

JIANKANG GUANLI JICHU



健康管理基础

● 主 编 郑文岭 刘 华
● 主 审 马文丽

华南理工大学出版社





健康管理基础

• 主 编 郑文岭 刘 华
• 主 审 马文丽
• 参编人员 王身相 孙汉顺 朱佳杰
 杨晓飞 孙立哲 高静宇

华南理工大学出版社

·广州·

内 容 简 介

本书引入小案例和最新科学动态,由浅入深地讲述了基因与人类健康的关系,内容分为三部分:第一部分为基因概述,涉及基因、染色体和人类基因组简介,基因、性状与健康之间的联系,基因、发育与健康;第二部分讲述基因对健康的影响,包括基因与亚健康、遗传病的基因异常、病原体如何入侵人类基因、基因与死亡;第三部分介绍基因治疗技术,包括基因芯片技术、基于基因的个体化疗法、转基因生物和食品安全等。

本书适用于高等院校本、专科学生,也可用于科学爱好者普及基因与健康方面的知识。

图书在版编目(CIP)数据

健康管理基础/郑文岭,刘华主编. —广州:华南理工大学出版社,2010.8
ISBN 978-7-5623-3316-6

I. ①健… II. ①郑… ②刘… III. ①人类基因-关系-健康-普及读物 IV. ①Q987-49 ②R161-49

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2010)第 119232 号

总 发 行: 华南理工大学出版社(广州五山华南理工大学 17 号楼,邮编 510640)
营销部电话: 020-87113487 87110964 22236386 87111048(传真)
E-mail: scutc13@scut.edu.cn http://www.scutpress.com.cn

策划编辑: 毛润政

责任编辑: 毛润政

印 刷 者: 广州市穗彩彩印厂

开 本: 787mm×1092mm 1/16 印张: 15.25 字数: 332 千

版 次: 2010 年 8 月第 1 版 2010 年 8 月第 1 次印刷

定 价: 28.00 元

版权所有 盗版必究

序 言

随着整体生活质量的提升,人们越来越重视自身和家庭的健康问题,健康维护和健康促进的理念越来越深入人心,健康管理作为一门科学也因此应运而生。进入21世纪,全新的健康管理理念和医疗卫生保险制度的革命,必将对健康管理市场产生一系列重大影响,也将推动健康管理研究的快速发展。

健康管理最早诞生于美国,并且迅速在一些西方发达国家发展成为一个成熟而庞大的产业。相比之下,中国的健康管理产业仍处于起步阶段,传统的医疗保健体制无论从管理体系、运作机制,还是从软硬件设施、服务质量各方面来看都无法满足现代健康管理的需求。随着我国社会经济的总体发展和持续增长,尤其是加入WTO以后,健康管理产业逐步与世界接轨,朝着专业化、市场化的方向发展,在未来的几十年里,健康管理产业有望成为国民经济增长的一个新亮点,而健康管理也将成为人们日常生活中的重要组成部分。

要促进健康管理产业的发展,必须培养大量从事该产业的高素质人才,而教材建设是人才培养的关键。由于目前国内还没有适合我们使用的健康管理方面的基础教材,因此该书的编写迫在眉睫。在编写该书的过程中,编者力求做到重点突出、条理性强,并在各个章节后配有相应的实践内容及示例,力求让读者对健康管理这门实践性较强的学科有一个全面完整的了解。

该书是在郑文岭教授的指导和组织下编写的。郑文岭教授作为美国国立卫生研究院(NIH)博士后访问学者,1998年回国后一直致力于健康产业的研究,对健康管理在中国的发展有着深刻的见解,他的参与和指导也大大提高了该书的实用性和前瞻性。

随着物质文明和精神文明的发展,人们越来越清楚地认识到,健康其实是人类最大的财富。目前健康管理企业如雨后春笋般涌现,健康管理的推动,需要更多的健康管理方面的理论和实践,同时也需要针对健康管理企业的工商管理技术的发展。广州工商职业技术学院在全国高职院校中首先设置了休闲与健康管理专业,本书的撰写,为该专业的发展做了重要的铺垫,是具有积极意义的。在此,我预祝中国的健康管理产业更加快速、蓬勃发展,更好地造福于人类的健康事业。

张学斌

2010年5月于广州



前 言

健康管理在许多西方发达国家已经发展得非常成熟，在中国也逐步显现出了巨大的市场潜力。针对我国在健康管理理论研究相对滞后、学生缺乏相关教材的现状，我们顺应时代的需要编写了这本书。

本书内容分为两部分，前半部分是健康管理的相关基础知识，后半部分是健康管理的实际操作内容。前半部分的主要内容包括国内外健康管理的发展现状、社会需求，健康管理的概念、内容、特点、基本步骤，并分别对健康干预的主要方面，包括膳食、体力活动、生活方式等做了详细介绍，教会读者如何从日常生活入手改善自己及他人的健康。后半部分囊括了健康管理的实施，包括健康信息采集与统计、健康风险的评估、健康教育与健康促进、健康干预操作技术以及疾病管理等内容。

本书采取案例、实习操作相结合的方式，深入浅出地介绍了健康管理的流程和主要操作技术，并引入了最新的基因诊断与治疗概念，使读者能够了解目前的最新技术。本书可以作为学生的专业基础教材、社会相关工作者的入门教材，也可以作为社会大众的科学读物，通过对本书的学习，即使是没有医学背景的人也可以初步掌握健康管理的要领。

本教材是在郑文岭教授的亲自指导下，由刘华老师组织编写的，南方医科大学的马文丽教授负责最后的审定。全书共分12章，第1、2、4、5章由刘华编写，第3章由王身相编写，第6、7章由朱佳杰编写，第10、11章由孙汉顺编写，第12章由杨晓飞编写。另外，孙立哲和高静宇对本书做了大量前期工作，朱佳杰和孙汉顺完成各章节实践部分内容的编写和整理。

由于时间仓促，编者水平有限，本教材错误之处在所难免，恳请读者提出宝贵意见或建议，以便改进！

编 者
2010年5月

目 录

第1章 健康管理概论	(1)
1.1 健康管理的内容与技术	(1)
1.2 健康管理的服务对象及策略	(4)
1.3 健康管理市场与前景	(8)
1.4 健康管理师	(12)
第2章 饮食与健康	(15)
2.1 膳食结构与人体健康的关系	(15)
2.2 合理膳食	(18)
2.3 食品安全与食品卫生	(20)
2.4 不同疾病的膳食原则	(25)
第3章 生活方式与健康	(40)
3.1 饮酒与健康	(40)
3.2 吸烟与健康	(42)
3.3 睡眠与健康	(45)
3.4 用药与健康	(49)
3.5 休闲方式与健康	(53)
第4章 体力活动与健康	(60)
4.1 运动与体力活动概述	(60)
4.2 体力活动对健康的促进作用	(65)
4.3 不同疾病的体力活动指导	(67)
第5章 基因与健康	(78)
5.1 基因概述	(78)
5.2 基因检测	(81)
5.3 基因的个体化治疗	(87)
第6章 预防医学基础知识	(89)
6.1 预防医学概述	(89)
6.2 分级预防	(90)
6.3 职业病和癌症的分级预防	(92)
6.4 疾病预防和控制的策略	(95)
6.5 卫生标准、卫生立法和监督	(100)



第7章 健康信息采集和统计	(104)
7.1 健康信息采集	(104)
7.2 健康档案的建立	(115)
7.3 医学统计学基础	(117)
7.4 医学参考值范围制定	(121)
7.5 统计描述与统计推断	(123)
第8章 健康风险评估	(134)
8.1 健康风险评估的 (Health Risk Approusal, HRA) 定义与历史	(134)
8.2 健康风险评估的技术与方法	(138)
8.3 健康风险评估应用	(144)
第9章 健康教育与健康促进	(152)
9.1 健康教育与健康促进概述	(152)
9.2 健康传播	(157)
9.3 健康相关行为	(161)
9.4 健康教育与健康促进计划的设计	(165)
9.5 健康教育与健康促进计划的评价	(170)
第10章 健康干预操作技能	(175)
10.1 健康干预计划	(175)
10.2 健康干预方法	(176)
10.3 健康干预实践技能	(178)
10.4 心理健康评估的操作技术	(185)
第11章 疾病管理	(191)
11.1 疾病管理概述	(191)
11.2 常见慢性非传染性疾病	(194)
11.3 疾病管理的实施	(199)
第12章 健康管理相关法律和原则	(216)
12.1 生命伦理学	(216)
12.2 与健康管理相关的人格权与身份权	(218)
12.3 与健康管理相关的公共卫生法律制度	(221)
12.4 与健康相关产品法律制度	(224)
12.5 与健康管理相关的劳动与社会保障法律制度	(229)
参考文献	(233)



第1章 健康管理概论

世界范围内因生活方式问题而引起的疾病不断上升,医疗费用不堪重负,给家庭和社会带来沉重的负担。如何实现战略前移,重心下移,从大医院的医生诊治病人转向社区对整个人群健康和疾病进行管理,是我们迫切需要解决的问题。本章节主要介绍健康管理的基本概念与内容、健康管理的对象、健康管理的市场与前景和从事健康管理工作的相关人员等。

1.1 健康管理的内容与技术

知己健康管理

“知己”健康管理是国家医学教育发展中心、中国医师协会等机构在借鉴美国健康管理成熟经验的基础上,组织国内有关专家和资源,通过近8年在全国7个省市与地区的实践而逐渐形成的一种新的医学模式。采用一、二、三级预防并举的措施,对糖尿病、高血压等慢性病患者及其高危群体存在的健康危险因素进行全面管理,通过量化饮食和运动等非药物干预手段,帮助他们建立新的健康生活方式,达到降低血糖、血压、体重、血脂等代谢紊乱指标,实现控制疾病及其并发症的发生和发展的目标,从而改善健康状况,减少医疗费用,提高生活质量。

1.1.1 健康的概念

健康管理(Health Management),严格定义上说,即对个人或人群的健康危险因素进行全面检测、分析、评估以及预测和预防的全过程,是指针对接受健康管理者存在的健康危险因素(Health Risk Factors)进行全面管理,制定针对性的健康计划,并协助实施的一系列健康提升过程。通过一整套针对性的、个性化的健康管理标准和计划,有效地利用各种资源,调动会员的积极性,使会员改善健康状态,恢复健康体质,保持健康身心。

1.1.2 健康管理的性质、内容、宗旨和特点

①性质:健康管理,就是针对健康需求对健康资源进行计划、组织、指挥、协调和控制的过程,也就是对个体和群体健康进行全面监测、分析和评估,提供健康咨询和指导及对健康危险因素进行干预的过程。

②内容:对个体和群体健康进行全面监测、分析和评估,提供健康咨询和指导



及对健康危险因素进行干预。

③宗旨：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。

④特点：标准化、量化、个体化和系统化。健康管理的具体服务内容和 workflows 必须依据循证医学、公共卫生的标准以及学术界已经公认的预防和控制指南、规范等来确定和实施。

1.1.3 健康管理的基本步骤和常用服务流程

健康管理有以下三个基本步骤：第一步是了解你的健康；第二步是进行健康及疾病风险性评估；第三步是进行健康干预。

健康管理的常用服务流程由五个部分组成：健康管理体检、健康评估、个人健康管理咨询、个人健康管理后续服务、专项健康及疾病管理服务。

1.1.4 组成部分

健康管理由以下几个部分组成：信息收集、健康体检、健康评估、健康报告、健康指导。按管理对象的不同，又分为个人健康管理和企业健康管理两个部分。

①信息收集：收集接受健康管理者的个人基本资料、生活习惯、个人医学问题（现病况、既往史、家庭史等），根据资料建立健康档案。

②健康体检：根据收集到的个人信息，从健康现状出发为其设计个性化的体检，详尽了解其身体健康状况。

③健康评估：分为疾病风险调查问卷评估及体检评估两个部分。疾病风险调查问卷是根据每个疾病的高危因素、影响条件等流行病学因素而设定的科学、专业调查问卷。评估根据调查所得结果及体检结果进行，根据医学及流行病学的相关标准而作出判定，可由人工评估及健康管理软件两个途径实现。

④健康报告：将体检结果、评估结果综合整理、分析，得出一个健康报告，即可以由报告得知自身的健康现状、疾病状况、潜在的健康危险因素。

⑤健康指导：针对接受健康管理者所存在的健康问题，从生活习惯、营养膳食、运动、心理指导、中医养生等各方面给予全方位的健康指导，并帮助其实施这些指导措施。通过有效的生活干预措施、健康改善计划、指导就医、疾病管理等举措，使接受健康管理者达到身心健康的良好生活状态。

1.1.5 健康管理的来源史

健康管理这个概念在 20 多年前出现于美国。刚开始时，做健康管理的只是保险业。保险公司为了降低风险，专门成立了健康管理中心，它为客户提供每年做体检、建立健康档案、提供保健计划等服务。很多疾病通过前期的预防和治疗能够降低得病几率。比如糖尿病，它是一种生活方式病，如果前期能够及时预防，是可以



在一定程度上避免的。但如果一旦得了此病，就需终生服药，那么保险公司就将为

此赔付大量的金钱。

最初，健康管理的概念就是进行提前干预，以降低患病风险；前期预防和诊疗是健康管理的核心概念。在经过一系列的试探、摸索之后，健康管理终于开始走向普通民众。

1.1.6 健康管理的目标

让接受健康管理者了解自身的健康状况，通过监测、评估得知自身的疾病现状、潜在疾病危险因素，从而为其设计出个性化的健康维护计划，优化其生活方式，帮助其控制病情，降低疾病危险因素，避免和延缓疾病的发生和发展，减少医疗保健费用，提升健康水平。总之，健康管理的最终目的是提高生活质量，达到身心健康的生活状态。

1.1.7 健康管理的作用

首先，通过健康管理可以有效降低患病风险；其次，通过健康管理可以有效降低医疗支出；最后，通过健康管理可以有效降低危险行为，培养良好的生活方式。

1.1.8 健康管理的科学依据

健康管理立足于找出隐藏在人群中可能引起疾病的危险因素，并加以预防或解决。存在于人生命中的危险性可分为以下3种：

①相对危险性：与同年龄、同性别的人群平均水平相比，个人患病危险性的高低。

②绝对危险性：个人在未来五年内患某些慢性疾病的可能性。

③理想危险性：个人在完全健康的状态下得到的数值。

“绝对危险性”和“理想危险性”之间的差距就是个人可以改善而且应该努力摒弃的不良生活行为。

引起疾病的危险因素可以分为“可以改变的危险因素”与“不可改变的危险因素”。“可以改变的危险因素”是随着“行为和生活方式”的改变而改变的。通过有效地改善个人的“行为和生活方式”，个人的“可以改变危险因素”的危险性就能得到控制并降低。这构成了健康管理的最基本科学依据。

例如：“不可改变的危险因素”包括年龄、性别、家族史等。“可改变的危险因素”包括体质指数（身体质量指数）（BMI）、腰围、血压、血糖、运动水平等。这些都可以随着生活行为的改变而改变，如合理膳食、增加运动、戒烟等。例如：增加运动量和合理膳食可以降低BMI和血压。这些危险因素的降低将降低多种慢性疾病的



1.2 健康管理的服务对象及策略

1.2.1 健康管理的服务对象

(1) 健康人群——为健康的人管理健康

希望保持健康身心的健康群体。已认识到健康的重要性，但健康知识不足，希望得到科学、系统化、个性化的健康教育与指导，并拟通过定期健康评估，保持低风险水平，尽享健康人生。

(2) 亚健康人群——疾病预警

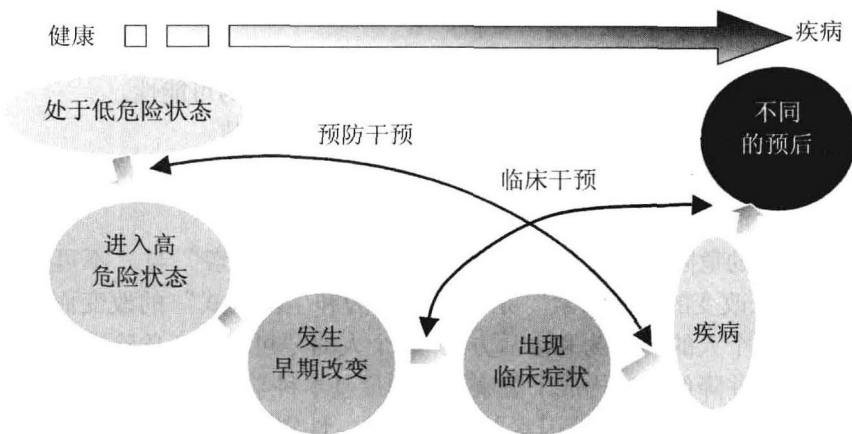
希望定期得到健康与疾病危险性评估及健康改善指导的亚健康群体。在健康顾问指导下随时监控健康状态，有意识地参与健康改善计划，提高工作效率和整体健康水平。

(3) 高危人群——降低风险

已有明显高危倾向并需要立即改善健康状况的群体。需要定期得到健康与疾病危险性评价，并在健康顾问的指导下密切监控危险因素，降低风险，及时采取干预措施，预防疾病的发生。

(4) 已患病者——专业服务

在治疗的同时希望积极参与自身健康改善的群体。需要在生活和行为方式上进行全面改善，监控危险因素，降低风险水平，延缓疾病的进程，提高生命质量。



1.2.2 健康管理的基本策略

健康管理的基本策略包含以下六个方面：生活方式管理、需求管理、疾病管理、灾难性病伤管理、残疾管理、综合人群健康管理等。



1. 生活方式管理

(1) 生活方式管理的基本概念

生活方式管理是指在科学方法的指导下培养有利于健康的习惯，改掉不利于健康的习惯，建立健康的生活方式，减少危害健康的风险因素。

(2) 生活方式管理的功能

生活方式管理的功能主要包括：帮助个体做出最佳的健康行为选择；评价个体的生活方式或行为可能带来什么健康风险及其对个体医疗保健需求的影响；预防疾病和伤害。生活方式管理的核心是预防，不仅仅是预防疾病的发生，还在于推迟和延缓疾病的发展进程（如果疾病已不可避免的话）。

生活方式管理是健康管理的最基本组成部分之一，因为对健康影响最大的因素是生活方式和习惯。

(3) 促进行为改变的干预技术

生活方式管理主要采用促进行为改变的干预技术。通常使用的干预措施有以下四类：教育、激励、训练和市场营销法，下面逐个进行介绍。

(1) 教育

传统的健康教育方法注重改变知识和态度而不关心改变个人的行为。与传统健康教育不同，现代健康管理中的教育强调个体化的教育方案，针对不同的对象建立有效的生活方式指导。个体化的教育方案是教育病人对慢性疾病进行自我管理的非常有效的方法。其中，疾病管理方案注重临床和慢性病行为管理的结合，由医务人员负责，而生活方式管理方案注重教育病人如何对自身的情况进行自我管理，即由患者自己负责。

例如，某医院为住院治疗的哮喘病患者提供自我管理信息，帮助病人学会自我管理技术，结果使哮喘复发率减少了75%，住院时间减少了54%。

(2) 激励

激励又叫行为矫正（Behavior Modification）。通过应用理论学习中得到的知识去改变环境和某种行为之间的关系，行为可以被成功地矫正。

激励的过程可以分为六类：正面强化作用、反面强化作用、反馈易化、惩罚、反馈消耗以及消除。

(3) 训练

训练是鼓励健康行为的有效方法，包括六个部分：

讲课：在教室里教授技术被合理利用的例子。

示范：详细描述技术操作过程。

实践：参与者动手练习新技术。

反馈：由训练人向学员提供行为适度和效度的反馈信息。

强化：提供奖赏性反馈，如口头表扬或物质奖励。

家庭作业：通过家庭作业鼓励个人课后练习新技术。



例如，斯坦福大学关节炎自助课程。该课程建立的目的是帮助关节炎患者更好地管理自身健康。课程中实行每周两小时训练，一共6周。课堂上，参与者学习如何更好地照顾自己，病友之间相互学习。训练后四年，参与者去医院看病的频率下降了40%。

(4) 市场营销法

市场营销是指通过社会营销和健康交流活动，帮助建立健康管理方案的知名度、增加健康管理方案的需求和帮助直接改变行为。

社会营销是通过名人效应让人们接受社会观念改变行为，如知名演员蒋雯丽为预防和治疗艾滋病做宣传。

健康交流活动是为指定的对象人群组织的与健康相关的交流会。一个成功的健康交流会必须有一份详细的健康交流计划，其中包括市场分析、市场细分、营销策略、原材料和产品分配、训练、监控、评估、管理、时间表和预算。健康交流活动越来越多地使用大众传媒。

例如，公益广告、电视剧中的故事情节都被利用来向公众传播健康风险和健康行为的信息。

2. 需求管理

许多昂贵的医疗服务实际上在临床上是没有必要的。需求管理的目的就是帮助个体选择合适的医疗方式来解决日常生活中的健康问题，控制费用，更有效地利用医疗服务。

通常，需求管理的实现方式是通过电话、互联网等来指导个体正确选择医疗服务，以满足自己的健康需求。通过决策支持信息系统等的帮助，个人可以在合适的时间、合适的地点获取合适的服务。

需求管理常用的手段包括：寻找手术的替代疗法、帮助病人减少特定的危险因素并采纳健康的生活方式、鼓励自我保健/干预等。需求管理一般是与生活方式管理结合考虑的，在设计方案时，既要干预对象的生活方式，又要减少对医疗资源不必要的浪费。

例如，某军队医疗系统开发的需求管理方案通过自我保健教育等来加强参加人的健康信心、健康知识水平和健康行为。参加者6个月后健康知识增加了，处理小毛病的自信提高了，对健康行为的实践和寻求预防性服务的承诺也增加了，他们对医疗系统的看法也改变了。

3. 疾病管理

疾病管理为患有特定疾病（慢性病）的人提供需要的医疗保健服务，主要是在整个医疗服务系统中为病人协调医疗资源。疾病管理强调病人必须监督自己疾病进展，在各个方面改善自己的行为，如坚持服药、饮食和症状监控等。病人必须每天和医护人员交流自己的疾病状态。



疾病管理内容包括：人群确认过程；循证实践指导；医生与服务提供者协调运作；病人自我管理教育；过程与结果的评价和管理；定期报告和反馈。设计和实施包含这些成分的疾病管理方案明显对患者和付费者都有利。例如，慢性病患者接受如何管理自己疾病的教育后重复看病的频率降低。

4. 灾难性病伤管理

灾难性病伤管理是疾病管理的一个特殊类型。顾名思义，它关注的是“灾难性”的疾病或伤害。这里的“灾难性”可以是指对健康的危害十分严重，也可以是指其造成的医疗卫生花费巨大，常见于肿瘤、肾衰、严重外伤等情形。灾难性病伤是十分严重的病伤，需要特别复杂的管理，经常需要多种服务和转移治疗地点。普通慢性病在强度和效果方面都是可预知的，而灾难性病伤的发生和结果都难以预计。

由于灾难性病伤的治疗过程中存在着高昂的成本和不可预知的结果的矛盾，因此，灾难性病伤管理要求高度专业化的疾病管理，解决相对少见和高价的问题。灾难性病伤管理的最终目的是减少花费和改善结果，使医疗上需求复杂的病人及其家属能在临床、财政和心理上获得最优结果。例如，脑损伤、严重烧伤、多种癌症、器官移植和高危新生儿等，需要灾难性病伤管理。

5. 残疾管理

残疾管理的目的是减少工作地点发生残疾事故的费用代价，根据伤残程度分别处理，尽量减少因残疾造成的劳动和生活能力下降。

残疾管理的主要目标是：防止残疾恶化；注重功能性能而不是疼痛；设定实际康复和返工的期望值；详细说明限制事项和可行事项；评估医学和社会心理学因素；与病人和雇主进行有效沟通；有需要时考虑复职情况；实行循环管理。例如，劳动保障部门针对工伤致残的人群、社会保障部门针对伤残人群，都需要实行残疾管理。

6. 综合人群健康管理

综合人群健康管理模式通过协调以上五种健康管理策略来对人群中的个体提供更为全面的健康和福利管理。健康管理实践中基本上应该都考虑采取综合人群健康管理模式。

一般来说，在美国，雇主需要对员工进行需求管理，医疗保险机构和医疗服务机构需要开展疾病管理，大型企业需要进行残疾管理，人寿保险公司、雇主和社会福利机构会提供灾难性病伤管理。



1.3 健康管理市场与前景

为什么美国会出现健康管理?

即使是在全球医疗卫生资源最富裕的美国,也承受不了日益疯狂增长的医疗费用。虽然美国现在以每年国内生产总值的17%用于医疗开支,但还有4200万人没有医疗保险,约占美国总人口的16%。

从政府到社区、从医疗服务机构到健康管理机构、从雇主到员工、从病人到医务人员都参与健康管理。宏观上,美国政府制定了全国的健康管理计划“健康人民”,由联邦卫生和社会服务部牵头,与地方政府、社区及专业组织合作,每十年一个循环——计划、执行、评价,旨在不断提高全国的健康水平。微观上,企业和学术界则更关注生活质量和生产效率管理,控制医疗费用,提高服务质量。医院与健康管理机构合作,强调疾病预防和健康维护、早期发现和早期治疗。

美国密执安大学健康管理研究结果是:由于实施了健康管理计划,包括美国在内的主要西方国家对于疾病的控制均取得了非常良好的成效。《中国卫生经济》曾报道如下:

美国1965—1975年冠心病患病下降40%,脑血管疾病下降50%。1969—1978年心血管疾病死亡人数减少80万人。1978—1983年胆固醇水平下降2%,血压水平下降4%,冠心病发病率下降16%。

芬兰1972—1977年男性冠心病死亡率下降24%,女性冠心病死亡率下降51%。1974—1979年冠心病死亡率下降18%。1972—1982年男性心绞痛患病率下降23%。1972—1977年脑卒中发病率下降30%。

日本由行政机关和民间健康管理组织一起,对全体国民进行健康管理。现在,日本的人均寿命已达83岁,位居世界第一。

由此可见,健康管理不仅是一个概念,也是一种方法,更是一套完善、周密的服务程序,其目的在于使病人以及健康人更好地拥有健康、恢复健康、促进健康,它对个人的疾病风险因素进行分析并针对性地预防改善,可以节约经费开支,有效降低医疗支出,预防或延缓疾病的发生。

1.3.1 健康管理在发达国家的发展现状

在西方,健康管理计划已经成为健康医疗体系中非常重要的一部分,并已证明能有效地降低个人的健康风险、降低医疗开支。随着该领域研究者的深入调查研究,终于揭示出蕴藏在其中的潜在关系。

第一,过多的就诊次数和过高的医疗费用与不健康风险因素过高相关。这是一项重要的成果,它证实了当个人的不健康风险因素增加时,医疗开支也随之增加这

一关系。

第二，医疗费用的变化随风险因素的变化而变化，而且方向一致。即：随着风险因素的增加或减少，就诊次数和费用也相应增加或减少。

个人的不健康风险因素是可以控制并降低的。哈佛公共卫生学院疾病预防中心的研究表明，通过有效地改善生活方式，80%的心脏病与糖尿病、70%的中风以及50%的癌症是可以避免的。

第三，针对低风险个人的健康管理计划是保持个人健康状态并降低医疗费用的关键。通过减少低风险或中等风险人群向高风险方向的流动，健康管理计划能有效地减少高风险人群的总数量。

总之，当今世界医学研究成果已表明：不健康的生活方式和各种风险因素将导致各种疾病和亚健康状态，这些疾病和亚健康状态是导致社会医疗保健开支增加的主要原因，同时，这些疾病和亚健康状态也是导致生产效率下降的最主要原因之一。为此，改变传统的以疾病治疗为中心的医疗模式，建立以人为中心，以健康为核心的第四医学（健康保健医学）模式，已成为当前医学发展的一个方向。

1.3.2 健康管理在中国的需求和发展现状

1. 中国对健康管理的需求迫切而且巨大

主要体现在：

（1）我国人口学特征的变化

人口老龄化是社会发展的趋势与潮流。国际相关组织的标准表明：如果一个国家60岁以上老年人口达到总人口数的10%或者65岁以上老年人口占人口总数的7%以上，那么这个国家就已经属于人口老龄化国家。

根据这个标准来看我国。第五次人口普查表明，2000年我国65岁以上老年人口已达到8811万人，占人口总数的6.96%，已经接近老龄化国家；2005年底全国1%人口抽样显示，我国总人口数达到130756万人，其中65岁以上人口达到10055万人，占总人口数的7.7%。从数据可以推断，我国已经真正成为人口老龄化国家，而人口老龄化对我国社会保障体系的挑战最为直接。

人口老龄化必然对我国医疗保障制度提出挑战。老年人是一个容易患病的特殊群体，随着人口老龄化的加剧，他们对医疗保险的需求将会急剧增加。2000年全国参加基本医疗保险的离退休人员为924万人，2001年为1815万人，2004年增加到3359万人，当年医疗保险基金支出达到862亿元，比2003年上涨31.6%。由于我国目前离退休人员医疗费用实行国家与单位共同负担的办法，因此，在离退休人员高速增长的情况下，人口老龄化对整个医疗费用的承受能力提出了严峻挑战。

（2）慢性疾病患病率迅速上升，慢性病相关危险因素的流行日益严重



全国疾病监测系统资料表明,1991—2000年中国慢性病死亡人数占总死亡人数的比例呈持续上升趋势,已经由1991年的73.8%上升到2000年的80.9%,死亡人数将近600万。

慢性病已成为我国城乡居民死亡的主要原因,城市和农村慢性病死亡的比例高达85.3%和79.5%。即使在贫困地区,慢性病的死亡也是不容忽视的,许多贫困县也已达到60%。

1991—2000年,支气管肺癌、肝癌、乳腺癌、脑血管病、冠心病、糖尿病以及交通伤害死亡率均呈上升趋势,肺癌等六种慢性病占了总死亡人数的35.76%。

2000年全国死亡人数731万,在近600万慢性病死亡者中,其中死于心血管疾病250万人、肿瘤140余万人、慢性阻塞性肺部疾患128万人、糖尿病直接死亡9万人,分别占总死亡人数的19.3%、34.0%、17.6%和1.2%。

与慢性病相关的危险因素包括:人群超重和肥胖患病率快速上升,根据2002年的统计,全国有近3亿人超重和肥胖,其中18岁以上超重率为22.8%;作为心脑血管疾病的重要危险因素,成年人血脂异常患病人数超过1.6亿,总患病率已超过18%。

此外,肉类和油脂消费增加,导致膳食结构不合理、膳食脂肪能供比快速上升以及谷类食物消费明显下降,食盐摄入居高不下,体育活动不足以及吸烟都是造成多种慢性病的不良因素。

(3) 医疗费用急剧上涨,个人、集体和政府不堪重负

1990—2004年,我国城镇居民人均可支配收入由1510.2元增加到9421.6元,增加5.24倍;农村居民人均纯收入由686.3元增加到4039.6元,增加4.89倍。与此同时,我国城乡居民人均医疗保健支出分别增加了19.57倍和5.86倍,居民卫生支出的增速远超出其收入增长速度。

20世纪90年代以来,我国医疗费用快速上涨,不仅给企业、国家和个人带来了沉重的经济负担,而且带来了严重的经济和社会后果。

(4) 健康保障模式的改变导致医疗保险覆盖率大幅度下降

当前,我国社会统筹类的医疗保险和商业性的医疗保险是居民医疗保险的最主要来源,另有少量居民享有民政救济性质的医疗救助。在2005年的调查中,有高达65.7%的居民没有任何医疗保险,虽然较2003年同期同类调查中的75.4%下降了10个百分点,但是,医疗保险的覆盖率仍然处在很低水平,特别是在人口众多而相对贫困的广大农村地区,高达79.4%的农村居民没有任何医疗保险,这部分群体一旦生病,所有的医疗费用均需自己承担。

快速增长的医疗服务费用和极低的医疗保险覆盖率,使“小病扛、大病拖”,“因病致贫、因病返贫”现象在城市、小城镇和乡村时有发生。调查显示,25.1%

