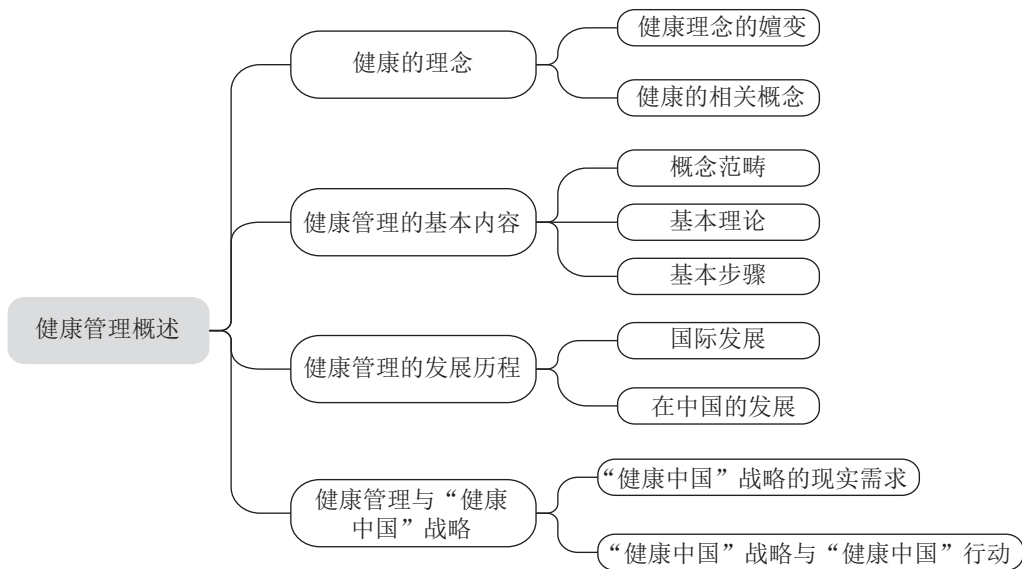


导读

习近平总书记强调：“现代化最重要的指标还是人民健康，这是人民幸福生活的基础。把这件事抓牢，人民至上、生命至上应该是全党全社会必须牢牢树立的一个理念。”党的十八大以来，以习近平同志为核心的党中央把维护人民健康摆在更加突出的位置，召开全国卫生与健康大会，确立新时代卫生与健康工作方针，印发《“健康中国2030”规划纲要》，发出建设“健康中国”的号召，明确了建设“健康中国”的大政方针和行动纲领，人民健康状况和基本医疗卫生服务的公平性可及性得到了持续改善。在“健康中国”宏伟目标指引下，以全人群、全生命周期为着力点的健康管理模式逐步走进公众视野。

知识结构图



本章重难点

1. 健康、亚健康与疾病的概念
2. 健康管理的概念范畴
3. 健康管理的主要内容
4. 健康管理的基本理论基础

5. 健康管理的发展历程

6. 健康管理与“健康中国”战略

1.1 健康的理念

1.1.1 健康理念的嬗变

在不同历史时期，人类有不同的健康理念，健康理念的嬗变主要依赖人类对生命的认识和对医学的理解。从蒙昧时期到近现代，健康理念经历了一个由笼统到清晰再到模糊的过程，表现出带有哲学、神学、物理学、化学、生物学、社会学属性的特征。

在大约公元 1000 年，健康源于古英语词 *hoelth*，最早意指“健全或完整的状态或条件”。远古时期，受制于生产力和认知水平，人类对生命的理解一度局限于神灵的赐予，健康只是一个原初的、普遍的、笼统的概念。^①

在自然哲学时期，对健康的解释依赖哲学理念，突出表现为要素间的调节与平衡。古希腊医学之父希波克拉底（Hippocrates）的“四体液学说”就建立在恩培多克勒（Empedocles）的“四元素说”基础上，认为健康是体液的平衡与适度，失衡与不调将会导致疾病。在亚里士多德看来，医学的目的是健康，“健康是一种善，同时拥有正义、快乐和健康就是万物中最好的、最高贵的和令人愉悦的幸福”。“唯有适度才能造就、促进和保持健康”。我国中医理论建立在“阴阳五行学说”基础上，《黄帝内经》记载：“上古之人，其知道者，法于阴阳，和于术数，饮食有节，起居有常，不妄作劳，故能形与神俱，而尽终其天年，度百岁乃去。”也就是说，维护健康重在有好的生活习惯，维持“阴阳调和，五行致中”。

在中世纪的欧洲，健康一词最开始代表灵魂上的救赎。宗教医学主要通过祈祷、忏悔、驱魔、圣物符咒和咒语来治疗疾病。世俗医学中盖伦（Galen）的思想被视为权威，他认为健康是“人体正常的性情（气质、体质）、结构和行为（功能）状态”。继承了希腊传统的阿拉伯医生阿维森纳（Avicenna）在其《医典》开篇就指出，医学是“维护和重新恢复健康的艺术”。这时人们普遍相信健康与气候、环境、生理、饮食、起居、行为和灵魂等密切相关。

启蒙运动和文艺复兴以来，随着医学确立基础的不同，健康的理念亦有不同。笛卡儿的二元论将“灵”与“肉”分离，他主张动物是机器，构想人也是一种机械。随着物理机械力学的极大繁荣，18 世纪的医学被建立在物理学基础上，法国医生拉美特利（J. La Mettrie）所著《人是机器》就是这种机械医学观的典型代表。健康理念随之呈现为机械的有效运转。19 世纪开始，由于化学和微生物学的发展，医学基础从物理学转向了化学。瑞典的化学家贝采利乌斯（Jöns Jacob Berzelius）提出了生命活力论，活力论指生

^① 吕雪梅, 邓蕊. 一元论到多元论: 当代健康观的新思路 [J]. 哲学分析, 2023, 14 (1): 35-49, 196-197.

命独特的活力，活力是产生在活的生物体内部特殊的化学物质和化学反应。健康是体内各种活力物质有效反应的化学活动。随着生理学、细菌学、免疫学的发展，麻醉法和消毒法的发明及应用，生物医学逐步成为现代医学唯一正统的代表。这一时期人们主要借助对疾病的理解来定义健康，将健康视为疾病的反面，形成了“健康就是人体能正常运转，生理结构功能正常，没有疾病”的健康观。

世界卫生组织（World Health Organization, WHO）在其1948年宪章中将健康定义为“不仅为疾病或羸弱之消除，而系体格、精神与社会之完全健康状态”。^①在此之前，关于健康的一个常见格言是：“健全的身体拥有健全的头脑”（sane mind in a sound body），这是人们第一次正面明确地为“健康”下定义，可以看出，WHO极大地扩展了健康的含义和影响因素，赋予健康一种明显的积极品质。

WHO第一任总干事奇泽姆（B. Chisholm，WHO制定健康概念的小组成员之一）曾回忆过定义健康的时代背景。当时，第二次世界大战刚刚结束，许多人对人类世界能否在下一场世界大战中幸存下来充满了怀疑，对人与社会充斥着一种深层悲观情绪。为了防范类似悲剧再次上演，奇泽姆提倡，“我们对社会健康负有责任，我们有能力生活在和平之中，需要为他人的福祉做贡献。个人的社会责任从未如此广泛地在国际层面上获得认可”。所以WHO在定义健康时对“社会层面”的考量尤为突出。而社会层面的健康不仅需要健康的个人，也需要健康的群体，要避免极端民族主义、种族主义的狭隘利益。可以看出，WHO健康概念肩负深重的社会理想，既是一项公共卫生声明，也是一项政治声明。

WHO在1978年的《阿拉木图宣言》中提出：“健康是基本人权，达到尽可能的健康是全世界一项重要的社会性指标。”可见，健康是人发展的基本目标。1986年，首届国际健康促进大会制定了《渥太华宪章》，对健康的定义做了更为明确的解释，认为健康是每天生活的资源，并非生活的目标，是一种积极的概念，强调“社会和个人的资源及个人身体的能力，良好的健康是社会、经济和个人发展的主要资源，是生活质量的一个重要方面”，所以，把健康视为一种资源，强调了健康除理论意义之外的实用价值。自此以后，健康理论愈加丰盈，成为当代健康多样表达的基础。

1.1.2 健康的相关概念

1. 健康

本书认为健康不仅是没有疾病，而且包括躯体健康、心理健康、社会适应良好和道德健康，此健康概念在1946年由WHO提出。2005年最新修订的《世界卫生组织组织法》中再一次强调，“健康不仅为疾病或羸弱之消除，而系体格、精神与社会之完全健康状态”。依据健康的概念和科学内涵，WHO提出了健康的10条标准。

^① 世界卫生组织. 世界卫生组织组织法 [EB/OL]. (2005-09-15) [2023-12-01]. <https://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/CH/constitution-ch.pdf?ua=1>.

(1) 具备旺盛的精力，能够以从容不迫的态度应对日常生活和工作中的压力，而不会感到过度紧张。

(2) 精神状态稳定，无不良症状如抑郁、焦虑、恐惧发作等。

(3) 合理饮食，善于休息，睡眠良好。

(4) 具备出色的应对能力，能够迅速适应各种外部环境的变化。

(5) 能够抵抗一般性感冒和传染病。

(6) 保持适当的体重，身材匀称，站立时头部、肩膀和手臂的位置协调。

(7) 眼睛明亮，反应敏锐，眼睑不易发炎。

(8) 牙齿状况良好，清洁无空洞，无痛感，牙龈颜色正常，无出血现象。

(9) 头发有光泽，无头屑。

(10) 肌肉、皮肤富有弹性，走路轻松有力。

从机体和心理两方面，WHO 又提出了“五快”（机体）和“三良好”（心理）的健康标准，如图 1-1 所示。

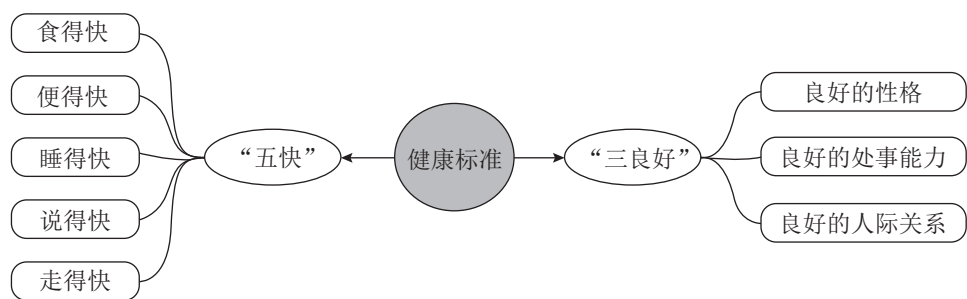


图 1-1 WHO “五快”（机体）和“三良好”（心理）健康标准

其中“五快”是指以下五点。

(1) 食得快。在进餐过程中具备良好食欲，无挑食或偏食的习惯，能够迅速完成一餐的进食，且没有难以吞咽的感觉；餐后饱腹感充分，没有过度饱胀或不饱的不满足感。这些现象体现了口腔和内脏功能的正常运行。

(2) 便得快。当产生便意时，能够迅速排泄大小便，并且感觉轻松自如，精神上也会有一种愉悦的感觉，这表明胃肠功能正常且良好。

(3) 睡得快。上床后能够迅速入睡，且睡眠深度充足，醒来后精神饱满、头脑清醒，这表明中枢神经系统的兴奋和抑制功能协调良好，且内脏器官没有受到病理信息的干扰。

(4) 说得快。语言表达准确且流畅，显示了其思维敏捷，头脑清醒，同时，个体的心肺功能正常，中气充足。

(5) 走得快。该个体展现出充沛的精力，行动自如，并能够迅速做出敏捷的转变。

“三良好”是指以下三点。

(1) 良好的性格。性格温和，意志坚定，情感丰富，具有坦荡胸怀与乐观心境。

(2) 良好的处事能力。在分析问题能秉持客观、理性的态度，具备自我调控能力，

可以适应复杂的社会环境。同时，要保持情绪稳定，并努力维护社会环境与个体环境之间的平衡。

(3) 良好的人际关系。在人际交往中，待人接物表现得大度和善，不过分计较个人得失，能够积极帮助他人，秉承与人为善的原则。

2. 疾病

所谓疾病指“由一定的原因造成的一种生命存在的状态，在这种状态下，人体的形态和（或）功能将发生一定的变化，正常的生命活动会受到限制或破坏，或早或迟地表现出可觉察的症状，这种状态的结局可以是康复（恢复正常）或长期残存，甚至死亡。”^①

现代医学已经测定了人体包括智力在内的多种生理指标，这些指标通常符合统计学中的正态分布规律，正常范围通常指均值和 95% 健康个体所处的范围。如果一个数值超出了这个范围，无论是偏高还是偏低，都会被认为是不正常的情况，而疾病则被视为一种异常状态。在大多数情况下这一定义适用，例如，在某一特定时期，患者的体温、血液中的“伤寒血凝素”（抗体）水平升高，这种现象常被用于临床诊断。但由于普通人的个体和生理差异较大，这个定义有时候并不适用，例如，正常人的心脏大小有一定的范围，很多疾病都会导致心脏增大，但是，对运动员而言，大于正常尺寸的心动过缓（减慢到 40 下 / 分）并不是病态，这样的偏差是由个体差异所致。在智力方面，智力远超同辈的人属于天才而非病人。

还有人从功能或适应性的角度对疾病进行了界定，将功能损伤和与环境的协调能力被破坏视为疾病，从而防止将正常人群中的个体差异和生物变异误认为疾病。例如，镰状细胞贫血是人类在缺氧环境下才会有的症状，这就是一种适应性障碍。对很多精神病患者，尤其有必要考察他们与周围环境的协调能力。不过，适应功能不良也不一定是生病，如脑力劳动者长时间缺少身体活动，无法适应常人可以胜任的体力活动，稍微劳累就会出现腰酸背疼，这种情况并不一定是生病。为此，人们提出了一种介于健康和疾病之间的“无病状态”。

3. 亚健康

部分学界人士认为，亚健康与国外的慢性疲劳综合征属于同一范畴，两者都围绕以慢性疲劳为主要表现的一组躯体和心理症状展开研究。然而，也有学者对此持不同观点。美国是最早开展慢性疲劳综合征（chronic fatigue syndrome, CFS）研究的国家，自 1988 年起，美国疾病预防控制中心（Centers for Disease Control and Prevention, CDC）正式将之命名，并确定了其定义。1994 年，由美国牵头，澳大利亚、英国等国家的研究者共同组成的国际慢性疲劳综合征研究组对慢性疲劳综合征的诊断标准进行了修订：慢性疲劳综合征指经过临床评估后，无法解释的持续或反复发作的慢性疲劳症状，时间可以长达六个月或更长时间，该疲劳具有以下特点。

^① 王天芳. 亚健康的研究现状及亚健康群体的健康管理策略 [C] // 全国健康科技高层论坛大会文集. 烟台, 2009.

- (1) 近期出现或具有明确的起始时间，而非长期持续存在。
- (2) 并非由持续用力所导致的疲劳。
- (3) 经过休息后，症状不能明显缓解。
- (4) 会导致工作、学习、社交或个人活动能力较以前有明显的下降。

根据世界卫生组织对健康的定义，健康不仅是没有疾病或不虚弱，而是身体、心理和社会适应能力上的完美状态。基于对健康和疾病（狭义）的认识，人们发现有相当一部分人既不属于健康范围，也不符合疾病的诊断标准，而是处于两者之间。因此，产生了“第三状态”“中间状态”“过渡状态”“灰色状态”等概念。经过长达 10 余年的研究与思考，中国学者王育学于 1996 年 4 月 10 日将健康与疾病之间的一种非健康、非疾病的中间状态称为“亚健康”或“亚健康状态”。^①1997 年，中国北京举办了首届亚健康研讨会，会上亚健康概念得到了学术界的广泛认同，并被新闻媒体广泛传播。然而，学界关于亚健康的内涵表述和确切定义一直存在争议和分歧，尚未达成一致意见。

2007 年，中华中医药学会发布了一份名为《亚健康中医临床指南》的官方文件，该文件从中医的角度对亚健康的概念、常见临床表现，以及诊断标准进行了明确和严谨的描述。^②亚健康指人体在健康与疾病之间的一个特定状态。处于亚健康状态的人，其身体的活力、功能及适应能力均出现下降，但并未达到现代医学有关疾病的临床或亚临床诊断标准。因此，这种状态也被称为“次健康”“第三状态”“灰色状态”“中间状态”“游移状态”“潜病状态”等。

根据中华中医药学会发布的《亚健康中医临床指南》，亚健康状态大体上可分为三类：躯体性亚健康、心理性亚健康和社交性亚健康，具体表现如下。

(1) 躯体性亚健康。症状主要表现为身体疲劳，例如头晕、头痛、眼部干涩、胸闷气短、心慌、疲倦乏力、少气懒言、胸腹疼痛、胸闷胀满、食欲不振、消化吸收不良等。近年来，中年知识分子普遍出现体质下降和慢性病多发的情况，其主要原因是长期工作劳累过度，未能及时缓解疲劳，积劳成疾，甚至会导致死亡。

(2) 心理性亚健康。主要的表现是焦虑，常常伴随精神不振、情绪低落、郁郁寡欢、情绪急躁易怒、心中懊悔、紧张、焦虑不安、睡眠不佳、记忆力减退、无兴趣爱好、精力下降等症状。如今，更多的焦虑来自生活或工作。负面情绪会对神经系统、内分泌系统和免疫系统产生影响，导致免疫功能下降、抗病力减弱、内分泌失调，进而影响工作效率，降低对外界事物的承受能力、接受能力和处理能力。

(3) 社交性亚健康。主要表现为与他人之间的心理距离加大、交往频率下降、人际关系不稳定，这些现象会导致孤独、冷漠、猜疑、自闭、虚荣、傲慢等症状。现代人与人之间的情感沟通逐渐减少，人与人之间的屏障逐渐加厚，导致人的社会性受到遏制，随之而来的是各种心理障碍和疾病。

^① 王育学. 亚健康: 21 世纪健康新概念 [M]. 南昌: 江西科学技术出版社, 2002: 1-13.

^② 中华中医药学会. 亚健康中医临床指南 [EB/OL]. (2008-10-09) [2023-12-20]. <https://www.cacm.org.cn/zhzyyxh/bzhjsj/200810/8225e4cc8cb440caa06391b5aaac1c16.shtml>.

1.2 健康管理的基本内容

1.2.1 健康管理的概念范畴

中国首次提出健康管理概念的是苏太洋先生，在其所著的《健康医学》一书中明确指出：“健康管理是指运用管理科学的理论和方法，通过目的明确、计划周密、组织健全的管理手段，调动全社会各个组织和每一个成员的积极性，对群体和个体健康进行有效的干预，以维护、巩固和促进群体和个体的健康。”^①这种理念强调了管理的科学性和实践性，旨在通过全方位的管理手段实现群体和个体的健康目标。苏太洋先生的这一概念为健康管理领域提供了重要的理论基础和实践指导。

健康管理指专业的健康管理公司对个体和群体的健康状况、生活方式和居住环境进行评估，为个体提供有针对性的健康指导，并干预实施，是对个体或群体的健康风险因素进行综合检测、分析、评价、预测和预防的全过程。健康管理就是将医疗机构、保健机构、保险组织等健康服务机构的资源有机地融合，向全体社会成员（也就是医疗保健服务消费者），提供系统的、连续的、个性化的医疗保健服务，让消费者以最合理的花费获得最好的医疗服务，同时还可以降低健康风险和医疗成本。健康管理具体的内涵阐释如表 1-1 所示。

表 1-1 健康管理的内涵阐释

对象	整个人群，包括健康人群、亚健康人群、病人（区别于医生的治疗对象：患者）
目标	健康危险因素的有害程度（区别于医生的对症下药）
主体	医院等传统医疗机构之外的第三方服务机构（专业健康管理公司）
行为	对个体和群体的健康状况、生活方式和居住环境进行评估，为个体提供有针对性的健康指导，并干预实施

1.2.2 健康管理的基本理论

1. 健康管理的科学依据

（1）健康和疾病的动态变化关系。健康与疾病之间的动态平衡，以及疾病的发生发展过程与干预措施是健康管理的重要科学依据。人体从健康到患病都要经过一个发病、发展的过程，这一进程始于良好的身体状况，从低危害到高危害，再到早期损伤，最终表现为临床症状。在疾病被确诊前，如果是急性传染病，那么这个过程可能非常短暂；如果是慢性疾病，则这个过程可能会比较漫长，少则几年，多则十年乃至几十年。在患慢性疾病期间，人的健康状态变化往往很难被发现，而且不同时期之间也没有明显的界线。在诊断疾病前采取有针对性的干预措施可以较容易地阻断、延缓甚至逆转病情的发展，使患者恢复健康状态，达到维持健康的目标。

① 苏太洋. 健康医学 [M]. 北京: 中国科学技术出版社, 1994: 78-112.

(2) 大部分危险因素是可以被预防和改变的。WHO 将高血压、高血脂、超重和肥胖、缺乏体育锻炼、蔬菜和水果摄取量少、抽烟等列为慢性疾病的主要风险因素。由上述风险因素引起的慢性疾病目前尚无根治的方法，但其风险因素可通过改善个人生活方式加以防范。绝大多数慢性疾病的危险因素是可控的，这是防范健康风险的重要依据。因此，健康管理就是早发现、早评价、早干预，从而达到维持健康的目的。

(3) 个体健康状况受到自身、社会、环境等多种因素的影响。人是社会的组成部分，个体的人表现出的危害健康的行为均与其所处的社会经济环境密切相关，立足于整体视角看，社会经济及物质环境因素在个体健康状况中起着根本性、决定性作用，且因其作用时间较早，故被称为“上游因素”。这些因素会对“中游”（个人心理和行为生活方式）、“下游”（生物学）因素产生直接影响。因此，个体健康状况是个体自身因素、医疗卫生服务、社会经济环境等多种因素共同作用的结果。从多个维度考虑预防和控制疾病发生发展的干预措施，个人、家庭、社会、政府各司其职，才能实现共同提升个体健康预期寿命的目标。

2. 管理学基本理论

管理是在特定环境条件下组织和利用所拥有的资源，以人为中心，通过计划、组织、指挥、协调、控制及创新等手段，采用最有效的方法，实现既定的组织目标的过程。

(1) 管理活动必须在特定的环境中进行。在开放条件下，所有组织都处于不断变化的环境中，因此复杂的环境成为决定组织生存和发展的关键因素。

(2) 组织所拥有的各种资源主要包括人力资源、财力资源、物力资源、时间资源、信息资源和技术资源。管理的实施需要这些资源的支持。

(3) “计划、组织、领导、协调、控制与创新”是管理的职能，传统的管理职能可以细分为计划、组织、指挥、协调和控制五大职能。随着社会发展和技术进步，人们把计划、组织、领导、控制和创新作为管理的新的五大职能。

(4) “最有效的方法”指在进行管理活动时，管理主体对管理客体产生作用的方式和途径，其包括行政手段、经济手段、法律手段，以及思想教育手段。这些手段的运用旨在实现高效益的目标。

(5) “实现既定组织目标”指管理活动具有明确的目的性，是管理主体预期要达到的、新的状态或境界，同时也是管理活动的起点和最终归宿。

健康管理可以被理解为健康管理机构或人员在特定的环境下利用各种资源，进行计划、组织、指挥、协调、控制及创新，通过健康信息收集、健康风险评估和行为干预等有效的方法改善个人和人群健康状态以收获最大健康效益的过程。

1.2.3 健康管理的基本步骤

健康管理包括健康信息收集、健康风险评估、疾病预防三个基本步骤，如图 1-2 所示。

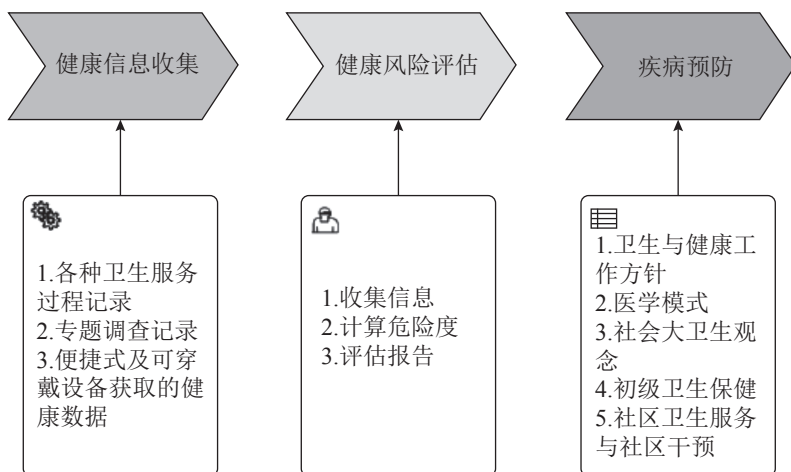


图 1-2 健康管理的基本步骤

(1) 健康信息收集。信息收集是健康风险评估的前置工作。信息收集工作做得好坏直接关系到整个评估工作的质量。信息收集的途径多种多样，问卷（纸版/电子版）是较为常用的信息收集工具。除此之外，还可以通过体检、面询或电话、邮件等方式收集个人健康和疾病信息。一般来说，问卷应包括生理生化数据（如身高、体重、血压、血脂等），生活方式（如吸烟、膳食、运动等），个人或家族健康史，其他危险因素（如精神压力）。此外，有时还包括态度和知识等方面的信息。

(2) 健康风险评估。健康风险评估是一种方法或工具，用于描述和估计某一个体或群体未来发生某种特定疾病或因为某种特定疾病导致死亡的可能性。评估个体健康风险的具体做法是根据收集的个人健康信息用数学模型对个人的健康状况及未来患病或死亡的危险性进行量化评估，基本步骤是收集个人危险因素资料、将危险因素转换成相应的危险分数、计算组合危险分数、计算存在死亡危险、计算评价年龄、计算增长年龄。

(3) 疾病预防。疾病预防策略是根据疾病的具体情况而制定的全面指导防病工作的方针，如基本原则、主要策略和组织机构等，是预防疾病的战略性问题。疾病预防措施是实现疾病预防的预期目标所需要采取的具体行动方法、步骤和计划。只有在科学正确的预防策略指导下采用合理措施，才能达到最佳的预防效果。

1.3 健康管理的发展历程

1.3.1 健康管理的国际发展

一些西方古老的医学著作（如《罗马大百科全书》）中，很早就已经蕴涵了健康管理的理念。希波克拉底指出“能理解生命的人同样理解健康对人来说具有最高的价值”。公元1世纪，《罗马大百科全书》记载，医学实践由三部分组成：通过生活方式治疗、通过药物治疗和通过手术治疗。生活方式治疗就是在营养、运动、睡眠作息、衣着、按摩、

合理限度的性生活方面提供健康方式的处方和建议。^①

1. 美国健康管理的发展

健康管理的思想、实践、理论、配套的政策和法律首先产生于美国。美国早期健康管理主要有健康维护组织、优先选择提供者组织、专有提供者组织等多种形式。美国“蓝十字”“蓝盾”等保险公司于1929年开展了健康管理的实践探索，美国洛杉矶水利委员会成立了最早的健康维护组织，也就是今天所讲的健康管理组织。20世纪60年代，美国保险公司首次提出了健康管理（health management）的概念。在20世纪70年代，美国健康管理兴起，随之发展并广泛流行的是一项名为“健康美国人”（healthy people）的全民健康行动，该行动的目标是预防疾病、拯救生命；提升人们的生活品质和健康状况，延长寿命；缩小人群间的健康差距；持健康促进与疾病预防的原则以节约开支。

美国医疗保障制度在20世纪70年代到80年代取得了长足的进步，沿袭了传统的模式，迅速让保险公司面临高额的赔付率所带来的运营风险。当时美国总统尼克松为降低飞速上升的医疗费用，制定了《健康维护法案》，倡导由传统的医疗保险逐渐转变为管理式医疗模式，并鼓励全社会将力量投入到健康维护服务中去。在这期间不乏积极的市场运作，例如，将健康管理和健康保险相结合，促进了健康管理产业的发展。医疗保险机构和医疗机构之间签订经济适用处方协议，保障被保险人享受较低的医疗费用。在医保机构中，通过对医保客户进行一套系统性的健康管理，可以有效地抑制病情的发展或恶化，极大地降低了保险公司的出险率和医疗费用，从而减少了对顾客的医疗保险赔偿。

美国健康管理的核心思想是通过将保险公司和医疗机构整合为一个一体化的医疗管理组织，最大限度地打破保险公司和医疗机构之间的界限，使保险能够参与医疗服务的全过程，从而利用经济杠杆优化医疗资源配置、降低医疗费用、提升民众的健康水平。健康管理的主要发展模式包括四种：健康维护组织（HMO）、优先医疗提供者组织（PPO）、专有服务提供者组织（ESPO）和定点服务计划（PSP）。HMO是美国健康管理计划的主要模式，在医院与医生之间没有主动控费意识的状态下，引入竞争机制，建立充分的信息披露机制、投诉通道以及对医生的评价体系。但HMO模式控制性过强，需要严格在组织内就医，缺乏变通性，为了有更多选择性，医疗管理行业又慢慢发展出PPO、ESPO、PSP三种模式。PPO模式在就医上多了组织外的选择，但组织外就医需要就诊人承担的费用更多，还不能保证质量。在这个基础上进一步发展出了ESPO模式，在该模式下，人们在组织外也可以选择质量更高的就医服务。PSP则是HMO和PPO两种形式的结合，在该模式下，人们既可以选择组织内的医生，也可以由组织内的医生转向组织外的医生继续就诊。四种模式各有利弊，在市场中共同存在，如图1-3所示。

^① Schneck P. On the history of dietetics from antiquity to our time[J]. Agapits, 2002, 9: 9-10.

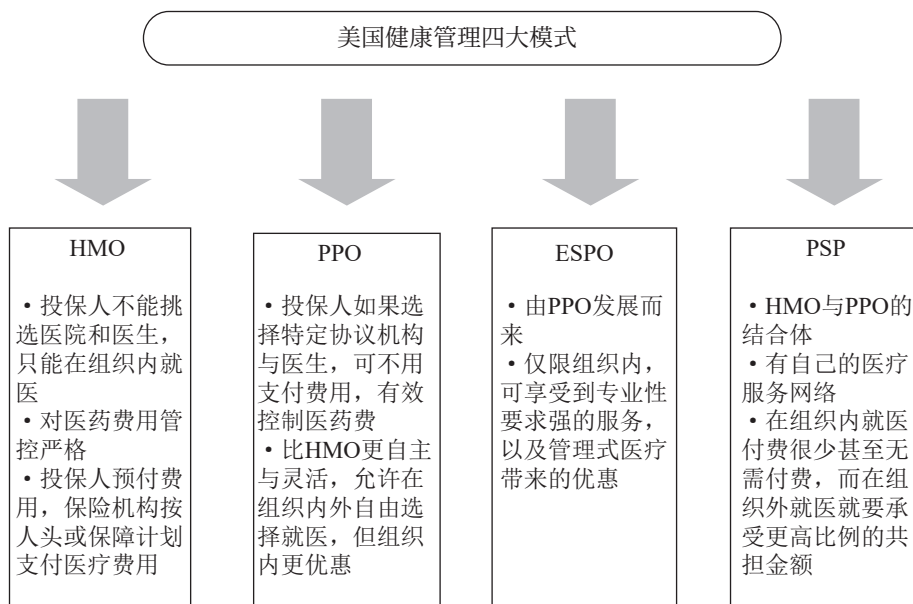


图 1-3 美国健康管理四大模式

随着社会的发展，保险业务内容也在发生变化，健康管理逐渐形成了一个独立的体系，而传统的医疗机构也被专业的健康管理公司替代。因此，健康管理公司通过与医保机构的合作，或者有偿向有需要的个人提供系统性、专业化的健康管理服务，使美国社会越来越多的人开始接受健康管理。

美国政府在全民健康管理计划中起到了积极而正向的作用，不仅为全国人民指明了方向，还推行相关政策为健康管理发展提供大力支持，使美国的健康管理得到快速发展。经过多年实践经验，美国得到一组实证数据：经过健康管理的干预，90%的个人和企业的医疗费用降低到了原来的10%。然而，剩余10%的个人和企业由于未实施健康管理，其医疗开支比原来提高了90%。据统计，美国约650个健康管理机构为7700万人进行医疗服务，参加健康管理计划的美国人超过9000万人，且美国人在过去近100年的时间里平均寿命增加了30岁，其中，医疗服务的贡献仅为5岁，而公共卫生和预防干预的贡献则高达25岁，可见实施健康管理意义重大。

美国发展健康管理的目的在于降低医疗费用、改善劳动者的健康状况。目前，随着计算机、互联网、物联网等技术的发展，健康管理越来越依赖这些技术对大数据的收集与分析，而对用户健康数据的分析也日趋完善。美国政府也会为老人、残疾人、低收入人群等提供健康管理服务。开展健康管理计划为居民提供了科学的健康管理知识和技术，促进了个人健康状况的改善；开展健康管理的公司，雇员生病导致的公司利润下降及医疗费用上升等状况也得到了缓解，并且美国政府对医疗卫生的投入也有所下降，这在某种程度上减轻了政府因巨额医疗费用而导致的负担。

随后健康管理在英国、德国、法国和日本等发达国家也逐步发展起来，并形成了覆盖广而深的产业。

2. 欧洲健康管理的发展

1) 英国健康管理公司保柏（Bupa）的发展

欧洲的健康管理起步略晚于美国，但发展也十分迅速。据统计，整个欧洲约有 70% 的雇主为公司员工购买了健康管理计划。1947 年，英国最有名的健康管理公司保柏（Bupa）成立。70 多年来，该公司的健康管理比公立医疗机构更有优势，具有更高的医护水平、更优越的环境和合理的价格，吸引了大量企事业单位、个人以及中产家庭。保柏已覆盖全球 190 个国家和地区，接受其健康服务的用户在 1 000 万以上，除了自身旗下的医院、诊所及护理机构外，保柏还和全球 120 多万家医疗机构合作，使用户在所到之处都能得到当地最优质的医疗服务。保柏在全球提供的服务主要包括三个方面：保险、健康服务、老年护理，主要服务内容如图 1-4 所示。

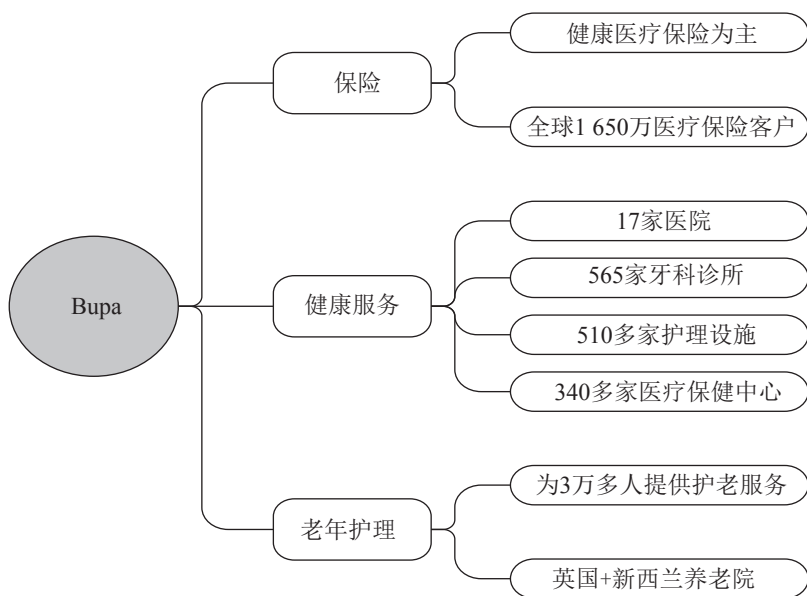


图 1-4 Bupa 主要服务内容

2) 德国健康管理的发展历程

早在 1866 年，德国化工巨头巴斯夫就建立了一个职业健康部门，用来协助雇员防治疾病，这就是企业健康管理的雏形。自此，以提倡社区健康为核心的德国健康管理体制也逐步形成。自 1884 年起，德国开始实施医疗保险制度，随后逐步发展出养老保险、失业保险、工伤事故保险及护理保险等品类，形成了德国“五大支柱”的社会保险体系，慢性病防治也被纳入社会保障体系中。

第二次世界大战后，德国在创下“经济奇迹”的同时生态环境也被严重污染，对国民健康造成了极大的危害。德国政府进一步修订了各项健康法规，将健康管理的内容写入法律法规中，例如，《劳动保护法》就明确要求 20 人以上的企业要依法设立安全健康管理委员会。

从 20 世纪 50 年代末开始，德国启动了“体育黄金”项目，激励全民参与体育运动。



拓展资料 1-1

德国现有 60 000 多个运动场所，其包括儿童游乐场、运动场、健身房、露天游泳池等。德国州级政府的体育工作以普及全民运动为主要内容。

德国营养学会在 20 世纪 50 年代初期已着手制定膳食指南。1992 年，为了使公众更全面、直观地了解该指南的内容，德国营养学会采取了进一步的措施，又制定了一个“膳食金字塔”。该“膳食金字塔”是以三维立体图像的方式呈现，共分六层，棱柱体上用红绿信号灯标明了食品的营养价值，宣称底层的食物可以多吃，越往上越应该少吃。德国政府机关、企业纷纷推出“少肉套餐”，由营养师提供膳食，将每人一周的肉食摄入量限制在 450 克以内，员工可以上网查询一周食谱。此外，学校亦推出“幼儿健康早餐计划”，为儿童规划一周健康饮食。从 2005 年开始，德国营养学会就利用这个模型为全民提供营养建议。

德国的医保制度与健康管理计划互为补充，于 2002 年将疾病管理纳入法定医保制度，于 2008 年开始实施慢性病照护管理服务。德国借鉴了美国的健康管理战略，综合考虑个体的不良生活习惯与慢性疾病风险因素之间的关联，开展全人群的健康管理，以扩大健康管理的覆盖面。德国联邦经济劳动部设立了专门机构负责具体事务（主要是工人职业方面），在全国范围内实行了一种双重健康管理的模式。

最近几年，德国已经建立了一个个人健康数据库，例如，通过“电子健康卡”记录居民的基本健康状况、电子病历等相关资料，以便医师诊断和政府居民健康状况的综合分析。德国卫生部与科研机构共同研发的“个人健康管理体系”也帮助越来越多的人通过手机 APP 对自己的健康进行管理，这也是一种新的发展趋势。

德国科学联席会（Gemeinsame Wissenschaftskonferenz, GWK）在 2018 年年底决定，在今后十年里通过 3 轮招标遴选约 30 个科研中心，每年拨款 8 500 万欧元用于建设全国科研数据基础框架，使专家能够更便携地找到相关研究、更好地交流数据，从而更有效地开展健康管理，提高国民健康水平。

3) 芬兰以基层社区为核心的健康管理实践

芬兰是欧洲健康管理模式成效最好的国家之一。芬兰最成熟的是基层社区组织，它于 20 世纪 70 年代以来，探索了一种新的健康管理模式，即通过改变居民的 lifestyle 从根源上降低患病率。

芬兰心血管疾病发病率最高的北卡累利阿省于 1972 年开展了一项健康管理干预计划，如表 1-2 所示，该计划的主要宗旨是倡导以社区为基础，引导大众建立更为健康、更具有可持续性的生活方式。该计划严格遵循一级预防原则，并以各类社区计划为主要的实施手段，从健康环境的营造、健康生活方式的引导，以及优质卫生服务的供给这三个重要方面全方位地干预。1985 年，政府发布《卫生政策报告》后设立了冠心病委员会，对相关部门之间的职责进行了界定，在这一时期各部门之间的统筹协调工作均取得了进步。

表 1-2 北卡项目的主要做法

干预项目	主要做法	具体案例
创造健康的环境	颁布政策法规	控烟政策法规； 提高烟草价格，提高烟草税至 75%； 禁止一切烟草广告； 禁止向 18 岁以下青少年售烟和将学校校园全部设为禁烟区等
建立健康的生活方式	调动社区资源，动员家庭和个人，营造有利于慢性病防治的人文环境和社会环境	营养委员会推出“食物平衡表”“胆固醇项目”“草莓计划”等营养干预活动； 以青少年为重点开展了对吸烟行为的干预工作； 举办全国性的戒烟和降低胆固醇竞赛
提供优质的卫生服务	通过公共卫生护士提供健康服务，主要为健康教育	在北卡累利阿地区普及高血压知识； 在 5 所医院开展全国糖尿病预防计划，在筛查出的糖尿病病人及高危人群中开展良好的生活方式的咨询和培训，借助传播平台宣传健康知识
其他	危险因素的监测评估	国家公共卫生研究所对社区人群心血管疾病危险因素的暴露水平进行监测评估，并建立全国范围的危险因素监测系统

社会事务和卫生部（Ministry of Social Affairs and Health, MSAH）对市级基层医疗服务、专科医疗和职业健康服务提供了系统性的支持，以预防冠心病。财政部决定终止对奶制品中含脂产品的税收优惠政策，并将可食用脂肪纳入“税收中性”处理，撤销对低脂乳制品的反补贴费用。农林部运用经济政策工具把生产重点从牛奶脂肪改为谷物、蔬菜、浆果、菜油和鱼类，并设法减少牛奶中的脂肪含量。教育文化部在中小学开设健康教育课程，为家庭提供经济支持，在膳食与营养方面开展教育，提高教师水平、改善校内膳食。

芬兰政府、非政府组织、新闻媒体、学校、社区和个人都参与了北卡累利阿项目，30 余年来，芬兰政府通过健康促进措施使心脑血管疾病的发病率较 30 年前下降了 80%，血脂平均水平下降了 20%，人群的预期寿命提高了 10 年。在此基础上，民众逐渐形成了良好的生活方式，人民的健康水平得到了极大改善。芬兰在健康管理方面取得的成就不但被国际社会肯定，而且为芬兰健康管理制度的建立打下了坚实的基础。虽然在推进过程中，也遇到了来自各方面的压力与阻力，但是他们制订了一套科学、合理的执行计划，充分发挥了社区的作用，综合采取各种干预措施、加强国际合作，将健康管理工作推广到全国。最终，芬兰在健康管理方面的执行成效显著，受到了全国民众的赞扬。

3. 亚洲健康管理的发展

1) 日本健康管理的发展

从总体上看，亚洲国家的健康管理发展水平落后于欧美等发达国家，其中日本发展最快。日本采取了政府主导、民间组织层层推进的发展模式。早在 1959 年，日本的八千穗村就开始了健康管理活动，通过向每个村民分发健康管理手册，每年进行一次身体检查，并把所有的健康信息都录入手册中，从而减少了潜在的疾病发病率，促进了良好生活方式的形成。随着日本的人口发展迅速地进入老龄化阶段，家庭的规模持续缩小，民众健康意识越来越强，医疗服务的需求量也在迅速增长。从日本厚生劳动省官网上公布的有关政策文件看，日本政府很早就把健康管理上升到了国民健康战略的高度，因此，

随着健康战略的改革和发展，社区卫生管理也在有条不紊地开展。

(1) 组织架构阶段（1978—1988年）。

日本厚生省于1978年首次颁布《增进国民健康对策》，开启为期十年的第一次“国民健康促进”行动，并将社区卫生的建构与健全纳入考量，为建成健全的社区卫生服务体系奠定了良好的基础。在这一时期，社区卫生管理的对策是：建立全民健康体检与健康指导体系；设立“健康增进”中心及市町村卫生服务中心，并配备专业人员；同时成立市町村“健康促进协会”，以全民健身公益基金会为主体开展全民健康教育活动；为“健康促进专业研究”提供支持。

(2) 职能明确阶段（1989—1999年）。

“第二次国民健康”行动，即“活力80健康计划”以推广全民健身运动为中心，使社区在国民健康促进运动中的角色得到了规范化。1994年，日本厚生劳动省发布了《推进社区卫生设施的基本准则》，其对社区的功能定位和发展趋势进行了阐述，包括：①社区要全面推动居民健康服务的质量保障体系建设，社区服务要更好地满足居民的多元化需要，提供个性化的服务；②要建立健全的、能让居民主动参加的、能及时反映居民意愿的、能促进健康福利社区发展的、能为居民提供基本医疗服务的综合性医疗服务系统；③市町村卫生中心负责提供健康咨询、健康辅导、健康体检等基础预防保健服务，都道府县保健中心负责开展心理卫生、疑难杂症防治、艾滋病防治等方面的专业医疗服务，以及在老年保健、妇幼保健、营养改善等方面提供技术指导。

(3) 职责细化阶段（2000—2010年）。

日本于2000年3月推出“21世纪国民健康促进计划”，亦称“第三次国民健康促进”行动。该项目旨在通过对居民的营养膳食、体育锻炼、吸烟、饮酒、糖尿病、心脑血管疾病等9个领域的70个具体指标进行系统的干预，以降低健康风险因素，引导人们更好地进行自我健康管理，提升居民的生活质量。在这一计划指导下，政府对社区健康管理责任进行了进一步细化。厚生劳动省建议，为了推动民众养成良好的卫生习惯，社区要充分利用各种卫生资源，并主动进行健康宣传教育，让更多的社会力量参与。此外，厚生劳动省也强调，针对45岁及以上中老年人的照护服务应由社区的专业医师提供。

(4) 功能完善阶段（2013年至今）。

日本厚生劳动省于2012年7月发布“全面推行国民健康促进基本事项”，正式启动“第二期21世纪国民健康促进计划”。这一计划力图改进居民的生活方式与社会环境，实现所有公民（从幼儿到老人）之间的互助，充实他们的精神生活，推动社保体系不断发展，让社会充满生机。对此，日本厚生劳动省修订了《推进社区卫生设施的基本准则》，在原有的社区健康管理职能中增加了对精神疾病患者的全面照护职责，把精神疾病患者纳入社区管理，为他们提供各种指导和决策支持。另外，为应对虐待儿童现象日趋严重的现象，各社区健康机构已与儿童咨询中心及地方医疗机构一起进行母婴健康服务，以减少或避免有关虐待行为的发生。

世界卫生组织在2019年的世界卫生报告中从“医疗水平”“接受医疗服务的难

度”“医药费负担公平性”等方面对世界各国的医疗体系进行了综合比较，日本因为“高品质的医疗服务”“医疗负担的平等程度”“国民平均寿命高”等因素获得第一。在日本，强大的健康专业服务团队、国民较强的健康意识是健康管理行业繁荣的重要因素。完善的制度、健全的法律体系、成熟的健康档案管理系统是健康管理计划在日本取得成功的基本保障，详细的法律条款，严格的干预制度形成了日本独特的健康管理服务模式。



拓展资料 1-2

2) 韩国健康管理的发展

韩国的健康管理始于 20 世纪 60 年代，我国医疗保险被韩国人称为“健康保险”。韩国《医疗保险法》早在 1963 年 12 月就已出台，但因条件尚不成熟，在 1977 年后才开始部分实施，直到 1989 年才完全实施。

自 20 世纪 60 年代中期以来，韩国政府采取了一系列刺激经济的措施，使该国经济迅速发展，1977 年，韩国人均国内生产总值高达 1 042 美元，比 1963 年高出十倍。然而，虽然国家经济高速增长，但社会保障制度却严重落后，不断引发民怨。韩国在 1976 年 12 月对《医疗保险法》进行了彻底修订，规定超过 500 名雇员的企业必须建立强制性医疗保险。1979 年，韩国为超过 300 名雇员的企业员工制定了一套强制性的健康保险体系，同时也组建了公教健康保险组合，为政府官员和私立学校教职工提供健康保险。1981 年，韩国为 100 人以上的企业员工制定了强制性健康保险制度，并规定超过 5 人的企业员工为自愿参保者，其后于 1982 年和 1988 年分别将员工人数超过 16 人的企业雇员、员工人数超过 5 人的企业雇员纳入强制性医疗保险。

在 20 世纪 80 年代中期，职业健康保险、公务员和教师保险已经覆盖了韩国约 44% 的总人口。但不符合健康保险参保条件的个人（如 5 人以下小企业职工、农民、城市自营业者）被排除在外。从 1986 年到 1988 年，韩国经济平均增长率均在 10% 以上，1989 年，韩国人均国内生产总值为 5 430 美元，是 1977 年的 5.2 倍。韩国经济持续高速发展，政治民主化浪潮也日益高涨，1988 年 1 月，韩国政府在乡村地区推行健康保险，1989 年 7 月，城市地区也开始全面实施健康保险。当时韩国的健康保险覆盖面已达 90.39%，迎来了“全民医保”时代，但在这段时间里，医疗保险制度呈现“条块分割”的状态。

韩国医保机构数目庞大，管理松散，1998 年以前，韩国有 367 家健康保险公司各自独立经营，这对医疗保障体系的长远发展不利，因此，政府开始将 350 多家医疗保险机构合并在一起，并由国民健康保险公团管理。到 2000 年，韩国政府又将国内的健康保险基金合并在一起。2003 年，韩国政府对城市和农村医疗保障系统进行了统筹整合。2018 年，韩国参与健康保险的国民占总人口的 97.2%，另外的 2.8% 由政府提供医疗援助。韩国健康保险体系从预防的角度出发，主动开展健康管理，普及全民体检与防癌筛查，充分体现了“健康”这个词的具体意义。

韩国健康保险制度取得了显著成效，以低于 OECD 国家平均水平的医疗费用支出在婴幼儿死亡率、可避免死亡率、癌症存活率等方面均高于 OECD 国家平均值，特别是在人均寿命方面，从 1960 年的 55.4 岁增长到了 2018 年的 82.6 岁，增幅在 OECD 国家中排名第二。

1.3.2 健康管理在中国的发展

1. 健康管理在中国的发展溯源

我国拥有五千年的璀璨文化，因此拥有源远流长的健康文化，以及丰富的养生智慧。古代中国是一个以农业为主的国家，从远古时起人们就十分注重养生、延年益寿，在长期的实践中，形成了一系列的养生经验，并逐渐形成了既有系统理论又有独特方法的中华养生文化。

《周易》于殷末周初成书，其蕴含着极为丰富的养生思想。《易传》以阴阳五行为核心对人的精、气、神、意进行探究，以“静动”为“阴阳”，对后世太极拳的发展产生了深远的影响，形成了中国最早的养生观。道教的养生思想对中国社会产生了深远的影响，而先秦道家的鼻祖——老子以“恬淡寡欲”“清静无为”的养生理念对后世产生了很大的影响，其“顺其自然”的养生理念与当今社会倡导的人与自然环境和谐共存的健康理念不谋而合。

《吕氏春秋》是秦国丞相吕不韦组织门客所著，在战国末年成书，这标志着中国古代养生思想发展到又一阶段。此书认为长寿要注重“顺生”“节欲”“去害”“主动”。所谓“顺生”，指的是顺应自然，顺应生命规律；“节欲”也强调生活的节制，而不是一味地纵欲；所谓“去害”，即排除一切于人体无利之物，凡是对人体有害的事物应尽量避免；“主动”就是强调积极运动，这是对子华子（春秋末期晋国哲学家）最先提出的“生命在于运动”思想的继承和发扬。

中国自古就有健康管理的思想，即古代传统医学的“治未病”理念。两千多年前，《黄帝内经·素问·四气调神大论》（后人认为这部著作并非个人所著，而是集大成之作，仅托名黄帝与岐伯著，共18卷）中就蕴含了“预防为主”的健康管理理念。“圣人不治已病治未病，不治已乱治未乱，此之谓也。夫病已成而后药之，乱已成而后治之，譬犹渴而穿井，斗而铸锥，不亦晚乎？”也就是说，一名优秀的医师，可以在疾病还没有发作的时候就发现它的存在，并加以治疗，如果疾病已经发作再治疗，那就像是渴了才去凿井取水，战争爆发了再去铸造武器，一切都晚了。这就体现了“未病先治”的道理。“治未病”包括了对未病的预防和对已病的预防两方面内容，强调了养生保健和疾病防治的重要性，这正是健康管理理念的体现。从这里可以看出，促进健康和健康养生在国内并不是一个陌生的概念。但是，由于历史的变迁，古代的养生文化被淡化，再加上现在我国经济高速发展，生活环境遭到破坏，人们工作压力大，越来越多的人健康受到威胁、体质下降，这些都为健康管理的发展提供了现实基础。

2. 新中国健康管理的发展

在新中国成立之前，我国已将发展医疗卫生事业视为重要议题，此举为新中国健康管理的发展奠定了坚实基础。1949年9月，中国人民政治协商会议第一届全体会议通过的《中国人民政治协商会议共同纲领》明确提出：“推广卫生医药事业，并注意保护母亲、婴儿和儿童的健康。”这一规定以官方形式确认了我国对人民健康的关注和重视。

1950年8月，首届全国卫生会议于北京隆重召开。此次会议确立了新中国卫生工作的三大原则，即“面向工农兵”“预防为主”，以及“团结中西医”。1952年，毛泽东主席发出了“动员起来，讲究卫生，减少疾病，提高健康水平，粉碎敌人的细菌战争”的伟大号召，自此，一场轰轰烈烈的“爱国卫生运动”在全国范围内蓬勃开展。

1954年制定的中华人民共和国第一部宪法第九十三条规定：“中华人民共和国劳动者在年老、疾病或者丧失劳动能力的情况下，有权获得物质帮助。国家应举办社会保险、社会救济和群众卫生事业，并逐步扩大这些设施以确保劳动者享受此权利。”该法第四十九条对国务院的职权进行了列举，其中第（九）款为“管理文化、教育和卫生工作”。自此，国家开始大力发展基层医疗卫生力量。到20世纪60年代中期，我国医疗卫生机构已增加到20.7万个，全国城乡卫生医疗网基本形成。同时，通过广泛开展群众性爱国卫生运动，那些严重危害人民健康的天花、霍乱、血吸虫病、疟疾、鼠疫、麻风病等疾病都得到了有效防治，人民的健康状况明显改善。

1978年12月18日，中国共产党十一届三中全会的召开标志着我国进入了“改革开放”的新的历史时期，我国的健康管理也因此步入了新的发展阶段。根据我国的实际情况，制定了新时期卫生工作方针，即以预防为主，依靠科技进步，动员全社会参与，中西医并重，为人民健康服务，这一方针为我国卫生事业的发展指明了方向。随后，我国于1984年9月20日颁布了《中华人民共和国药品管理法》，于1986年12月2日颁布了《中华人民共和国国境卫生检疫法》，以及于1989年2月12日颁布了《中华人民共和国传染病防治法》。这些法律的制定和完善，为推动医疗卫生事业的持续发展提供了坚实的法律保障，同时也不断推进着我国人民健康水平的提高。

20世纪90年代，健康管理作为新兴理念被引入我国。1994年，苏太洋主编的《健康医学》一书首次引入了健康管理的概念，它倡议运用管理科学的理论和方法对群体和个体健康进行有效的干预，旨在维护、巩固和促进他们的健康。2001年，我国第一家健康管理公司正式注册成立。2003年突发的SARS疫情使我国真正开始重视疾病预防体系，随后持续出现的流行感染性疾病促使我国越发重视疾病的预防工作。2005年，健康管理师被列入国家职业资格，2006年，健康管理行业获得飞速发展，该年享有“健康管理年”之称，各种会议、培训层出不穷。发展到2017年，除医疗相关体系的职业资格外，与促进健康相关的很多职业资格被国务院取消（如公共营养师等），但健康管理师的职业资格仍被保留，同时健康管理师的技能要求中包含了营养、心理咨询、保健等。我国健康管理计划的实践应用先行于理论研究，而且开展得比较晚。

我国健康管理发展的一个重要因素是老龄化的情况加剧，人口老龄化在我国虽然起步晚，但数量大、速度快，而且是在经济还不够发达、国民生产总值还不算高的情况下出现，这对经济发展造成了巨大压力。慢性病患者数量日益猛增，慢性病相关影响因素也日渐复杂，这将造成医疗资源紧张和居民经济负担增大，社会的迫切需求推动着我国健康管理行业的迅速发展。人们对健康的需求已经趋于多样化，个性化的健康干预是健康服务发展的必然趋势。

1.4 健康管理与“健康中国”战略

1.4.1 健康管理与“健康中国”战略的现实需求

1. 我国老龄化形势严峻，养老服务体系不完善

1) 老年人数量增长迅速，老龄化形势严峻

我国的老年人口数量在世界排名第一，并且还在持续增长。《2021年我国卫生健康事业发展统计公报》显示，2020—2021年，我国居民预期寿命从77.93岁上升至78.2岁，人口老龄化形势日趋严峻。^①另外，从老年人的健康情况来看，2022年，我国老年人中患有慢性疾病的人数达到1.9亿，其中失能和半失能老年人大约有4000万人，老年痴呆病人大约为1500万人，“长寿不健康”的矛盾突出。^②

《2022年民政事业发展统计公报》显示，我国60周岁及以上的老年人口数量为28004万人，占总人口比例的19.8%。预测在“十四五”期间，我国60岁及以上的老年人口将突破3亿人，占全国总人口之比将超过20%，进入中度老龄化阶段，而到2035年前后，预计我国60岁及以上的老年人口将突破4亿人，占总人口比例将超过30%，进入重度老龄化阶段。

随着老龄化的持续加剧，高龄化和空巢化问题日益凸显，这使得数量不断增长的老年人群体已经成为健康管理服务行业的特殊群体和主体人群。同时，老年性疾病（如阿尔兹海默症、帕金森病）的患病率也随着老龄化的加剧而逐渐增多，这给老年人的健康带来了很大的威胁。老年人的健康已不仅是家庭问题，更是严重的社会问题，因此，我们应该更加重视并关注老年人的健康问题，采取更加积极的措施。

2) 我国社会养老服务体系不健全

目前，我国的社会养老服务制度还不能很好地适应新形势、新任务和新要求，主要体现在：缺乏总体的统筹规划；社区养老设施与机构病床紧缺，供求矛盾突出；设施简单，功能单一；在护理、医疗康复和精神慰藉等方面存在困难；区域和城乡发展不均衡；政府投资偏少，私人投资的规模较小；服务业的专业化水平不高，产业发展的动力不足；国家制定的优惠政策没有得到很好的贯彻；服务规范、行业自律和市场监管有待加强等。

慢性病患病人数的增加、疾病谱的变化，以及人口老龄化的不断加深都促使医疗方式从单纯的治疗疾病转向“预防—保健—治疗—康复”一体化发展，对亚健康的调整与康复也需要更多的关注。据联合国开发计划署（The United Nations Development Programme, UNDP）统计，我国在2021年的人类发展指数达到0.768，进入“高人类发

① 中华人民共和国国家健康委员会，2021年我国卫生健康事业发展统计公报 [EB/OL]. (2022-07-12) [2023-12-20]. https://www.gov.cn/xinwen/2022-07/12/content_5700670.htm.

② 马晓伟. 国务院关于加强和推进老龄工作进展情况的报告 [EB/OL]. (2022-08-31) [2023-12-20]. http://www.npc.gov.cn/npc/c2/c30834/202208/t20220831_319086.html.

展指数”国家行列，这也就意味着我国人民将会更加重视健康保障。因此，人们对健康管理服务的需求将不断增加，这为健康管理提供了广阔的发展空间。

2. 慢性病成为威胁我国居民健康的主要因素

慢性病的发病和流行与经济、社会、人口、行为、环境等多方面因素紧密相关。随着工业化、城镇化和人口老龄化进程的加速，居民生活方式、生态环境、食品安全状况等因素对健康的负面影响逐渐显现出来，慢性病的发病率、患病率和死亡率都在逐年上升，人民群众的慢性疾病负担越来越重。

1) 慢性病患者率显著攀升

20世纪60年代之前，对我国人民健康造成威胁的主要是病毒和细菌，具体表现多为天花、霍乱、鼠疫、结核病等传染病。由于抗菌药物的广泛应用，至20世纪70年代上述病症基本得以根除。目前，随着工业化、城镇化、人口老龄化，以及生态环境和生活行为方式的改变，对人体健康造成威胁的疾病变成了重大和新发传染性疾病、心脏病、恶性肿瘤、糖尿病、高血压、高血脂等非传染疾病，其中，几种慢性非传染疾病已成为主要威胁。

《健康中国行动（2019—2030年）》指出，慢性病（如心脑血管、肿瘤、慢性呼吸道疾病、糖尿病等）造成的疾病负担已超过70%，是影响国民平均预期寿命的主要原因。同时，主要传染性疾病如肝炎、肺结核、艾滋病的防治工作依然十分艰巨。《中国居民营养与慢性病状况报告（2020年）》显示，因心脑血管、肿瘤、慢性呼吸道疾病及糖尿病4种慢性疾病引起的早死率高达16.5%，2019年，因患慢性病而死亡的数量占总死亡数量的88.5%，其中，心脑血管疾病、癌症及慢性呼吸系统疾病的死亡数量占比高达80.7%，防治工作依然面临着极大的挑战。

2) 慢性病患者因素普遍存在

(1) 我国人群超重和肥胖率不断上升。

《中国居民营养与慢性病状况报告（2020年）》最新公布的数据表明，超重或肥胖人群占我国总人口的1/2以上，其中超重人群占34.3%，肥胖人群占16.4%。6岁以下的儿童有10%体重超标或肥胖，其中，超重率为6.8%，肥胖率为3.6%；几乎每5个6~17岁的孩子中就有1个是体重超标或肥胖的，其中超重率为11.1%，肥胖率为3.6%。《柳叶刀》（*The Lancet*）发布的“世界成人体重调查报告”显示，我国超重成年人总数已经超过了美国，位居世界第一。^①

(2) 膳食结构不合理普遍存在。

目前，我国居民饮食结构存在严重的不合理现象，其中，油脂、食盐和食糖的消费量偏高，水果、豆类和奶类的摄入量不足。2012年有调查显示，我国居民家庭人均每日食用油摄入量为42.1克（《中国居民膳食指南（2022）》推荐标准为每天25~30克），居民膳食释放提供能量比例达到32.9%（《中国居民膳食指南（2022）》推荐值上限为30.0%）。《健康中国行动（2019—2030年）》指出，我国居民每天平均摄取糖（以

^① Xiong-Fei Pan, Limin Wang, An Pan. Epidemiology and determinants of obesity in China[J]. *Lancet Diabetes Endocrinol*, 2021 Jun; 9(6): 373-392.

“白糖”“红糖”为主)大约30克(世界卫生组织建议每人每天糖的摄入量不超过25g)。《中国居民营养与慢性病状况报告(2020年)》显示,我国居民每天平均盐摄入量为9.3g(世界卫生组织建议为5g)。

2016年全球疾病负担研究结果显示,饮食因素导致的疾病负担占有所有疾病负担的15.9%,高盐、高糖、高脂等不健康饮食是引起肥胖、心脑血管疾病、糖尿病及其他代谢性疾病和肿瘤的危险因素。这些不健康的饮食习惯会导致身体摄入过多的热量和有害物质,从而增加体重、损害身体健康。此外,这些不健康的饮食习惯还与多种慢性疾病的发生有关,如高血压、高血脂、糖尿病、冠心病、中风等。这些疾病不仅会影响患者的身体健康,还会对其生活质量产生严重影响。因此,人们应该养成健康的饮食习惯,控制饮食中盐、糖、脂肪的摄入量,以保持身体健康。



拓展资料 1-3

(3) 身体运动不足持续存在。

根据国家体育总局2020年对全民健身活动情况的调查结果,全国城乡居民有37.2%是经常参加体育锻炼的,55.9%的儿童青少年和30.3%的成年人经常参加体育锻炼,30~39岁年龄段经常锻炼的人最多,达到28.4%,经常参加体育锻炼的老年人占到了26.1%。成年人的定期锻炼率不高,这是许多慢性疾病的主要病因。

(4) 居民吸烟问题严重。

据世界卫生组织报道,每3名烟民中就会有1人因与吸烟有关的疾病而死亡,而且烟民的平均寿命要比不吸烟的人少10年。烟草引起的健康风险已成为全球关注的重大公共健康问题,因此,WHO颁布了《烟草控制框架公约》,这是全球首个公共卫生公约,中国于2003年签订并于2005年通过了《烟草控制框架公约》。中国是香烟的生产和消费大国,产量与消费量都占世界1/3以上。2020年中国吸烟状况报告指出,全国现有烟民已逾3亿人,全世界每年因吸烟而导致的800万死亡案例中,我国就有超过100万人,若不加以解决,到2030年这一数字或将上升至200万人,到2050年可能将上升至300万人。

3. 我国人群的健康素养总体较低

目前,我国居民的健康知识水平普遍偏低。居民的健康知识水平在2021年仅达25.4%。^①农村居民在预防疾病、早期发现、紧急救助、及时就医、合理用药、紧急避险等方面的保健知识与技能相对匮乏,不良生活方式较为常见。《中国公民健康素养——基本知识与技能》对我国当前阶段的健康素养提出了明确的要求,是我国公民应当具备的、最重要的健康知识与能力。

根据《健康中国行动(2019—2030年)》的规划,到2030年,全国居民的健康素养将提升至30%以上。其中,基本知识和理论素养水平、健康生活方式与行动素养水平、

^① 中华人民共和国中央人民政府.居民健康素养水平稳步提升[EB/OL].(2022-06-14).https://www.gov.cn/xinwen/2022-06/08/content_569485.htm.

基本技能素养水平将分别提高到45%、25%、30%以上。同时,居民的基本医疗素养、慢性病防治素养、传染病防治素养水平也将提升至28%、30%、25%以上。为了实现这一目标,需要建立并完善科普专家库和资源库,构建健康科普知识发布和传播机制。政府和相关部门将采取一系列措施,首先,加强健康教育,提高公众对健康知识和健康生活方式的认识和意识;其次,推广健康的生活方式,包括均衡的饮食、适当的运动、良好的睡眠和减少不良习惯等。此外,政府还将加强健康监测和评估,及时掌握公众的健康状况和趋势,为制定更加精准的健康政策和措施提供依据。

除了加强健康教育和生活方式管理,政府还将加强医疗卫生服务体系建设,提高医疗卫生机构的服务质量和水平。同时,政府还将加强人才培养和队伍建设,提高医疗卫生专业人员的知识和技能水平,为公众提供更加优质的医疗服务。

此外,政府还将加强健康产业的发展,推动健康科技创新和转化,为公众提供更加先进、便捷、高效的健康产品和服务。加强国际合作和交流,引进国外先进的健康理念和技术,为我国的健康事业注入新的动力和活力。

总之,《健康中国行动(2019—2030年)》规划的目的是通过多方面的措施提高全国居民的健康素养和医疗素养水平,促进全民健康素质的提升。政府和相关部门将积极推进这一规划的实施,为建设健康中国做出积极的贡献。

1.4.2 “健康中国”战略与“健康中国”行动

2016年10月25日,中共中央国务院发布了《“健康中国2030”规划纲要》(以下简称《纲要》),这是新中国成立以来首次在国家层面提出的健康领域中长期战略规划,是今后15年推进健康中国建设的行动纲领,体现了党中央、国务院对人民健康的高度重视。《纲要》强调“预防为主,防患于未然”,明确“共建共享、全民健康”是建设健康中国的战略主题,“全民健康”为“建设健康中国的根本目的”,“共建共享”是“建设健康中国”的基本路径,强调“立足全人群和全生命周期两个着力点”,分别解决提供“公平可及”和“系统连续”健康服务的问题。

2017年1月,国务院办公厅发布《中国防治慢性病中长期规划(2017—2025年)》(以下简称《规划》),这是首次以国务院名义印发的慢性病防治规划,是今后5~10年做好慢性病防治工作、提高居民健康期望寿命、推进健康中国建设的纲领性文件,是贯彻落实全国卫生与健康大会精神,努力全方位、全周期保障人民健康的重大举措,对全面建成小康社会、推进健康中国建设具有重大意义。《规划》提出到2025年,使慢性病危险因素得到有效控制,实现全人群全生命周期健康管理,力争30~70岁人群因心脑血管疾病、癌症、慢性呼吸系统疾病和糖尿病导致的过早死亡率较2015年降低20%,逐步提高居民健康期望寿命,有效控制慢性病疾病负担。

2017年8月,科学健身“说明书”《全民健身指南》(以下简称《指南》)正式发布。《指南》针对中国居民参加体育健身活动状况实际,系统归纳、集成国家“十五”“十一五”“十二五”期间相关研究成果,基于中国居民运动健身的实测数据编制

而成。《指南》对体育健身活动效果、运动能力测试与评价、体育健身活动原则、体育健身活动指导方案等内容进行了详细的说明。

2019年7月9日，国家卫生健康委员会制定并出台《健康中国行动（2019—2030年）》（以下简称《行动》），体现了对维护人民健康的坚定决心。《行动》要求牢固树立“大卫生、大健康”理念，坚持预防为主、防治结合的原则，把健康融入所有政策，建立健全健康教育体系，引导群众树立正确健康观，形成有利于健康的生活方式、生态环境和社会环境，促进以治病为中心向以健康为中心转变，提高人民健康水平。

2019年9月2日，国务院办公厅发布《体育强国建设纲要》（以下简称《纲要》）。《纲要》提出体育强国建设的三阶段战略目标：到2020年，建立与全面建成小康社会相适应的体育发展新机制，体育领域创新发展取得新成果，全民族身体素养和健康水平持续提高，公共体育服务体系初步建立，竞技体育综合实力进一步增强，体育产业在实现高质量发展上取得新进展。到2035年，形成政府主导有力、社会规范有序、市场充满活力、人民积极参与、社会组织健康发展、公共服务完备、与基本实现现代化相适应的体育发展新格局，体育治理体系和治理能力实现现代化。全民健身更亲民、更便利、更普及，经常参加体育锻炼人数比例达到45%以上，人均体育场地面积达到2.5平方米，城乡居民达到《国民体质测定标准》合格以上的人数比例超过92%；青少年体育服务体系更加健全，身体素养品质提升，健康状况明显改善。到2050年，全面建成社会主义现代化体育强国。人民身体素养和健康水平、体育综合实力和科技影响力居于世界前列，体育成为中华民族伟大复兴的标志性事业。

2022年4月27日，国务院办公厅印发《“十四五”国民健康规划》，提出到2025年，卫生健康体系更加完善，中国特色基本医疗卫生制度逐步健全，重大疫情和突发公共卫生事件防控应对能力显著提升，中医药独特优势进一步发挥，健康科技创新能力明显增强，人均预期寿命在2020年基础上继续提高1岁左右，人均健康预期寿命同比例提高。

习近平总书记多次强调：经济要发展，健康要上去。人民群众的获得感、幸福感、安全感都离不开健康，健康是幸福的起点，也是成长的前提，是全面建成小康社会的重要内涵，也是人类社会发展福祉的永久追求。要大力推进全民健身与全民健康深度融合，更好发挥举国体制与市场机制相结合的重要作用，不断满足人民对美好生活的需要。系列文件的密集出台体现了党中央对人民健康的高度重视，以及提升人民健康的坚定信心。

重要概念

健康 亚健康 疾病 健康管理 健康风险评估 健康干预 治未病 健康中国

思考题

1. 健康管理的基本内容与基本步骤是什么？
2. 健康管理在美国是怎样发展起来的？
3. 芬兰的健康管理模式对我国有何借鉴意义？

4. 我国古代健康管理的表现有哪些？
5. 我国现代健康管理的发展历程是怎样的？
6. 健康管理与健康中国战略的发展有何现实需求？

即测即练

