

当代卫生事业管理学术丛书

社区高血压健康管理

熊巨洋 著



科学出版社

R544.1
20141

阅 览

当代卫生事业管理学术丛书

社区高血压健康管理

熊巨洋 著

本书得到教育部人文社会科学研究青年基金项目（高血压社区管理与医疗保险有效衔接的机制研究，项目编号：10YJCZH189）；贵州省国际科技合作项目（高血压社区管理与基本医疗保险制度衔接的长效机制研究，黔科合外G字[2012]7042）；中国医疗保险协会重点项目（高血压慢病患者社区治疗现状与医疗保险就医管理、支付方式、保障水平分析，项目编号：200903）资助



科学出版社
北 京

内 容 简 介

本书是当代卫生事业管理学术丛书系列之一。全书按社区高血压健康管理的一般理论到实践研究的顺序分为7章,分别是健康与健康管理、社区高血压干预理论、社区高血压患者健康状况与自我控制、社区高血压患者医疗服务利用、社区高血压患者疾病经济负担、社区高血压健康管理策略及建议、社区高血压干预策略预测模型。在全书逻辑安排上,体现理论和实践相结合的特点。在内容体系上,以深化医药卫生体制改革作为本书出发点和落脚点,突出为国家卫生政策决策和健康管理实践服务的特点,为我国社区高血压疾病预防控制提供新的思路。

本书定位是基层卫生机构健康管理实践指导用书,同时也可以作为各级卫生行政管理部门、高血压健康管理的研究学者的参考。

图书在版编目(CIP)数据

社区高血压健康管理 / 熊巨洋著. —北京: 科学出版社, 2013

当代卫生事业管理学术丛书

ISBN 978-7-03-038745-5

I. ①社… II. ①熊… III. ①高血压—防治 IV. ①R544.1

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2013) 第 232223 号

责任编辑: 王京苏 / 责任校对: 贾如想
责任印制: 阎 磊 / 封面设计: 蓝正设计

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>

新科印刷有限公司 印刷

科学出版社发行 各地新华书店经销

*

2013年9月第 一 版 开本: 720×1000 B5

2013年9月第一次印刷 印张: 11 1/4

字数: 226 000

定价: 48.00 元

(如有印装质量问题, 我社负责调换)

丛书总序

一

《易经》有云：“举而措之天下之民，谓之事业。”卫生事业，以保障和促进人民身体健康为使命，以社会稳定和发展为目标。它关系到千家万户的幸福安康，关系国家和民族的未来。因此，卫生事业的使命是伟大的，其性质是神圣的。我们应在这一宏伟而灿烂的旗帜的指引下，运用知识、学术去推动卫生事业的发展，去解决事业发展里程中面临的问题和困境。

二

谈起卫生，人们往往将其与健康、生命相联系。诚然，卫生事业管理作为以保障公众健康为宗旨的一门学科，在经历了近三十年的发展历程后，已逐渐走向成熟；并在相关学科的渗透和影响下，其内容不断丰富、系统和科学。特别是在社会医学视野下，卫生事业管理立足于以医学和管理科学为核心的跨学科发展模式不断拓展，已经形成了卫生制度设计、卫生政策分析、卫生资源配置、卫生服务提供、卫生法律规划、卫生经济管理、卫生信息管理等多位一体的全方位、多维度研究模式。

与此同时，卫生事业体现了社会和政府的责任，卫生事业发展要求同国民经济和社会发展相协调。改革开放以来，政府对卫生事业日益重视，中国卫生事业快速发展，医疗技术水平提高了，服务规模扩大了，医疗保障制度逐步健全了，传染病有效控制了……

这些都是卫生领域的福音。但我们要肯定，困境、障碍、瓶颈同时也困扰着卫生事业的发展；公正、公平、正义等卫生价值体系需要我们去厘清和实现。而对此，知识分子是能够做一些事情的。

三

同济，蕴涵同舟共济之意。同济学人时刻投身于卫生领域，在卫生事业发展历程中，与社会各界人士同一方水土，共一番事业。华中科技大学同济医学院医药卫生管理学院始建于2001年，是全国第一所集教学、科研、培训和咨询为一

体的医药卫生管理学院，多年来广大师生群策群力，共同组建了一支充满创新和探索精神的卫生事业管理研究队伍，承担了大量国际国内研究项目，产出了一系列学术成果。

为推动卫生事业管理学科领域的发展，分享学院的学术见解，在科学出版社的大力支持下，并报有关部门批准，我们拟用3~5年时间出版《当代卫生事业管理学术丛书》，并邀请国内外知名学者担任丛书的学术顾问。

该丛书包括著作十余部，其内容主要基于学院教师承担的国家自然科学基金、国家社会科学基金、国家科学技术部支撑计划等重要科研项目成果，内容涵盖国家医疗卫生政策、医疗卫生改革、国家基本医疗保障、社区卫生与新型农村合作医疗、医院管理理论与实践、卫生人力资源、国家与区域卫生信息化、卫生与健康信息资源管理等多个领域的研究成果进行出版。

就理论研究而言，丛书将从多角度、多层次论证我国医疗卫生事业发展的宏观、微观问题，完善新时期我国卫生事业发展学术研究框架，表现并提升我国该学科的研究能力；就学术应用而言，丛书将在大量论证的基础上，提出具体方案，以支撑我国医疗卫生事业的政策规划、医疗卫生改革的深化推进、医疗卫生机构的管理运行实践；就学科发展而言，丛书将广泛借鉴国内外医疗卫生事业管理学科的重要研究成果，引入最新研究方法与手段，对我国卫生事业管理学科体系的健全、内容的拓展、方法的更新和研究的深入具有重要价值。

我们希望该丛书的出版能对卫生事业管理研究有所推动，能对卫生事业管理实践有所裨益，能对我国甚至全世界的卫生事业发展有所贡献。这是丛书所有编著人员希望看到的。但是否做到了，还留待广大的读者朋友去评判。

华中科技大学同济医学院医药卫生管理学院

2013年7月20日

前言

目前,高血压已经成为一个全球性问题。在许多国家人群中,心脑血管疾病导致的死亡占死因的第一位,对高血压及其并发症的防治已经给我国造成了严重的经济负担和社会压力。社区是开展慢性非传染性疾病危险因素干预的最适宜场所,社区卫生服务是高血压等慢性非传染性疾病防治的最适宜形式和方向,只有通过以社区为基础的慢性非传染性疾病预防与控制措施才能达到控制高血压等慢性非传染性疾病的目的。本书首先介绍健康观和医学模式的发展,阐述医学模式最新发展和系统健康观现阶段是通过社区健康管理达到高度统一的。第二章分析了当前具有代表性的健康干预理论——社区系统干预理论,指导慢性非传染性疾病干预模型的最新实践经验是对慢性非传染性疾病保健模型(chronic care model, CCM)的广泛应用,然后系统叙述了当前社区高血压健康管理的最新进展。第三章至第六章通过对社区高血压患病人群的回顾性调查,了解高血压患者的流行病学特征,患者的治疗现状、治疗效果和经济负担,包括直接经济负担和社会成本,同时通过个人问卷了解高血压患者对就医管理模式、支付方式和保障水平的评价。首先,通过从调研地区基本医疗保险中心收集的样本高血压人群的服务利用和费用支付信息,分析高血压患者年度的医疗费用结构和用药规律及特征;其次,通过收集社区卫生服务机构高血压管理综合管理方法和各地基本医疗保险政策实施情况,研究高血压患者就医管理模式对高血压控制效果及防治费用的影响;最后,利用定性和定量资料的综合分析,提出更全面的适合我国高血压患者就医管理、费用结算方式的模型,并对社区高血压等慢性非传染性疾病就医管理模式和基本医疗保险政策开发提供政策资料。第七章较全面地介绍了CHD-中国卫生政策模型研究高血压社区人群干预的经济学分析模型和在中国的最新研究结论。

近年来,随着我国人均寿命延长和各类慢性非传染性疾病增加,以及由此造成的医疗费用大幅度上涨,寻求维护人群健康并控制医疗费用增长,为健康管理在我国的发展创造了契机。从我国社区卫生服务最初的理论设计和功能定位看,也有在人群中实施健康管理的理念(如预防为主,防治结合的理念),只是目前在现实中还没有达到健康管理的实际要求。“生物—心理—社会—环境”现代医学模式应有更深层次的认识和应用,也决定了慢性非传染性疾病防治更是一项社

会性工程。将防治重心转移到社区家庭和社区单位，加大个人参与的积极性，全面提高社会社区对高血压人群的关注程度，将是今后的工作重点，也是本书希望实现的目标。

作者

2013年8月28日

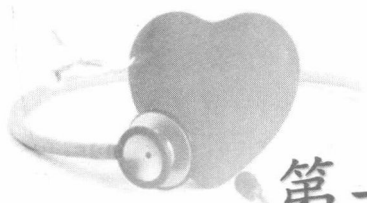
目 录

丛书总序

前言

第一章 健康与健康管理	1
第一节 21 世纪新健康观	1
第二节 健康管理及其发展	7
第三节 社区高血压健康管理	15
第二章 社区高血压干预理论	19
第一节 社区高血压系统干预理论	20
第二节 慢性非传染性疾病保健模型	30
第三节 高血压系统改变策略	42
第三章 社区高血压患者健康状况与自我控制	54
第一节 高血压患者健康状况横断面调查	54
第二节 社区高血压患者基本情况	56
第三节 高血压患者健康状况与卫生服务需要	59
第四节 调查对象高血压治疗措施和日常控制情况	65
第四章 社区高血压患者医疗服务利用	73
第一节 高血压患者两周患病与就诊情况	73
第二节 高血压患者门诊服务利用	79
第三节 高血压患者住院服务利用（基本医疗保险数据）	91
第五章 社区高血压患者疾病经济费用	108
第一节 高血压患者疾病经济负担	108
第二节 高血压患者医疗保险支付情况	110
第三节 高血压患者医疗保险满意度及原因分析	111
第四节 血压控制效果及其影响因素	113
第五节 血脂控制效果比较	120
第六节 高血压防治费用及其影响因素	121
第六章 社区高血压管理策略及建议	125
第一节 高血压患者就医流向特征与分析	125

第二节	高血压患者用药规律分析·····	129
第三节	高血压防治效果影响因素分析·····	130
第四节	高血压防治费用影响因素分析·····	132
第五节	社区高血压患者费用支付方式·····	133
第六节	加强社区高血压健康管理策略建议·····	135
第七节	社区高血压管理系统策略与建议·····	136
第八节	社区高血压管理研究总结·····	141
第七章	社区高血压干预策略预测模型·····	142
第一节	慢性非传染性疾病（高血压）干预模型·····	142
第二节	CHD-中国卫生政策干预模型·····	147
第三节	CHD-中国卫生政策干预模型实证分析·····	153
参考文献	·····	162



第一章

健康与健康管理的

第一节 21 世纪新健康观

自 1978 年改革开放以来,我国经济和社会水平迅速提高,在享受丰富物质生活的同时,越来越多的人随之患上高血压、动脉粥样硬化、脑卒中等心脑血管疾病。据全国四次卫生服务调查样本显示,1993~2008 年,医生诊断的高血压患病率有迅速增加的趋势,15 年增加了 2.2 倍,农村增长速度明显快于城市,分别增长了 3.4 倍和 1.6 倍,心脑血管疾病在 15 年内增加了 1.61 倍^[1]。虽然人类对高血压的研究已深入到分子、基因水平,且抗高血压药物可及性也大大提高,但高血压疾病并未得到真正遏制,其发病率、患病率反而一路攀升。作为世界上最大的发展中国家,我国高血压持续存在患病率高、致残率高、死亡率高和知晓率低、服药率低、控制率低的“三高三低”现象。2010 年的中国居民营养与健康现状调查结果显示,我国 18 岁及以上居民高血压患病率为 20.8%,估计全国患病人数超过 1.8 亿。与 1991 年相比,患病率上升 41%,患病人数增加 9000 多万人,我国每年有 600 万人死于高血压带来的心脑血管疾病^[2]。尽管人们对健康重要性的重视程度超过以往任何时候,但在对健康概念和健康管理(health management)的认识上,仍存在许多误区和盲点,如高血压慢性非传染性疾病人群普遍存在不愿改变生活方式、不按医嘱服药、不是重症不就医等错误认识和做法。这或许是我国高血压患者血压控制率低、病死率高的主要因素之一。从公共卫生政策角度系统分析我国高血压“三高三低”成因的研究及报告较少。在以治疗疾病为主要导向的卫生政策和服务组织格局下,大多数学者对高血压个体防治和临床治疗研究较多,很少从人群角度、社会科学角度,以新的医

学模式为指导系统研究高血压慢性非传染性疾病的公共卫生政策,这可能是我国全社会高血压防治成效不佳的症结。因此,防治高血压慢性非传染性疾病公共防治政策亟待正本清源,树立正确的健康观,构建适合我国特点的健康管理理论体系及实践模式,提高群体医务人员的慢性非传染性疾病综合干预能力,提高我国广大基层卫生机构实施高血压慢性非传染性疾病人群系统改变干预的整体实践能力。

一、健康观与医学模式演变

1948年世界卫生组织(World Health Organization, WHO)成立宣言中明确指出,健康不仅是无虚弱与疾病,而且是在躯体上、心理上和社会适应上的完好状态。这是WHO较早倡导的“三要素”健康观。自20世纪60~70年代以来,随着环境污染愈演愈烈,环境不利因素对健康的负面影响日益严重,“生物—心理—社会—环境”四要素的健康观在世界范围内逐渐得到认可。随后,WHO在1989年也提出了它的“四要素”健康观,即在躯体健康、心理健康和社会适应性基础上,加上道德健康。自20世纪以来,我们深切地体会到,生态环境失衡,给我们美丽的家园带来诸多不幸。在空气、土壤、食品、水等介质中存在的超常量、异常质的物理、化学、生物等危险因素导致我国环境与健康领域遇到了诸多新挑战,为建设和谐社会带来直接或间接的不良影响,遵循自然规律的整体健康观备受青睐,以“生物—心理—社会—环境”一体化的“四要素”健康观对维护健康更具有现实意义,成为21世纪新的健康观。

不同的健康观必然形成不同的医学模式。医学模式就是人类解释健康—疾病现象的信仰系统。在人类的历史长河中,医学模式经过多次变迁,反映了人类认识健康的螺旋式上升的演进过程。其中,以近现代的生物医学模式和生物—心理—社会—环境医学模式最具有代表性。

(一) 生物医学模式

19世纪早期,在政治和社会变革及文化思潮的影响下,唯物主义开始占优势并促进了自然科学和技术的发展,而早期以“神道医学”为特征的经验医学逐步被人们摒弃,新的理性医学观念和医学模式开始出现。这一时期最具影响力的生物医学模式在西方医学发展史中获得认可。生物医学模式所研究的医学问题必须在微生物中得以解决,健康与疾病的问题必须用生理学和生物化学的实验结果来回答。随之发展的实证研究进一步巩固了生物医学模式的地位,主流社会彻底抛弃了经验医学模式,“单因单病”和“病在细胞”的生物医学模式开始主导西方医学。每种病都有其相对应的精确病因和病变部位,疫苗、药物和手术是治疗疾病最好的方法。然而,建立在近代自然科学基础上的生物医学模式追求因果规律,把理性片面发展为“工具理性”,用“观察,假设,求证,结论”的逻辑对

生命过程进行越来越细致的分析,逐步背离了理性的完整性,使得健康—疾病的过程很容易被误解为一系列精密的机械和化学步骤的总和,生物因素(甚至是理化因素)决定一切^[3]。人体各部分的有机整合,人与环境的互相影响,躯体、精神和社会的和谐关联都不见了,人的医学被还原为普通意义上的生物学,还原为生物物理学和(或)生物化学,甚至进一步还原为非生物学意义上的物理学和化学。实践证明,单纯依赖生物医学技术并不能很好地解决当前面临的慢性非传染性疾病提出的严峻挑战。

(二) 生物—心理—社会—环境医学模式

人并不是单纯的生物人,人的社会属性决定了人的健康、疾病状态绝不仅仅由生物属性所决定,更多的是由其社会属性所决定。即使是传染病的发生和流行,也受许多非生物学因素影响,如国际和国内旅游、生物恐怖、医院感染、移民和城市化等。20世纪50年代,发达国家基本上控制了传染性疾病和感染性疾病之后,心脏病和恶性肿瘤等慢性非传染性疾病开始威胁人类的健康。心脏病和恶性肿瘤既不能用细菌或病毒解释,也不能用营养素缺乏来解释。显然单因单病的生物医学模式指导不了慢性非传染性疾病的防治,影响健康的非生物医学因素越来越多,在健康—疾病的动态平衡关系中越来越重要。

新医学模式认为,疾病的产生除了生物学原因之外,人的心理、社会、环境因素也会发挥很大影响。生物学因素不再是唯一的病因,而是和心理因素、社会因素和环境因素一起属于健康危险因素(health risk factors),即增加患病和死亡机会的因素。因此,对于人体健康来说,最重要的不仅仅是医疗,还包括改变自然环境和社会环境,以及调动人们维护自身健康的积极性,改变不健康的行为和习惯。始于19世纪40年代,因健康新需求和科学新进展所产生的多因多病的生物—心理—社会—环境新医学模式,到20世纪70年代基本成熟。在多因多病的生物—心理—社会—环境新医学模式的指导下,西方社会从决策者、医护人员到媒体和普通老百姓都积极维护自己的健康。戒烟、限酒、积极运动,早期治疗和控制高胆固醇和高血压等系统改变策略已深入医护人员和群众实践当中。

(三) 新医学模式在我国发展缓慢

当西方发达国家在生物医学模式的指导下,在人文科学和理性思维的支持下,经过半个世纪的努力,基本控制了传染病,美国人的平均寿命从1911年的46岁增加到1950年的68岁时,1949年,中国刚从战乱中走出,人均寿命只有35岁。当西方社会发现生物医学模式不能很好地解释第二次世界大战后开始在西方社会流行的慢性非传染性疾病时,我们才开始在全国范围内推广生物医学模式,控制传染病,比西方社会整整晚了半个世纪。新的生物—心理—社会—环境医学模式告诉我们,对于疾病的控制而言,不仅要考虑生物医学因素,也要考虑

心理因素、社会因素、环境因素。我们应该将资源科学合理地用于生物、心理、社会、环境等方面去维护和提高我国人民的健康。WHO 总干事陈冯富珍指出, 长期被视为伴随富裕社会的慢性非传染性疾病现在已经改变了位置。全球 80% 的心脏病、高血压、癌症和糖尿病等疾病负担现在集中在低收入和中等收入国家。慢性非传染性疾病的增加导致医疗费用的增加和对医护人员的大量需求, 给各国卫生系统造成了巨大的负担。对于我们这样一个人口众多、城镇化和老龄化进展迅速的发展中国家, 更需要及早摆脱单一的生物医学模式的束缚, 回归系统科学, 用整体观来重新组织我国医疗服务体系, 也不失为一种有远见的战略补救策略。

二、健康与健康素质

无论是“四要素”健康观还是新的医学模式, 都是从评价角度认识健康, 但并没有明确健康的本质。成民铎等^[4]认为, 健康的本质是指人与环境自觉的和谐统一的良性关系状态。“人”既包括个体, 也包括群体; “环境”(对个体而言)既包括内环境, 即生理环境、心理环境、道德素养, 也包括外环境, 即社会环境(政治、经济、文化、制度环境)、自然环境, 还包括交互环境, 即生活方式(生活习惯)、行为方式。“关系”是指身心、内外、人与环境复杂关系; “和谐统一”主要指上述三对矛盾在发展中相互依存, 平衡协调; “自觉”是指健康状况的获得不是自然的过程, 也不是盲目的追寻过程, 而是基于科学理念, 依靠科学手段, 有意识、有目的的追求过程。每个人都有获得健康的权利, 但没有人是生而健康的。“自觉”构成了健康的主观条件, “环境”构成了健康的客观条件, “和谐”与“动态”构成了健康的基本特征。

健康素质是表示健康的可能(潜在)状态的一个范畴, 是现实健康的基础。包含健康意识、健康观念、健康知识和健康能力四个层次的内容。

(1) 健康意识。健康意识是以健康为对象的一种精神现象, 包括三个要素: ①“知”, 指的是对健康的认识活动和了解程度; ②“情”, 指的是对健康的情感与情绪; ③“意”, 指的是对健康的价值认可程度和执著程度。健康意识从主体角度可分为个人健康意识和群体健康意识; 从客体角度可分为自我健康意识和他人健康意识; 依据自觉程度可分为潜健康意识和显健康意识。健康意识是健康素质的基础层次, 健康意识的增强和提高有助于个体健康观念、健康知识、健康能力的更新、充实和提高; 健康意识的淡薄, 则会制约健康素质的提高, 并最终影响个体的健康水平。健康意识决定于社会实践和社会存在, 具有社会性和能动性特征, 遵循“感性—理性—科学”的发展历程。

(2) 健康观念。健康观念是主体反映健康现实, 在意识中创造理想化健康模型的思维活动的成果, 与实际的健康活动相对应。其表现为健康理念、健康箴言, 如“生命在于运动”, “养生胜于治病”, “人对生理卫生知识的了解是一种保

健药品”，“懒惰是早衰的催化剂”等。健康观念依存于社会实践，“观念是移入人脑并在人脑中改造过的物质的东西”。不同的时代有不同的健康观念。健康观念的升华加上人生阅历的练达，就形成了健康智慧，即一种对人生的基本态度。

（3）健康知识。健康知识是人类认识的成果，是在健康实践的基础上产生又经过健康实践检验的对健康规律的反映。依据人们反映健康规律的深刻性和系统性程度，健康知识可分为健康常识和健康科学。健康常识是指对某些健康事实的判断和描述；健康科学是指通过一定科学概念体系来理解和说明健康的知识系统。由少到多、由浅入深、由片面到全面、由一元到多元、由谬误到真理、由绝对到相对，是人类健康知识运动发展的真实写照，这一过程也是人类对自身认识的深化过程。

（4）健康能力。健康能力是社会和个体基于主观意识和观念，综合运用医学、运动学、保健学、心理学、社会学等健康知识，利用客观物质条件和资源，针对特定环境，实现健康状态，达到健康目标的现实力量。健康能力是健康有可能变为现实的基本途径。

三、“治未病”兴起

早期的医学（指西方医学），尤其是希波克拉底和盖仑的理论，都是一种整体医学，它强调心与身、人体与自然的相互协调，认为健康主要受生活方式、心理和情绪状态、环境、饮食、锻炼等因素的影响，当前的医学在某种程度上已背离了它的传统。在过去 20 年里，西方已有越来越多的声音要求回到传统医学的起源。

WHO 医学专家们指出：“20 世纪是治病时代，21 世纪是保健养生时代”。医学社会史专家波特（R. Portey）^[5]指出：“医学正在经历一次严重的危机，尽管医学已经取得了巨大的成就，但是，人们对医学产生了很大的失望和怀疑。20 世纪 20 年代之后，人们对青霉素的发明、心脏的移植、试管婴儿的出生的喜悦已不复存在。相反的是，对遗传工程和生物技术带来的后果的恐惧日益增加。‘反应停’事件的灾难（导致大量畸形婴儿的出生）显示出医源性疾病的增加，都加重了对现代医学的怀疑。”

西医属于经典科学范畴，一般被称为“第一医学”。从哲学上看，它是属于本体论，也就是机械唯物论，也叫形而上学；从科学上讲，它是实证科学，即一切理论必须经过证明。它的特点是，一切经过实验，并且具有重复性。西医学者遵守经典科学概念，西医诊断人体哪个器官生病，就治疗哪个器官：阑尾感染，就把阑尾切掉；肺部生瘤，就把肺癌切掉。坏死器官可以切掉，使用健康器官可以进行移植。西医根据这一理论，预言了一些疾病的产生，也是利用同样的方法，治疗了许多相同的疾病。

中医属于扎德 (Lotfid A. Zadeh) 的模糊学范畴^[6], 一般被称为“第二医学”。中医检查病症与西医不同, 西医靠科学仪器, 而中医是靠望、闻、问、切。这样检查病症的方法主要是靠经验, 同一种疾病, 不同医生得出结论可能是不一样的, 开出的药方也不一样。所以, 它属于模糊哲学范畴。中医从阴阳出发, 阴阳是中医的基本概念, 同时也是个哲学概念, 由于阴阳本身具有的歧义, 所以造成中医医、哲不分, 众说纷纭, 玄奥难懂, 在一定程度上影响着中医的发展。中医从脉搏找病因, 属于辩证唯心论。人的眼睛有病, 中医认为病因在肝上; 耳朵有病, 病因在胆上; 所以中医治疗疾病与西医不同, 中医治疗方法是找病因, 治病去根, 这就是中医的辩证法所在。

养生祛病保健属于诙谐论, 被称为“第三医学”。它用的是辩证唯物主义的方法看待新健康观“四要素”, 因为任何物质既是矛盾的, 又是统一的; 既是相互吸引的, 又是相互排斥的, 21 世纪的养生专家把它叫做和谐相处。和谐相处是第三医学的主要特征, 人体各器官处在和谐状态下, 就不会生病。第三医学与前两个医学重要区别在于, 第一医学和第二医学是“治已病”, 而第三医学是“治未病”。

《黄帝内经》就提倡“治未病”, 是我国医药卫生界所提倡以“预防为主”战略的最早思想。“治未病”这样一种医学思想在经历了时代的发展和完善后, 现已从中医理论体系派生出来了。近年来, 我国也很重视传统的中医中药, 并大力扶持其发展。在 2007 年全国中医药工作会议上, 吴仪女士站在历史和时代发展的战略高度, 从国家经济社会发展的大局出发, 开创性地提出了开展中医“治未病”工作。2008 年 1 月, 卫生部部长陈竺在首届“治未病”高峰论坛开幕式暨“‘治未病’健康工程”启动仪式上致辞, 强调“治未病”的重要意义, 并指出通过实施“治未病”健康工程, 大力开展“治未病”服务, 对解决人类的疾病预防控制和卫生保健问题, 促进中医药事业的更大发展都具有十分重要的战略意义。

“治未病”是一种理念, 也是一种理论和方法, 更是指导人们实践与行动、达到健康的有效途径。“未病先防, 治在病先”是指对疾病各种先兆症状和高危因素进行分析, 采取必要的干预措施, 消除隐患, 降低患病风险。“治未病”的理论与方法与西方国家提出并迅速普及的“健康管理”具有异曲同工之妙。健康管理是指基于个人健康体检而建立健康档案的基础上进行全面监测、分析、评估、提供健康咨询和指导, 以及对健康危险因素进行有效干预的个性化健康管理。它是从环境、社会、心理、生物的角度来为个体提供一体化的健康保障服务, 采取现代生物医学和信息化管理技术, 协助人们有效地把握与维护自身的健康。其核心思想与“治未病”理论高度一致, 重于未病先防, 并在既病防变、病后防复中提供医疗保障服务。“治未病”的兴起为我国社区开展高血压等慢性非传染性疾病综合防治提供了绝佳的契机。

第二节 健康管理及其发展

20 世纪中后期,现代医学在经历了发现抗生素和控制诸如天花、脊髓灰质炎及麻疹等传染病的巨大胜利后,也面临着禽流感、SARS 等新出现传染病的蔓延和高血压、糖尿病、心血管疾病及恶性肿瘤等低龄化的巨大问题。尤其是心脑血管疾病和恶性肿瘤发病率不断攀升,消耗全世界几乎 70% 的卫生总费用。卫生界乃至整个社会都在思考:我们应该如何维护人群健康?过度依赖医学科学已不能从根本上解决这个问题。正如 Chu 和 Simpson^[7]在《生态大众健康:从视觉到实践》一书中讲到:“改善人类健康水平的关键存在于传统的健康领域之外”。

诞生于 20 世纪末的健康管理的科学基础和指导思想是近 60 年的医学科学成果和据此产生的新医学模式。可以说,健康管理是在先进的“生物—心理—社会—环境”医学模式指导下形成的新学科,是对现存落后过时的生物医学模式的空前挑战,是在完善无法满足人们不断增长的健康需求的现存医疗卫生体系基础上,可以帮助全面提高国民健康素质的最新成果。同时,健康管理也在弥补现有体制下医生做不了的事和没有积极性去做的事。健康管理似乎正成为整个保健体制变革中的一个模子,大家都感到这是一个方向,但至今都还没有一个确定的模型,这也为许多国家和地区提供了空间和舞台。目前,澳大利亚、新加坡、巴布亚新几内亚、老挝、菲律宾、丹麦等国家在社区、工厂、医院、学校开展了系列健康促进案例,这些案例既有共同的原则,但又有不同的特点。健康管理最早源自美国“健康管理”实践模式,美国有记录的健康管理研究有 20 多年的历史,但健康管理的思路和实践却可追溯到 80 多年前。1929 年,美国蓝十字和蓝盾保险公司进行了健康管理的实践探索。1978 年,美国密执安大学成立了健康管理研究中心,开始了健康管理的系统化研究。这标志着健康管理作为一门科学进行系统研究的时代到来。

一、健康管理概念

健康管理最早出现在美国,随后英国、德国、法国和日本等发达国家也积极效仿和实施。自 20 世纪 80 年代以来,健康管理在美国得到迅速发展,包括健康维持组织(Health Maintenance Organization, HMO)、优先提供者组织(PREFERRED PROVIDER ORGANIZATION, PPO)和个体医师协会(Individual Practice Association, IPA)等统称为有“管理的保健计划”,承担着人群的健康管理,这类组织是非营利性质,是保险业和保健服务提供者(包括内科医生、护理人员、牙医等)的联合体。接受这类组服务的人群可以以个人方式注册,也可以以集体方式注册,通过此种组织形式来承担人群的健康管理,最终实现了维护包括一般

人群和弱势人群在内的人的健康，并通过使人们有一个健康的身体，少生病或不生病来降低卫生服务成本。

进入 21 世纪后，健康管理开始在发展中国家逐渐兴起与发展。健康管理研究与服务内容也由最初单一的健康体检与生活方式指导，发展到目前的国家或国际组织（如欧洲联盟，简称欧盟）全民健康促进战略规划的制定、个体或群体全面健康检测、健康风险评估与控制管理。健康管理在众多国家快速兴起与发展的主要原因，源于几十年来世界范围内的城镇化速度加快、老龄化加速、疾病谱明显变化，即感染性疾病与母婴疾病发病的减少、慢性非传染性疾病死亡占总死亡比例持续上升、成为威胁人类健康的主要问题。而慢性非传染性疾病与不良行为、生活方式密切相关，要控制慢性非传染性疾病发病率快速上升，传统的临床医疗模式（诊断、药物和手术）和传统的预防医学（预防接种和母婴保健）都难以解决问题，因此出现了以健康教育与咨询、健康危险因素监测与控制、健康体检与评估以及不良行为干预为主要内容的综合健康服务行业，并以此催生和带动了健康管理新兴行业的发展与学术理论的进步。

健康管理的内涵和外延随着时代变化不断得到充实和完善。目前，国外学者将健康管理定义为“一种对个人或人群的健康危险因素进行全面检测、评估与有效干预的活动过程”^[8]。其目的是通过改善或改变健康服务的手段与产品提供、提高公众健康的有效组织行为，以最小的投入来获取最大的健康改善效果。将科学的健康生活方式提供给健康需求者，变被动的治疗疾病为主动的管理健康。国内早期根据《健康管理师国家职业标准》和《健康管理师》培训教材，将健康管理定义为“对个体或群体的健康进行全面检测、分析、评估、提供健康咨询和指导以及对健康危险因素进行干预的全过程”。其宗旨是调动个体和群体以及整个社会的积极性，有效地利用有限的资源达到最大的健康效果；具体做法主要是为个体和群体提供有针对性的科学健康信息并创造条件采取行动来改善健康。健康管理是以现代健康概念（生理、心理和社会适应能力）和新的医学模式（生理—心理—社会—环境）为指导，通过采用现代医学和现代管理学的理论、技术、方法和手段，对个体或群体整体健康状况及影响健康的危险因素进行全面检测、评估、有效干预与连续跟踪服务的医学行为及过程，其目的是以最小的投入获取最大的健康效益^[9]。

从国外及国内早期的有关健康管理的定义或表述中可以看出，在“健康管理是对健康风险的监测、评估与干预控制的过程，以及通过管理学方法和手段调动社会每个成员的积极性，以最小投入获取最大的健康回报”的观点上，国内外是达成共识的。不同的是，国外更加强调健康管理和健康服务产业的提供和效果评价，而中国更加突出管理学、现代医学与信息学的融合与创新。

从不同的专业角度而言，目前国内外有关健康管理的定义或概念也不尽相