然地获得了世界卫生组织一份从健康城市角度谈城市发展指标的资料，觉得很有启发。后来有机会接触上海和苏州在国内率先开展健康城市建设的政府工作，对健康城市的理论、方法与实践有了进一步的认识。又后来，在可持续发展研究中有过许多交往的前联合国开发署驻中国总代表 Leitner 博士到瑞士担任世界卫生组织的要职，通过她获得了有关健康城市的许多国际资料。

在我们的研究中，健康城市是作为可持续性城市的重要类型和重要方面来开展研究的，主要有三点考虑：首先，健康城市是可持续城市发展与管理的重要内容。众所周知，城市的可持续发展是一个以经济、社会、环境三重底线为内容，以人的福利提高为目标的综合发展。其中，保证人民健康而可持续的生活方式（国外所谓的乐活生活 LOHAS, Life style of Healthy and Sustainability）是城市发展的主要目标。因此，研究健康城市可以深化城市可持续发展与管理的思考。其次，健康城市的研究很能体现和运用可持续发展的研究思路。在可持续发展与管理的研究中，有一个所谓“压力—状态—反应”（PSR）的研究方法。用到健康城市研究中，状态是指城市人存在的生理健康问题，压力是指导致人群健康出现问题的社会原因和环境原因，反应是指针对状态与压力采取的改进对策。按照可持续发展的管理思路，健康城市的发展既要提出解决状态问题的应对之策或解决“已病问题”的治标之策，更要提出解决压力问题的应对之策或解决“未病问题”的治本之策。因此，可持续发展的健康城市研究可以为当代医学所提倡的“社会—心理—生理”模式提供理论上与方法上的支持与启发。再次，健康城市的研究虽然缘起于公共卫生问题，但是它的深化与拓展已经超越了单纯的公共卫生研究，需要公共卫生、城市、环境、管理等多领域的联合攻关和突破。这正是可持续的城市发展与管理可以探索并且有所作为的问题。

正是出于上述考虑，因此当周向红申请与我合作做博士后研究课题的时候，我就向她提出了系统地从事公共管理与政策分析角度研究健康城市的建议。我觉得，她本科是学习医学的，硕士生和博士生阶段学的是政策分析，应该具有研究这个问题的比较合适的背景、知识和激情。现在成果出来了，她自己也庆幸能够较早地开始做这样的研究题目。目前，世界和中国的健康城市运动正在蓬勃兴起并不断向纵深发展，特别是2007年以来，中国卫生部 and 全国爱卫办在创建国家卫生城市（区、镇）的基础上，响应世界卫生组织1980年代以来倡导的健康城市活动，开始了全面开展建设健康城市（区、镇）的活动。因此，

本书的出版恰逢其时。

本书注意理论与政策研究相结合，在评价国内外健康城市的理论沿革和实践变化的基础上，重点讨论了如何将健康城市的概念纳入政策议程，构建组织结构，进行评估和修正，开展重点领域建设等。以加拿大、美国、日本等国家以及我国台湾地区的一些典型事例为案例，通过对不同国家和地区的健康城市运动的比较，提出了一些促进我国的健康城市理论与实践的看法和建议。相信本书能够给有关的决策者、研究者以及其他相关的需求者提供理论、方法、实践上的信息和启示。同时，也期待周向红能够沿着这个方向做深入持续的思考和研究，为健康城市和可持续城市发展与管理的理论与实践做出自己的贡献。是为序。

同济大学可持续发展与管理研究所所长、教授

诸大建

2008年2月12日于同济大学

目 录

序	诸大建
第一章 导论	1
1.1 研究背景	1
1.2 研究意义	4
1.3 本书的主要内容	5
1.4 本书的主要研究方法和结构	6
第二章 健康城市发展的理论与动力	8
2.1 健康城市的概念与特征	8
2.1.1 健康城市及健康城市项目概念的界定	9
2.1.2 健康、健康城市、健康城市项目概念的演变	10
2.1.3 相关概念的辨析	11
2.1.4 健康城市的具体内涵和特征	13
2.1.5 健康城市的纲领、阶段、步骤	13
2.1.6 健康城市的指标框架	15
2.1.7 总结	15
2.2 健康城市发展的现实动力	16
2.2.1 城市化困境的必然要求	16
2.2.2 人们对健康的不断追求	18
2.2.3 传统经济学发展观的衰败和新发展观的出现	18
2.2.4 疾病谱改变及新公共卫生的发展	20
2.2.5 新城市主义的影响	21
2.3 我国健康城市兴起的主要原因	21
2.3.1 城市化的压力迅猛增加	21
2.3.2 城市经营的策略需要	22
2.3.3 SARS 危机后的反思	23
第三章 健康城市的实践与发展	24
3.1 国外健康城市实践回顾与总结	24
3.1.1 国外健康城市发展概况	24
3.1.2 欧洲及其波罗的海地区、美国、澳大利亚、亚洲等国健康城市实践	24
3.1.3 国外健康城市运动的战略和方法	30
3.1.4 总结	31
3.2 加拿大健康城市建设经验与教训	31
3.2.1 加拿大城市概况	31

3.2.2 加拿大健康城市运动发展的历史背景	34
3.2.3 加拿大城市改革和发展的阶段	35
3.2.4 加拿大健康城市项目的经验	36
3.2.5 多伦多的挫折	37
3.2.6 总结	38
3.3 我国健康城市发展的回顾	39
3.3.1 我国城市发展的阶段和主要特点	39
3.3.2 我国健康城市运动发展	40
3.3.3 总结	46
第四章 健康城市建设的政策体系构建	49
4.1 健康城市政策体系构建的理论模型和基础	49
4.2 健康城市政策体系构建关键环节——议程进入	52
4.3 经济、环境、社会领域政策配套设计	57
4.4 实例分析——我国大陆地区婚前检查政策变迁及研究	66
第五章 健康城市建设的执行模式及组织设计	73
5.1 国外健康城市运动组织结构概况及借鉴	74
5.2 台湾、澳门健康城市运动组织结构概况及借鉴	76
5.3 我国健康城市组织结构描述及展望	79
第六章 健康城市评估与指标体系	86
6.1 健康城市评估方法	86
6.2 常见的评估方法	88
6.3 健康城市标准和指标体系发展	89
6.4 国内外健康城市采用的指标体系	93
6.5 健康城市指标设计的建议	103
第七章 我国健康城市建设的重点领域	105
7.1 基于循环经济的城市开发区建设	106
7.1.1 循环经济的内涵与原则	107
7.1.2 国内外循环经济发展趋势	108
7.1.3 我国目前采取的措施	109
7.1.4 基于循环经济的城市开发区建设	110
7.2 面向健康的城市交通发展	114
7.2.1 引言	114
7.2.2 城市交通健康危害分析	114
7.2.3 我国传统城市道路交通发展模式的弊病	117
7.2.4 国外城市交通发展战略经验及借鉴	118
7.2.5 面向健康的城市道路交通发展模式及构建	120
7.3 健康城市的基石——健康社区	124
7.3.1 社区的概念	124
7.3.2 健康社区概念的辨析	125

7.3.3 美国、加拿大健康社区经验及借鉴	126
7.3.4 我国健康社区建设实践	130
第八章 我国健康城市建设的优先项目	139
8.1 基于健康城市理念的中央商务区(Central Business District,CBD)	139
8.1.1 中央商务区的主要特征	140
8.1.2 CBD 现状及其隐患	141
8.1.3 解决的思路	142
8.1.4 结论	148
8.2 以人为本的公共空间设计及发展	149
8.2.1 公共空间概况	149
8.2.2 国外城市公共空间发展的历史沿革	151
8.2.3 国内城市公共空间的问题分析	154
8.2.4 我国健康城市建设与公共空间设计	155
8.3 积极运用健康传播,塑造“乐活”生活方式	156
8.3.1 概念界定	157
8.3.2 传播影响生活方式的因素及表现	158
8.3.3 传播影响生活方式的重要变量——意见领袖	160
8.3.4 传播影响生活方式的代表——广告	162
8.3.5 科学运用多种传播方式,塑造健康的生活方式	163
第九章 结论及展望	168
附录	171
参考文献	183
致谢	191

第一章 导 论

1.1 研究背景

城市化是社会生产力的变革所引起的人类生产方式、生活方式和居住方式转变的过程,具体表现为一个国家或地区内的人口由农村向城市转移,农村区域逐渐转变为城镇区域,城市规模的不断扩大,城市化国家或区域内的主体作用不断强化的长期性过程。城市的发展一方面使商品经济得到更充分的发展,另一方面也为居民提供了更加丰富多彩的消费产品和服务。但与此同时城市化也带来环境污染、交通堵塞等种种问题。这些问题不仅影响到城市居民健康,也诱发了一些社会问题。

■ 城市经济发展和疾病谱改变

城市环境的污染、热岛效应、不良的生活方式使高血压、糖尿病、癌症等恶性疾病、慢性病越来越多,疾病谱发生明显改变。同时城市日益加快的工作节奏、就业竞争的压力使人们长期处在高度紧张状态,并导致一系列精神病患和犯罪、自杀等危害人类健康的问题。解放初期,影响我国人民健康和死亡的主要原因是各种传染性疾病。随着城市用地规模不断扩大,自然景观破坏严重,人口密集,交通拥挤,环境污染,绿地紧缺以及生活方式的改变等,城市人群的疾病谱、死因顺位发生了改变。疾病谱的转移和改变明显发生在20世纪70年代中期。当前我国城市居民传染病死亡率已由1957年的128/10万下降到5/10万,而肿瘤、心脏病和脑血管病死亡率分别由37/10万、48/10万和39/10万上升到147/10万、115/10万和150/10万。当前肿瘤和慢性阻塞性肺部疾患(COPD)分别为我国城乡居民的第一位死因,脑血管病第二。心脑血管病死亡率已高于日本、法国、比利时等发达国家。2001年肿瘤、脑血管病、心脏病、COPD和意外伤害死亡分别占我国城乡居民总死亡的82%和83%^①。

此外我国卫生部、科技部、国家统计局公布的2002年我国营养和健康状况调查结论显示:城市膳食结构不尽合理,普遍缺乏体力活动导致慢性病大幅度上升。2002年我国已有高血压和血脂紊乱病人各1.6亿,超重率30.0%、肥胖12.3%,城市50岁以上的患病率,高血压55%、血脂紊乱46.0%、代谢综合症30%、糖尿病16.2%、糖尿病前期16.0%。慢性非传染病通常为终身性疾病,病痛和伤残不仅影响劳动能力和生活质量,而且医疗费用极其昂贵,社会和家庭不堪重负。1998年我国仅县级以上医院住院费用肿瘤为128亿元、循环系统疾病为97亿元、糖尿病为24亿元,慢性非传染病医疗费用的增加直接拉动了我国医疗费用的迅速攀升。1998年卫生费用占GDP的比例,已由1990年的4.01%上升到4.75%,人均卫生总费用由65.69元上升到302.60元,其上升速度已经超

^① 《慢性非传染性疾病预防医学诊疗规范》编写说明,中华人民共和国卫生部网站。

过国民经济和居民收入的增长。

■ 流动人口和贫民窟

正如《世界报告 2007：我们城市的未来》指出：“无计划、混乱的城市化进程给人类健康和环境质量造成沉重代价，在许多国家，还影响社会、生态环境及经济的稳定。如果全球发展优先领域不包括大规模的城市贫困，那么到 2030 年新增的 11 亿人口中，将有超过一半可能是居住在基础服务设施缺乏的‘贫民窟’。”生活在贫民窟中的穷人已经形成了独特的社会阶层以及独特的社会组织体系。资料显示，在过去 10 年中，印度大城市贫民窟人口呈不断增加的趋势。以首都新德里为例，它的总人口近 1200 万，其中贫民窟人口从 224 万增加到 326 万。而号称拥有“亚洲最大贫民窟群”的孟买的贫民窟人数从 430 万增加到 585 万；加尔各答从 362 万增加到 431 万；其他三大城市金奈、班加罗尔和海德拉巴贫民窟人口也都达到了 100 万左右。我国的城市化呈现了和大多数发展中国家的城市化发展阶段一样的特征：即经济发展水平低的城市化、工业化水平低的城市化和缺乏农业生产率提高的城市化^①。在城乡二元刚性结构中进行的城市化引发了很多问题，人口无序流动、过度集聚和由此引发的一系列城市发展问题；城市周围及城市中出現许多非法建筑而成的贫民聚居区，以及“城中村”^②或“群租”^③等。这些现象凸显了城市发展与流动人口生存条件之间的矛盾，反映的是城市化进程中住房供应的结构性矛盾。从客观上看，这些聚居区降低了农村人口、外来人口流向城市的门槛，也是部分资源缺乏型移民和城市低收入人群的理智选择。但是这些无法达到基本卫生条件的居住区不仅难以保障其本身居民的健康，也给整个城市的资源生态系统和环境带来了压力和不稳定性。

■ 环境污染

城市是人口和经济社会活动最集中的地方，也是环境压力最大的地方。快速发展的工业化和城市大规模改造、开发给城市带来巨大经济效益的同时，也带来了严重的空气污染、水体污染、环境噪声和工业、建筑及生活垃圾污染问题。

2005 年 6 月国家环境保护总局公布的《中国城市环境保护》报告指出：目前，我国城市总体上空气质量较差，在 2004 年检测的 500 个城市中，只有 38.6% 的城市达到国家环境空气质量二级标准，有 1/5 的城市人口居住在空气污染严重的环境中。城市空气污染包括烟尘、酸雨、光化学烟雾、可吸入颗粒物等，经过物理、化学、生物等作用 and 反应，形成复合型污染。空气污染和城市规模基本呈正向关系，大型城市空气污染明显重于中小城市，尤以人口规模在 100 万~200 万的特大型城市空气污染为最严重。

此外一些城市大量填埋城市的河、海、湖用以造地、修路和盖房，这种错误的水系改造方式致使许多城市优美的明河变成了暗渠，原来流动互通的水系变成了支离破碎的污水沟或污水池。迄今为止，全国城市中 90% 的河道受到了不同程度的污染，50% 以上的河道存在严重的污染。水质问题已经严重影响到了城市居民的饮用水安全。全国人大环资委

① 陆学艺等著，社会结构的变迁，中国社会科学出版社出版，1997 年 12 月，第 184 页。

② 城中村是城市扩张后，在市区保留下来的一些村庄，是介于城市和乡村之间的一种非城非乡的聚落形态，同时也是一种城乡变异的社会形态。城中村是在工业化和城市化进程中出现的一种独特现象，这种现象在发展中的中国城市群中，无论是东部沿海地区还是在中西部内陆城市，都非常普遍地存在。

③ 上海近年来出现的新型租赁形态，即是指出租人将房屋分别向两个以上承租人出租或者承租人将承租房屋部分或者全部再转租给两个以上新承租人的行为。

主任委员毛如柏指出：在 46 个重点城市中，仅有 28.3% 的城市饮用水源地水质良好，26.1% 的城市水质较好，45.6% 的城市水质较差。黄河流域水资源保护局抽查显示，2004 年黄河干流近 70% 的城市集中饮用水水源地已不能满足水质标准，中上游的石嘴山市、包头市、三门峡市饮水功能区更成为水质达标“零分区”，2004 年全年无一天达标。水质差不但增加了水处理的成本，而且一些有害污染物将直接危及人体健康。世界卫生组织的调查表明，人类疾病 80% 与水污染有关。刘鸿亮院士指出，国内外由水中检出的有机污染物已达 2000 余种，其中 114 种具有或被疑有致癌、致畸、致突变的“三致物质”，我国各地的水源中一般都能检出百余种有机污染物。

同时科学实验表明，强噪声会引起人体紧张的反应，导致神经系统、心血管系统的疾病以及胃病及胃溃疡等。噪声还会使人精力分散，甚至导致情绪暴躁、易怒。城市噪声污染有交通噪声、工业噪声、建筑施工噪声、社会生活噪声等。目前在很多城市，噪声已经成为公害之一，其中交通噪声所占比重处于第一位。2004 年，在由国家环保总局监测区域声环境的 312 个市（县）中，108 个城市为轻度污染，占 34.6%；9 个城市为中度污染，占 2.9%；1 个城市为重度污染，占 0.3%。噪声极大地影响了群众的正常生活，对人民健康也造成很大危害，城市居民对此反应非常强烈。以北京为例，2004 年，北京市民对环境污染的投诉中，噪声污染投诉量居第一位。

■ 城市经济发展和健康不公平性

公平性是社会文明程度的重要指标之一，保证社会成员得到公平有效的卫生服务是政府在卫生领域追求的。卫生服务的公平性是指社会成员应该以需求为导向获得卫生服务，而不取决于社会地位、收入水平等因素^①。也就是说，具有相同的卫生服务需求的社会成员应该获得相同的卫生服务。卫生服务公平性应随着不同体制的国家、不同历史时期以及不同的经济水平而不同^②。卫生服务公平性评价应包括四方面含义，即健康公平性、卫生服务利用公平性、卫生筹资公平性和卫生资源（包括大型设备）分布公平性。其中健康公平性是指不同社会人群的健康公平相等或相似，健康状况分布均衡。反映人群健康状况的指标有患病率、死亡率、婴儿死亡率、孕产妇死亡率、期望寿命等^③。影响健康公平性的因素有很多，如卫生资源短缺与配置不合理、贫富差距加大、教育程度、地理交通、乡村一体化管理、自然灾害等。因此城市经济发展并不必然导致健康公平性提高，以经济较发达的广东省为例，广东省妇幼保健院产科主任牛健民介绍，该院接诊的危重孕产妇中，8 成是流动人口。相对于本地人口，城市的孕产妇死亡率低于农村；但居住在城市的人口，因居住条件、经济条件等普遍低于常住人口；所以在城市的流动人口孕产妇死亡率高于农村，可达 50/10 万^④。导致流动危重孕产妇主要原因为：经济差、高龄生产、在家分娩等。

① 修燕，徐巍. 卫生服务公平性研究 [J]. 中国卫生事业管理，2002，(6)：328~329.

② 姚有华，冯学山. 关于改善我国卫生服务公平性的思考 [J]. 中国卫生资源，2004，7（1）：3~5.

③ 徐凌中，炳媛媛. 卫生服务的公平性研究进展 [J]. 中华医院管理杂志，2001，17（5）：265~276.

④ <http://www.sina.com.cn> 2007 年 09 月 03 日 06：24 信息时报.

1.2 研究意义

当社会物质生活水平处于较低水平时,人们只期望身体能够胜任体力劳动和维持日常生活。健康在人们心目中,意味着“不生病”。随着经济发展和医学科技的进步,人们的健康需求发展为追求高寿命,将健康理解为长寿。其后人们又发现,高质量的生活更为重要。我国卫生经济专家研究表明,目前全国劳动力人口每年累计患病天数为 202 亿天,人均年患病天数为 28 天,每年累计休工天数为 47 亿天,人均年休工 6.5 天,全国居民因疾病、伤残和早死造成的经济损失相当于国民生产总值 8% 左右,疾病引起的医疗资源消耗相当于当年国民生产总值 6% 左右,且均有增高趋势。健康问题不仅与医疗成本有关,而且影响着生产效率,并造成人才损失。依据人力资本理论,劳动者的人力资本存量主要由健康、知识、技能和工作经验等要素构成。虽然这些要素的增长都会提高个人的生产率,即改善个人获得货币收入和生产非货币产品的能力,然而唯有健康存量决定着个人能够花费在所有市场活动和非市场活动上的全部时间。每个人通过遗传都获得一笔初始健康存量,随着年龄渐长而折旧。但如增加健康投资,健康存量也会增加。在经济全球化的趋势中,一个国家和地区劳动者的整体受教育程度和健康状况,不仅成为物资资本投资的重要因素,而且还决定国家和地区的市场竞争力。发展中国家政府通过收入再分配、投资基础教育和基本医疗服务,不仅能够增强全体劳动者的基本能力而减少贫困,而且还由于人力资源的普遍发展而带来经济增长 (Dreze and Sen, 1989)。事实上,研究健康资源的合理配置和利用对国民经济产生的影响主要体现在:首先是通过增强工作者的健康、提高劳动质量,然后促进国民经济的增长。

据世界银行专家测算,过去 40 年,世界经济增长大约 8%~10% 可归因于人群健康水平的提高。哈佛大学研究认为,大约 30%~40% 的亚洲经济增长源于人群健康水平的提高。世界银行前行长詹米逊在研究中国经济发展时,比较中国和印度成年人生存率,发现印度劳动力人口死亡率比中国高出 16%;也就是如果今天的中国劳动力人口按照印度的成年死亡率折算,则中国经济水平应该低于目前水平的 15%~20%。

因此研究健康城市不仅具有理论价值还具有现实意义。

1. 健康城市是城市发展的最终追求。当人均国民生产总值为 4000 美元,人们对生活的追求将从数量型转为质量型、从物质型转为精神型、从户内型转为户外型,因此如何寻求城市发展与健康促进的均衡将是提高生活质量和都市可居住性的必然问题。1995 年 3 月,联合国社会发展世界首脑会议哥本哈根宣言作出承诺:创造出一个能够使人民实现社会发展的经济和社会政策的一个基本优先事项;促进和实现人人平等地享有良好教育、人人享有基本保健服务的目标;大量增加、有效地利用分配给社会发展的资源。2000 年 9 月联合国召开了世界首脑会议,制定了以发展和消除贫困为主题的千年发展目标 (MDG, Millennium Development Goals),其中要求降低儿童死亡率,将 5 岁以下儿童的死亡率降低 2/3,提高妇女健康水平,将女性死亡率降低 3/4,对付艾滋病、疟疾和其他疾病,将无法喝到安全饮用水的人口数量减半,显著提升至少 1 亿贫民窟人口的生活质量等。2002 年 8 月 26 日至 9 月 4 日,在约翰内斯堡召开了 21 世纪第一届“可持续发展世界首脑会议”,并通过了《约翰内斯堡可持续发展宣言》和《可持续发展问题世界首脑会议

执行计划》，该次会议的核心是“人的尊严的不可分割性”，并提出“以人为本”的新的可持续发展观。2006年6月19日~23日加拿大温哥华世界城市论坛，提出可持续发展的城市口号，并号召各国的部长、市长、学术专家、社区组织、非政府组织协会和来自私营部门的代表联合起来，采取创新的想法与实用的机制建设一个更加包容、和谐的城市。以上重要文件表明，实施以人为中心的城市发展战略已经成为全人类的共识和选择。健康城市运动发展将从制度上保证和提高城市居民的健康。

2. 健康城市是和谐社会的必然要求。随着社会经济发展水平的不断提高，城市化进程不断加快是必然的趋势。在未来的发展过程中，城市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。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。因此强调促进人类健康的健康城市运动是未来城市发展的重要趋势。健康城市是以可持续发展为指导的，注重健康发展和生活质量的提高，通过追求人、环境、社会的有机融合实现动态的平衡，在协调的基础上谋求健康、持续的发展，最终使城市成为一个不断开发、发展自然和社会环境，并不断扩大社会资源，使人们享受生命和充分发挥潜能方面能够成为互相支持的发展整体，进而促进社会经济良性循环、社会和谐、经济高效。从社会层面看，健康是社会人力资本的重要组成部分，提高人群健康水平将直接改善人力资本状况，增强我国的综合竞争力。从人口发展的层面看，劳动力人口是创造社会财富、促进社会经济发展的主要动力之一，健康素质的改善和提高将最终促进经济发展。从卫生层面看，“预防在先”比“治疗在后”成本低、效益高。总之，人是最宝贵的资源，人类经济发展、实现全面建设小康社会的目标，其根本出发点和落脚点就是坚持以人为本，不断提高人民群众的生活水平和生活质量。因此将健康城市融入城市发展过程也是落实科学发展观与构建社会主义和谐社会的必然要求。

1.3 本书的主要内容

健康城市是世界卫生组织针对全球的迅速城市化以及城市的卫生状况，为保障社会的健康发展而倡导的一项全球性战略运动。WHO的健康城市计划自1986年启动以后，至今已有2000多座城市加入该项目，遍布欧、亚、美、澳与非洲。我国自1994年开始以上海嘉定区和北京东城区作为健康城市活动的示范点，1998年又陆续增加4个示范点，近几年来，包括上海、北京、广东佛山、江苏苏州、浙江宁波、辽宁大连等在内的一些省、市已经将健康城市的建设纳入政府议事日程。

由于健康城市项目在我国开展时间相对较短，尚属于不断发展之中，因此有关健康城市项目操作的具体步骤、注意事项等研究还缺乏系统的归纳和总结，理论层面的研究也有待深入，目前我国国内研究健康城市的专家和学者大多集中于公共卫生领域，研究的角度也偏向于医疗卫生领域，发表的期刊也多集中于公共卫生类，如《中国公共卫生》、《中国健康教育》等，近年来由于健康议题凸起，尤其SARS的危机后，一些人文社会科学的专家和学者也加入到其中，不过文章大多停留在简单的介绍和分析，鲜有从城市管理学、政策科学、战略管理等角度的深层次剖析。本书在翻阅和研究大量外文资料的基础上，并于2004年至2005年前往健康城市的起源地多伦多实地考察和研究，尝试对近几十年国外健康城市的理论和活动进行一些总结和分析，并试图借助新公共管理、城市管理等理论对

健康城市进行剖析和探讨。本研究首先应用城市社会学、医学社会学对健康城市产生的背景进行探讨,并对以往的一些理论进行梳理。其次应用制度经济学理论对健康城市的主体、参与者进行分析,在确定政府为健康城市主要承担者的同时,对健康城市项目进行一些有效的制度设计,使其更有效率,同时对健康社区、健康楼宇、健康的公共空间等健康城市建设重点行动项目进行了探讨。主要观点如下:

● 健康城市虽然缘起公共卫生的健康促进,但是在发展过程中已经成为一个涉猎领域广泛的运动,因此需要多学科的努力和探讨。我们既可以从不同的学科路径进行突破,从医学、社会学、城市学、政策学等角度;也可以从不同的层次进行研究,如从一般的、普遍的角度着手寻找所有地区的共同特性和指导原则;也可以从具体的、特定的操作性方法入手,寻找一些具体运作技巧。本书将从管理科学的角度出发试图找出在现阶段我国健康城市运动过程中的一些共性的战略指导框架。

● 由于我国健康城市办公室与爱国卫生运动城市办公室目前尚处于一套人马、两套班子的状态,在很大程度上还延续计划经济的一些思维和爱国卫生运动的一些手段,如动员型的政策执行模式等。毋庸置疑这些方法有一定的可取之处,但与健康城市项目的本质尚有一段距离。因此本书建议健康城市行动战略框架首先应建立以政府为主导,以企业、非营利性组织为联盟的组织框架,并建立动态的健康城市指标体系,同时逐渐形成以健康为价值取向的政策设计,并完善相关领域的政策等重点行动项目。

● 健康城市是一项国际性行动战略,在理念上与国际接轨,但在实际行动上,应该体现“全球战略、区域行动”的特点。自2003年SARS流行后,我国城市政府越来越意识到健康的重要性;同时对食品安全、职业安全、灾害应急等健康安全问题给予了相当的重视。如何解决日益复杂的健康问题,满足人们日益增加的健康需求?本书在参考国外健康城市一些重要议题的基础上,结合现阶段我国城市化过程中的特点,重点探讨了一些现阶段具有共性的健康城市行动项目和政策设计,如健康楼宇、健康社区等。

1.4 本书的主要研究方法和结构

实证分析和规范分析是研究方法中最为普遍使用的分析方法,通过经验研究揭示一般规律,形成实证知识,同时规范研究,又形成价值问题,作出价值判断。本书把规范分析建立在真实、具体的实证分析的基础上,力求全面进行具有可操作性的研究,使所提出的建议具有可应用的价值。本书各章节论证结构上采用先实证分析后采用规范分析方法。一般先讨论西方一些国家健康城市模式的起源和变迁过程及具体的一些措施,然后在章节后半部分提出一些健康城市的制度基础和战略框架。

在论据采用上,采取以文献研究为主、案例研究为辅的方法。在理论分析方面,以大量城市管理、新公共管理等中外著述为主;在讨论战略构想和实践过程时,采用比较分析和典型案例分析方法,以加拿大和美国、日本等国家案例以及我国台湾地区的一些典型事例作为比较,通过对不同国家的健康城市运动的组织结构等方面的比较,在优劣、长短、得失反复权衡过程中,得出一些有益我国健康城市建设实践的经验。

本书的结构框架如图1-1所示。

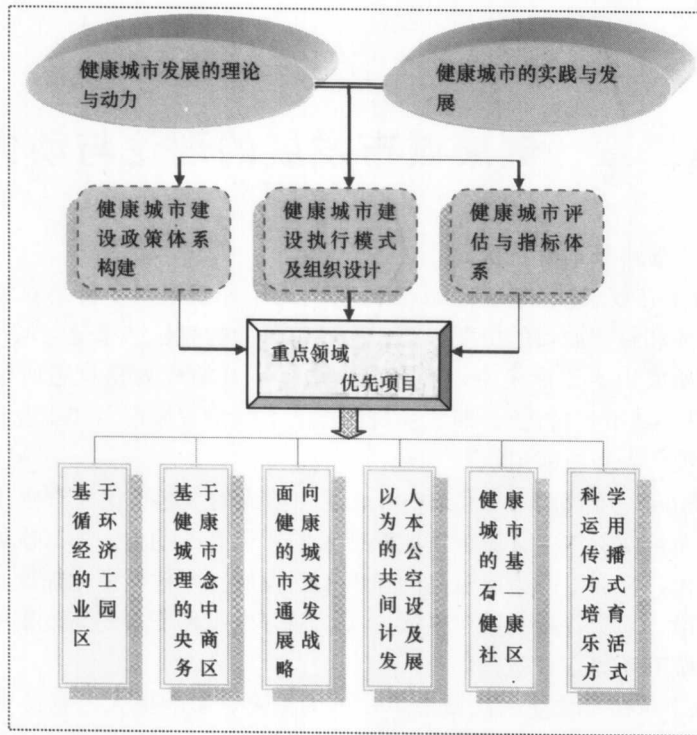


图 1-1 本书研究框架和技术路线

第二章 健康城市发展的理论与动力

人类历史上的城市革命有三次。

■ 第一次发生在奴隶社会末期。小农经济的诞生和奴隶对乡村小农经济的追求引起了奴隶城市的崩溃和封建城市的出现。第一次城市革命的直接结果是：城市不仅有城，而且有市。城市开始成为手工业集中地和商品集散地，开始成为马克思所说的“真正的城市”。另一方面是“城市乡村化”，即“乡村在经济上统治着城市”，“工业在城市中和在城市的各种关系上模仿着乡村的组织”。

■ 第二次城市革命开始于18世纪中叶。工业革命的兴起不仅使资本主义城市彻底取代了封建城市，而且使资本主义城市发展获得了前所未有的动力。第二次城市革命的直接结果是城市工业化，社会生产力以极高的速度不断发展。乡村城市化加速，越来越多的人口从乡村迁入城市，享受着新的城市生活方式。随着生产和资本的高度集中，城市数量和规模不断膨胀，城市环境亦日趋恶化。

■ 第三次城市革命是比前两次城市革命更为重要、影响更大、意义更为深远的一次城市革命。第三次城市革命大致开始于20世纪70年代。它以计算机的广泛应用以及信息时代的出现或知识经济的诞生为标志。第三次城市革命的直接结果是：信息社会和知识经济取代工业时代的“物质经济”；知识资本取代物质资本在生产三要素中起决定作用；城市发展以人为中心，并进入数字化、个性化、分散化发展时代。城市与乡村、人与环境将进入共生、共享、共荣的“三共”和谐可持续发展状态，而健康城市项目即为达到这种理想状态的必由之路。

2.1 健康城市的概念与特征

工业城市是一个与乡村相对立的概念，马克思曾指出：“物质劳动和精神劳动的最大的一次分工，就是城市和乡村的分离。”^①在人类漫长的发展史中，城市数量原来是极少的，城市的发展是在18、19世纪工业革命以后。随着工业化进程的加快，城市化随即在世界各主要工业化国家迅速发展起来。伴随特大城市、超级城市的诞生，地理空间相互毗连、社会经济结构融为一体的城市带也相继崛起。

城市和城市带的发展一方面使商品经济得到更充分的发展，使市场经济的构建更容易实现；另一方面也为居民提供了更加丰富多彩的消费产品和服务。但与此同时城市化所带来的种种问题也开始陆续出现，如城市大气的污染、水资源短缺与水污染、噪声的污染、交通堵塞、社会治安、食品安全、城市社会治安等。这些问题随城市化而来，也必将随城市化进程的不断加快出现扩大和蔓延的趋势。城市如何在竞争中得到不断发展，又如何解

① 马克思：德意志意识形态，马克思恩格斯全集，第3卷第56页，人民出版社1960年版。

决在竞争和发展中出现的种种困难,即如何将城市发展的浪潮融合于可持续发展的海洋中?世界各国的学者和官员从不同的角度提出了一些解决的方法,既有从城市经济学和管理学角度对城市的经营以及经营绩效进行分析,也有从城市规划角度对城市的交通布局、土地的使用进行探讨,也有从城市社会学角度对城市社会结构变迁进行研究。在这些探讨和分析中,依托新公共卫生管理、可持续发展理论、政策科学、城市管理、社会学等多学科的“健康城市”及“健康城市项目”逐渐引起人们的注意,并被导入到相关实践中。

2.1.1 健康城市及健康城市项目概念的界定

健康城市一词最早见于1984年加拿大“2000年健康多伦多”的国际会议^①,为一篇论文的题目。该论文突破了以往传统的健康、医疗救助等概念内涵,提出人们居住在健康的城市时,应该享受与自然的环境、和谐的社区相适应的生活方式^②。此举引起与会者的强烈反响。不久,加拿大多伦多的一些城市志愿者自发地组织起来并着手实施这一理念。1986年世界卫生组织开始介入健康城市项目,将其纳入制度化轨道,以确保城市居民健康的改善^③。随后,世界卫生组织成立欧洲区健康城市办事处。1988年欧洲部分地区和城市启动了健康城市项目,并顺利地完成了1988~1992,1993~1997,1998~2002前三个阶段的建设^④。2003年10月世界卫生组织为祝贺欧洲健康城市项目进入第十五个年头,在英国的贝尔福斯特召开了健康城市国际会议。在此次会议上,世界卫生组织总结了以往的经验教训,对未来进行了展望,并通过了贝尔福斯特宣言,同时宣布欧洲进入健康城市第四阶段的建设2003~2007^⑤。在欧洲开展健康城市活动的同时,世界各国也陆续加入到健康城市项目的行列中,如北美的加拿大、美国;WHO西太平洋地区的澳大利亚、新西兰、日本、新加坡、马来西亚、中国、越南、柬埔寨、老挝;波罗的海地区的芬兰、挪威、立陶宛等国家,以及非洲、拉丁美洲等国家。

在国外健康城市发展过程中,健康城市和健康城市项目逐渐形成了两个不同的概念。“健康城市是指一个由健康人群、健康的环境和健康的社会有机结合发展的一个整体,应该能改善其环境,扩大其资源,使城市局面能互相支持,以发挥最大的潜能。”(WHO,1994)^⑥健康城市应具有清洁美丽、居住安全的城市环境,稳定的、可持续发展的生态系统,能为所有城市居民提供食物、饮用水、住房等生活必需品等特征^⑦。

健康城市项目在城市管理中发挥着独特的作用。它们促进地方健康政策的变革和创新,宣传解决公共卫生的新途径,探索将人人健康战略的基本原则和目的转化为实践的有效途径。该项目通过分清权责、理顺关系等机制将社会不同的利益群体团结在公共卫生的

① NiyIA. The Healthy cities approach - reflections on a framework for improving global health. Bull WHO, 2003, 81 (3): 222.

② www.healthycities.org/overview.html.

③ Takehito Takano Edited: Healthy Cities and Urban Policy Research, Spon Press, 2003, 4, Px.

④ Takehito Takano Edited: Healthy Cities and Urban Policy Research, Spon Press, 2003, 4, P10.

⑤ 2003 international healthy cities conference, belfast, october, 19~22.

⑥ World Health Organization. WHO healthy cities: a programme framework. A review of the operation and future development of the WHO healthy cities programme. Geneva, 1994.

⑦ WHO Region office for Europe Regional Office for Europe. Twenty steps for developing a healthy cities project. 3rd, 1997, P9.