

公共管理经典与前沿译丛
部门政策与管理系列

周志忍/主编

Public Health

An Action Guide to
Improving Health in
Developing Countries

发展中国家改善 公共卫生指南

约翰·沃利 (John Walley)

[英] 约翰·怀特 (John Wright) / 著

约翰·赫布利 (John Hubley)

解亚红 张炎 纪颖 / 译



北京大学出版社
PEKING UNIVERSITY PRESS

2013年10月

发展中国家改善 公共卫生指南

世界卫生组织
世界银行
联合国儿童基金会
联合国人口基金会
联合国开发计划署
联合国妇女基金会
联合国环境规划署
联合国工业发展组织
联合国教育、科学及文化组织
联合国粮农组织
联合国难民署
联合国人道主义事务协调厅
联合国人口基金
联合国开发计划署
联合国妇女基金会
联合国环境规划署
联合国工业发展组织
联合国教育、科学及文化组织
联合国粮农组织
联合国难民署
联合国人道主义事务协调厅

世界卫生组织
世界银行
联合国儿童基金会
联合国人口基金会
联合国开发计划署
联合国妇女基金会
联合国环境规划署
联合国工业发展组织
联合国教育、科学及文化组织
联合国粮农组织
联合国难民署
联合国人道主义事务协调厅

P

-93

Public Health

An Action Guide to
Improving Health in
Developing Countries

发展中国家改善 公共卫生指南

约翰·沃利 (John Walley)
[英] 约翰·怀特 (John Wright) / 著
约翰·赫布利 (John Hubley)

解亚红 张炎 纪颖 / 译



北京大学出版社
PEKING UNIVERSITY PRESS

著作权合同登记 图字:01-2006-7530

图书在版编目(CIP)数据

发展中国家改善公共卫生指南/(英)沃利等著;解亚红,张炎,纪颖译. —北京:
北京大学出版社,2009.12

(公共管理经典与前沿译丛·部门政策与管理系列)

ISBN 978-7-301-15456-4

I. 发… II. ①沃…②解…③张…④纪… III. 发展中国家—卫生工
作—方针政策—指南 IV. R-012

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2009)第 114433 号

© Oxford University Press, 2001

Public Health: An Action Guide to Improving Health in Developing Countries was originally published
in English in 2001. This translation is published by arrangement with Oxford University Press and is
for sale in the Mainland(part)of the People's Republic of China only.

All Rights Reserved.

书 名: 发展中国家改善公共卫生指南

著作责任者: [英]约翰·沃利 约翰·怀特 约翰·赫布利 著 解亚红 张炎 纪颖 译

责任编辑: 倪宇洁

封面设计: 春天书装

标准书号: ISBN 978-7-301-15456-4/D·2348

出版发行: 北京大学出版社

地 址: 北京市海淀区成府路 205 号 100871

网 址: <http://www.pup.cn> 电子信箱: ss@pup.pku.edu.cn

电 话: 邮购部 62752015 发行部 62750672 出版部 62754962 编辑部 62753121

印 刷 者: 世界知识印刷厂

经 销 者: 新华书店

730 毫米×980 毫米 16 开本 18.5 印张 332 千字

2009 年 12 月第 1 版 2009 年 12 月第 1 次印刷

定 价: 32.00 元

未经许可,不得以任何方式复制或抄袭本书之部分或全部内容。

版权所有,侵权必究

举报电话: 010-62752024 电子信箱: fd@pup.pku.edu.cn

原 序

20 世纪,人类在降低死亡和伤残、延长生命方面取得了长足的进步。社区卫生取得的成绩主要来自于公共卫生的改善,包括从免疫和健康促进到立法方面的改善。21 世纪之初,我们面临的公共卫生挑战可能足以摧毁我们在健康方面所取得的成绩。新的疾病,如 AIDS,和老的疾病,如结核,以及从急性传染病到慢性退行性疾病转变的疾病谱都会给我们带来威胁。来自全球性的威胁,如人口过多、消费过度以及气候变化,都会给未来的人类健康带来风险。然而,最核心的问题是,目前的贫困人口比 20 年前还多,贫富的差距不断扩大。贫困通过受教育少、住房条件差以及营养不良等因素而成为独立的重要的病因。

当前,公共卫生人员面临的挑战就是在卫生服务中监测疾病并保证所有人都能获得有效和适宜的服务。同时,与其他机构(如就业、住房、交通和供水)合作来解决广义的贫困和疾病的影响因素。

今天的公共卫生人员需要更宽广的视角,以及来自流行病学、卫生计划的需求评估、医学管理和跨部门工作的技巧来武装自己。这本书提供了公共卫生人员培训和实践的基础。我们希望它能够有所帮助、有所启发,有助于解决今天的卫生问题。

我们感谢那些帮助我们写作、编辑这本书的人们,特别是 Margaret Haigh,感谢她富有价值的秘书工作,我们感谢我们家人的大力支持。

约翰·怀特(John Wright)

约翰·沃利(John Walley)

约翰·赫布利(John Hubley)

Leeds/Bradford 2001

目 录

原 序	(1)
第一章 什么是公共卫生	(1)
什么是公共卫生	(1)
公共卫生涉及哪些人	(5)
疾病负担	(5)
致病因素	(7)
多级预防	(9)
干预策略	(10)
公共卫生项目	(11)
基本医疗服务	(15)
效益与成本	(16)
区域卫生体系	(17)
卫生服务的审查与规划	(17)
小结	(18)
阅读书目	(18)
第二章 实践中的流行病学	(19)
什么是流行病学?	(19)
界定病例和人群	(21)
如何测量疾病?	(22)
患病率和发病率	(23)
如何描述疾病?	(26)
健康调查	(28)
评估性流行病学: 治疗管用吗?	(30)
随机对照实验(参见框 2.4)	(31)
系统综述	(32)

阅读书目	(34)
第三章 评估健康需要	(35)
健康需要	(36)
健康需要评估	(37)
常规信息	(39)
社区评价	(41)
紧急状态下的需要评估	(49)
评估后的行动	(50)
阅读书目	(51)
第四章 选择最佳的公共卫生干预措施	(52)
简介	(52)
何时进行审查	(53)
如何进行审查	(54)
起草行动计划	(63)
小结	(66)
阅读书目	(67)
第五章 卫生经济学和筹资干预：卫生经济学的贡献在哪里	(68)
简介：卫生经济学的视角	(68)
卫生筹资	(70)
卫生服务的规划以及优先项目的选择	(75)
资源配置	(81)
配给制度与服务包	(83)
完善服务组织	(87)
结论	(94)
阅读书目	(94)
第六章 干预的管理与实施	(96)
领导	(96)
合作	(98)
检查、监督和评估	(100)
时间管理	(104)

人员招聘与培训	(106)
财务管理	(108)
设备与交通	(109)
阅读书目	(109)
第七章 发展区域卫生服务	(111)
我们现在的情况如何？将向哪个方向发展？	(111)
什么是区域卫生服务系统？	(112)
建立与改善区域卫生系统	(119)
区域卫生服务需要的管理支持系统	(129)
在职培训和支持性监督	(130)
提高卫生区域内的组织价值	(135)
小结	(137)
阅读书目	(137)
第八章 健康促进	(138)
前言	(138)
健康促进干预项目的组成	(141)
健康促进干预项目的分类	(149)
沟通方式的选择	(154)
阅读书目	(156)
第九章 妇幼卫生	(158)
疾病负担	(159)
妇幼卫生服务的发展历史	(161)
妇幼卫生服务干预包	(162)
儿童疾病的综合管理	(162)
免疫扩展规划	(168)
营养	(169)
学校卫生	(172)
妇女健康	(173)
计划生育服务的提供	(177)
妇幼卫生和计划生育服务的质量	(179)
妇幼卫生和计划生育服务的整合	(180)

结论	(181)
阅读书目	(182)
第十章 药品管理	(183)
序：药品管理怎样融入公共卫生——不同层面的责任	(183)
药品选择和基本药品目录	(184)
药品的可及性	(189)
合理用药	(199)
药品质量和药品监管	(205)
国家药品政策	(208)
政府在药品部门中的作用	(210)
小结	(212)
阅读书目	(213)
第十一章 传染性疾病的控制	(214)
主要的杀手	(214)
个人健康与社区健康的关系	(215)
宿主和病原生物之间的抗衡	(217)
医院感染	(220)
传染病工具箱	(222)
疫情爆发	(237)
阅读书目	(239)
第十二章 全球公共卫生未来趋势	(240)
全球疾病负担	(240)
行动日程	(246)
传染病	(248)
更好的卫生服务	(251)
良好的公共卫生实践	(253)
与时俱进	(254)
阅读书目	(259)
附录 中国公共卫生政策、改革和实践	(260)
词汇表	(276)

第一章

什么是公共卫生

本章将要介绍以下内容：

- 什么是公共卫生？
- 公共卫生涉及哪些人？
- 疾病负担。
- 致病因素。
- 多级预防。
- (疾病)干预战略。
- 公共卫生项目。
- 基本医疗服务。
- 效益与成本。
- 地区卫生体系。
- 服务的审查与规划(Review and Programming of Services)。

什么是公共卫生

假设你是诊所的一名医生，坐在你面前的是一个前来求医问药的患者，你力尽所能地为他治疗，使他有所好转；对坐在候诊室里的其他患者，你也是同样的态度。你对你的工作尽职尽责，每天都忙于治疗这些来寻求帮助的人。对于那些没有来你的诊所的人，你根本无暇顾及——你认为如果人们真的生病了，他会到你的或其他人的诊所，而对那些没有来的人你没有必要去关心。这样的话，你采取的就是医疗的“个案管理”途径。

实际上,在你的周围有许多患者并没有来你的诊所寻求治疗,有许多人是试图自己解决自己的问题。他们也许会去药店买些药,也许会找一些民间的治疗者,甚至也许会不采取任何措施而继续忍受病痛的折磨。如果他们的病实在是太严重了,他们也许会到诊所或医院去。但那时往往都为时已晚——如果能早点来,他们的疾病就可能治愈,并发症就可能减缓。实际上,在许多情况下,例如通过免疫接种或改善卫生设施,疾病是完全可以预防的。所谓“公共卫生”的途径就是从这样一个大的背景来看待医疗卫生的。

公共卫生关注的是所有人的健康。公共卫生的专业人员接受公共卫生项目的资助,其工作是改善所有人的健康。请注意,“公共卫生”(public health)与“社区卫生”(community health)是同一个概念,有人也把“人群”(population)称为“社区”(community)。

那么,什么是人群呢? 人群可以有不同的界定方法,它可以是:

- 一个行政区域范围内的人群——例如一个卫生中心的覆盖范围,一个区、一个省或一个国家。
- 一个特定的人口群体,例如儿童和母亲。
- 一个特定的患者群体(包括某种疾病的危险人群),例如性病、艾滋病或麻风病、肺结核病的患者。

公共卫生的专业人员有责任改善所有人群的健康,而不只是那些到医院来就诊的、看得到的人的健康。(见图 1.1)

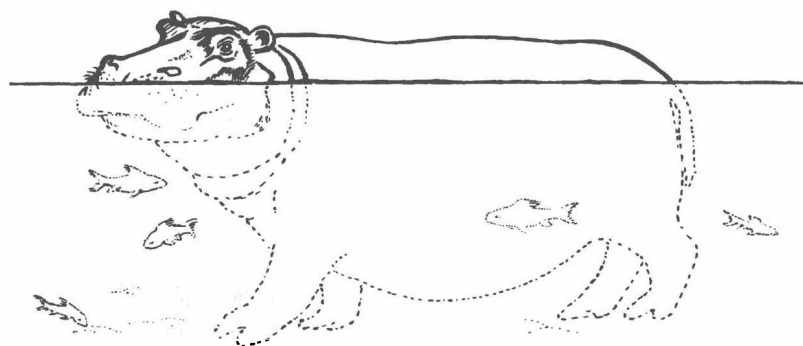


图 1.1 图中河马露出水面的部分相当于来诊所就诊的人和疾病,水面以下的部分相当于没有到诊所就诊的人和相关疾病。

现在,假设你自己是一名老师,宽敞的教室里坐满了人,你很可能与坐在前

排的人交流最多,因为他们离你最近。你更能够看清他们,当他们看起来有所疑惑、需要更多解释或想要提问的时候,你也更容易发现。但是,教室里其余的人呢?坐在教室后面的人也同样重要,尽管你可能不大看得清他们。(见图 1.2)事实上,老师们会被教导要注意这个问题,对后面的人要更关注一些。



图 1.2 对老师来说,坐在前排的人很容易就能看到,坐在后排的则很困难,因此,应该付出更多的努力使卫生服务覆盖所有的人。

像讲课一样,卫生服务的提供也往往会遇到类似的问题。对住在医院附近的人来说,当他们需要帮助时可以方便地去就诊。比起偏远的农村地区,医生们常常会更容易注意到当地发生的问题;而对公共卫生者来说,居住在偏远的农村地区的人群与住在医院附近的人一样重要,他们可能更需要额外的关注,否则就会被忽视。

公共卫生的目标就是为当地的每一个人和每一个角落提供尽可能好的卫生服务。在为这些人群提供卫生服务时,需要考虑以下几个方面:

1. 人们如何去就诊? 这被称为卫生服务的可及性。可及性在那些缺医少药、道路不畅、公共交通不发达的地方尤为重要,它与人们就诊时路途的远近、方便程度和花费的多少有关。
2. 卫生服务对人们而言是可接受的吗? 这些服务应该是亲切的,候诊时间也不能太长。

3. 卫生服务解决的是正确的问题吗？卫生工作者的大部分时间和兴趣应该用于解决人们最易罹患和最易导致死亡的常见病，而不是那些罕见的和“有意思的”疾病。也就是说，服务应该具有适宜性。

4. 每个人都能公平地得到服务吗？所有的人——不管是男人还是女人、富人还是穷人，也不问民族和信仰——都应该一视同仁地获得卫生服务。在大多数国家，有一些亚族群发现他们很难获得卫生服务。例如，如果医院只有男性医生，那么女性就不一定来就诊；如果没有翻译，不会说当地语言的入也不一定来就诊。这意味着，为了使过去服务不足的人群获得足够的服务需要更多的努力和资源，这样才能实现平等服务和平等就医。

5. 我们还必须保证所有地区的服务覆盖面。这意味着要有足够的卫生设施，这样，每个人在需要时都能得到服务。

以上原则适用于所有的公共卫生服务和卫生项目。例如，要实施综合免疫项目（EPI），我们就必须使所有的人都能平等地得到免疫接种，该项服务必须没有很长的等待时间，在没有卫生服务站的地方要安排出诊，服务要覆盖每个角落。只有这样，免疫接种率才能达到较高的水平。

我们已经知道了“公共卫生”就是让所有的人都得到健康，可见，它与“初级卫生保健”有着许多共同之处，它们都涉及 4a：

- 可负担性(affordable)
- 可接受性(acceptable)
- 可及性(accessible)
- 适宜性(appropriate)

请注意，公共卫生要求首先考虑那些总是最后才到医院的人，这一点很有价值。当然会有某些人或某些群体不赞成这样的优先选择，他们已习惯于得到更多的关注和更方便的卫生服务。他们以前也许没有意识到，别人没有他们那么幸运。遗憾的是，即便他们意识到了这一点也不太愿意支持这一改变，因为那意味着他们所在区域的服务会减少。一般而言，城市里医院的可及性和医务人员的质量都要好于农村或边远地区，城市居民总体上讲比农村居民的受教育程度要高，政治影响力要大。就公共卫生而言，我们需要倾听并照顾到影响力大的群体的需求，但同时也要尽量做好对穷人和弱势群体的服务。不同的群体、不同的人有不同的需求和需要，要让每个人都满意很难，因此我们不得不采取一些折中的办法。但最重要的是，我们要继续“盯住我们的球”，这就是，改善所有人的健康。（图 1.3）

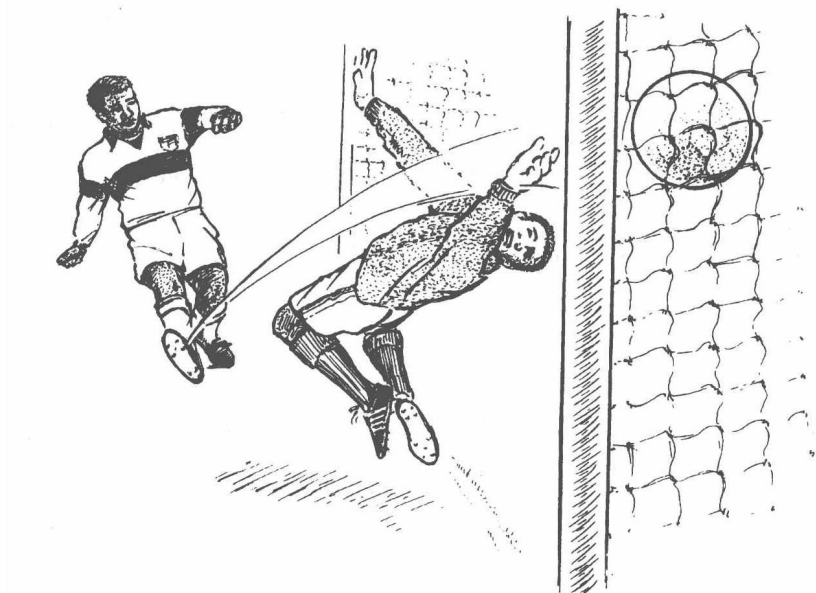


图 1.3 公共卫生项目的目的是让所有的人得到更好的卫生服务。

公共卫生涉及哪些人

凡是致力于改善卫生服务或提倡更好的生活条件的人,都是公共卫生的参与者。本书所针对的公共卫生人员就是那些卫生领域的中高级管理人员,从事地区、省或国家卫生项目的官员,以及这些项目的培训者。适宜乡村或诊所一级的卫生工作者阅读的书目在参考文献中有注明。

公共卫生是一个多学科的领域,想要追踪常见病的起因并据此提供相关服务的人都需要有公共卫生的视角。这一以人群为基础的视角无论对地区卫生官员、卫生监督官员,还是社区护士、营养学家、健康教育者等等都是需要的。

疾病负担

人群中最常见、最易导致死亡的是哪些疾病?

这是一个重要的问题,每个人都必须十分清楚。你对你所负责的区域内的这一问题也必须明了。想想看,医生在诊断他的患者之前首先要做的就是判断

哪儿出了问题,他们需要找出问题所在——详细记录病程、让患者做检查。在给出解决方案之前,公共卫生也需要发现问题之所在,其方法是统计和流行病学的调查(而不是病历和检查),并设计出干预措施(而不是治疗)进行解决。

收集人群的健康信息时我们关注的两项指标是患病率和死亡率。所谓疾病负担包括的就是这两项。患病率也叫伤残率,它既可以短至数日,如出麻疹;也可以长至数年,如眼盲。死亡率可以通过生命损失年来测量,也就是指与预期寿命相比由于提前死亡而损失的健康年。二者的结合就是伤残调整生命年,即DALY(disability-adjusted life year)。^①

不同疾病的患病率和死亡率是不同的。抑郁症和麻风病在失能方面损失的伤残调整生命年较多,而死亡率较高的疾病如肺结核在未成年人死亡方面所损失的伤残调整生命年则较多。伤残调整生命年是根据世界各地的统计数据得出的,但在有些地方,如非洲,统计数据非常零散。最好能对人的生命质量——质量调整生命年——也做出测量,但这需要特殊的调查方法。

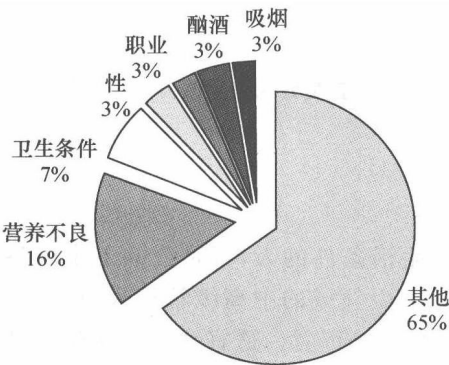


图 1.4 疾病的潜在影响因素

图 1.4 表明了在全球疾病负担中营养不良等危险因素所占的比例(Murray and Lopez 1996)。用伤残调整生命年表示的疾病负担是指,一个伤残调整生命年等于所失去的一个健康生命年。该图还表明,最明显的危险因素是营养不良、不清洁的饮水、不良的卫生习惯和卫生环境、不安全的性生活、吸烟酗酒,还有所从事的职业。需要注意的是,不同的地区之间、男女之间情况各异。男性中抽烟酗酒的危险更大,而不安全的性生活——包括性病和意外怀孕对女性的影响更大。在撒哈拉以南的非洲国家,不安全的性生活占到女性疾病负担的大约三分之一。当然,随着时间的推移,这些比例也会发生变化。例如,随着吸烟的人越来越多,未来的几十年里因吸烟而死亡的人也会越来越多。以上所说的疾病负担是基于危险因素,即潜在因素的伤残调整生命年。另外,疾病负担也可以根据不同的疾病类型,即失能和生命损失的直接原因来估算。

1990 年,发展中国家疾病负担占前十位的是:下呼吸道系统疾病 9%,腹泻

^① World Development Report, 1993.

8%，围产期疾病 7%，忧郁症 3%，肺结核 3%，麻疹 3%，疟疾 3%，缺血性心脏病 3%，先天性缺陷 2%，脑血管疾病 2%。不足为奇的是，传染性疾病、产妇和围产期的疾病构成了最大的疾病负担。然而，不同年龄段、不同性别和不同地区的疾病负担有很大的不同。例如，忧郁症对于女性而言位置靠前，而缺血性心脏病对于男性的疾病负担较重。疟疾和艾滋病在撒哈拉以南的非洲国家占据疾病负担的前列，但对整个发展中国家而言并不如此，例如在像中国这样的一些人口大国这两种疾病并不常见。

我们应该知道，对于本国或本地区而言患病率和死亡率最多的疾病是哪些，这样我们才能集中精力于这些最紧要的病患，投入更多的时间和资源解决这些疾病负担最大的问题。相关内容我们将在第二章的流行病学和第三章的健康需要评估中进行介绍。

致病因素

疾病可以由很多因素引起，其中有些是直接的，有些是间接的或潜在的。

再次设想你是一个卫生中心的医生，你看见一个孩子由于腹泻导致了严重的脱水(图 1.5)。腹泻的直接病因是细菌感染，但是，其他一些间接因素也导致了他目前的状况。这些因素包括：

- 营养不良(因为吃不饱、反复感染、人工喂养等所致)；

- 家庭不适当的处理方法(用传统的办法治疗、生病时禁食)。

另外，与贫穷相关的一些潜在因素也有影响，包括：

- 饮水不洁，卫生条件差；
- 家庭人口多；
- 缺少耕地，收入低，粮食不足；
- 教育水平低；
- 就医不便，包括缺乏接受健康教育的途径。

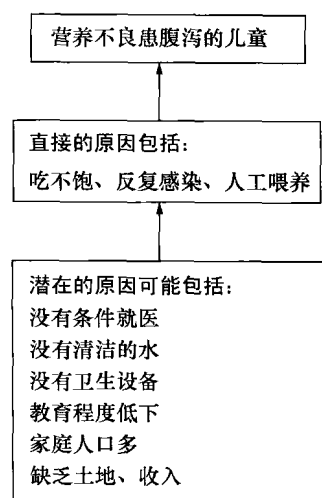


图 1.5 影响健康的潜在因素

以母亲的保健问题为例，作为医生的我们常

常并不关心她们为什么不做产前检查,或者为什么她们迟迟不前来就医;我们也不关心她们不来就医以及孕期惊厥等现象背后的原因(见图 1.6)。

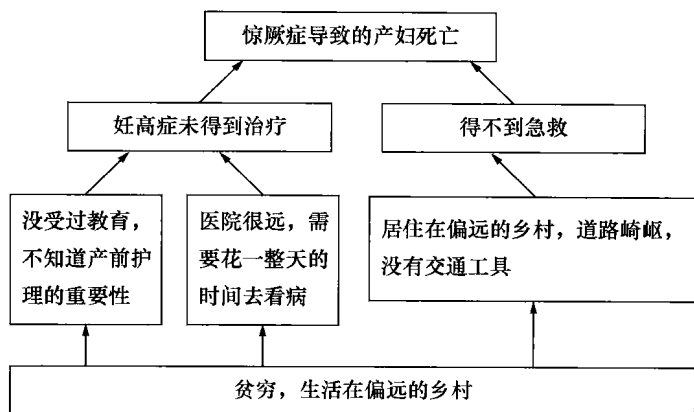


图 1.6 产妇的健康问题

作为公共卫生人员,我们绝不应忘记那些间接因素,就像不应忘记那些直接因素一样。尽管影响健康的因素很多,但我们必须从更广阔的视野来看待导致疾病的那些问题。把注意力集中于治疗那些最显而易见的病例——如严重的营养不良和消瘦的儿童——总是很容易,但如此一来我们对潜在因素往往重视不够。当然,医生所接受的教育就是治病救人,他们关注治疗是可以理解的,可是这也会丧失在第一时间和地点预防疾病发生的时机。疾病的治本之策常常在于那些并不被视为“卫生”的领域。改进粮食作物的栽培方法、保证清洁的饮水、保持个人卫生、提倡消除致病的间接因素,都会从根本上极大地改善人们的健康状况。因此,在强调疾病的治疗并力争减少疾病负担的同时,我们应该从不同的层面进行努力。疾病的预防可能需要与其他领域——如农业和教育部门的人合作。当医务工作者与别的部门的人进行合作以改善人群的营养和健康状况时,这就是多部门或跨部门的途径。

为了实现以上目标,还需要与社区进行合作。医生们通常总认为他们自己知道得最多,只需要告诉人们什么对他们有益就行。但这样做的效果并不好。社区居民对他们自己的真实问题才最了解。社区参与就是要医生们倾听社区居民的声音,与他们一起决定他们需要什么、该优先解决什么问题。社区如果参与了决策,他们才会种植新的、更有营养的粮食作物并用来养育自己的孩子。

类似的公共卫生干预措施需要投入大量的时间和精力,倾听社区意见、与他