

# 全民健康与医药卫生事业发展战略研究

王小宁<sup>1</sup>, 付磊<sup>1</sup>, 尹岭<sup>1</sup>, 支晨<sup>1</sup>, 李晓雪<sup>2</sup>, 刘晓云<sup>3</sup>, 尹德卢<sup>4</sup>, 王健<sup>5</sup>,  
刘冉<sup>6</sup>, 党海霞<sup>7</sup>, 刘运芳<sup>8</sup>, 杨志平<sup>9</sup>, 王陇德<sup>10</sup>, 樊代明<sup>11</sup>

(1. 中国人民解放军总医院, 北京 100853; 2. 中国武警总医院现代化医院管理研究所, 北京 100039; 3. 北京大学医学部, 北京 100191; 4. 中国社区卫生协会, 北京 100020; 5. 药物制剂国家工程研究中心, 上海 201203; 6. 清华大学医学院, 北京 100084; 7. 中国中医科学院, 北京 100700; 8. 中国工程院战略咨询中心, 北京 100088; 9. 中国人民解放军第四军医大学, 西安 710032; 10. 中华预防医学会, 北京 100021; 11. 中国工程院, 北京 100088)

**摘要:** 2014 年 6 月, 中国工程院启动了“我国全民健康与医药卫生事业发展战略研究”重大咨询项目, 深入分析了制约我国全民健康与医药卫生事业发展的瓶颈问题, 提出了相应的对策建议, 并形成研究报告。在此基础上, 项目组结合新近动态, 特别是党中央和国务院在“全国卫生与健康大会”上的指示精神, 对若干问题做进一步论述。面对全民健康日益恶化的严峻形势和人民群众“看病难, 看病贵”的难题, 本文强调应把我国医药卫生事业的重心从疾病救治模式向防控模式转移, 同时尽快调整全民健康和医药卫生事业的统领模式, 加强政府引导, 强化公民健康促进的国家意识和制度建设, 使每个公民都能自觉地参与到健康促进的行动中来, 确保全民健康促进与医药卫生事业发展新策略的高效落地, 从而实现长久可持续发展。

**关键词:** 全民健康; 医药卫生; 发展战略

**中图分类号:** R4      **文献标识码:** A

## Research on a Development Strategy for National Health Promotion and Medical and Health Undertakings

Wang Xiaoning<sup>1</sup>, Fu Lei<sup>1</sup>, Yin Ling<sup>1</sup>, Zhi Chen<sup>1</sup>, Li Xiaoxue<sup>2</sup>, Liu Xiaoyun<sup>3</sup>, Yin Delu<sup>4</sup>, Wang Jian<sup>5</sup>,  
Liu Ran<sup>6</sup>, Dang Haixia<sup>7</sup>, Liu Yunfang<sup>8</sup>, Yang Zhiping<sup>9</sup>, Wang Longde<sup>10</sup>, Fan Daiming<sup>11</sup>

(1. Chinese PLA General Hospital, Beijing 100853, China; 2. The General Hospital of Chinese PLA Police Forces, Modern Hospital Management Institute, Beijing 100039, China; 3. Peking University Health Science Center, Beijing 100191, China; 4. Community Health Association of China, Beijing 100020, China; 5. National Pharmaceutical Engineering Research Center, Shanghai 201203, China; 6. School of Medicine Tsinghua University, Beijing 100084, China; 7. China Academy of Chinese Medical Sciences, Beijing 100700, China; 8. The CAE Centre for Strategic Studies, Beijing 100088, China; 9. The Fourth Military Medical University of Chinese PLA, Xi'an 710032, China; 10. Chinese Preventive Medicine Association, Beijing 100021, China; 11. Chinese Academy of Engineering, Beijing 100088, China)

**Abstract:** In June 2014, the Chinese Academy of Engineering launched a major advisory project: *the National Health and Medical & Health Industry Development Strategy*. After conducting an in-depth analysis of the major obstacles affecting national health and the healthcare industry development strategy, this research presents a list of suggestions and forms a research report. Based on this research and combined with recent dynamics, especially the guidelines specified by the Central Committee of the Communist Party of China and the State Council regarding *the National Hygiene and Health Conference*, we further study and discuss some related issues.

收稿日期: 2016-11-30; 修回日期: 2017-03-02

通讯作者: 王小宁, 中国人民解放军总医院, 教授, 主要研究方向为免疫学和健康管理学; E-mail: 13331028301@163.com

资助项目: 中国工程院咨询项目“我国全民健康与医药卫生事业发展战略研究”(2014-ZD-06)

本刊网址: www.enginsci.cn

To solve the challenges of worsening national health conditions and increasing difficulties and costs faced by the population in seeking medical treatment, this article emphasizes that it is essential to shift our national medical and healthcare development from a cure-oriented mode to a prevention-and-control mode. We must also quickly adjust the organizational mode of our national medical and healthcare development in order to enhance our governmental guidance and system design. An additional goal is to ensure that every citizen takes the initiative to participate in health-promoting activities; in this way, we hope to achieve sustainable development.

**Keywords:** national health; medical and health; development strategy

## 一、前言

新中国成立 60 多年来，我国全民健康与医药卫生事业取得了举世瞩目的成就。解放前，中国人被称为“东亚病夫”，民众饱受饥饿、灾荒与感染及传染性疾病的危害，人均寿命只有 35 岁。新中国成立初期，在国力极为虚弱、严重缺医少药的情况下，国家通过制定“预防为主”的医药卫生发展战略，调动全社会资源，开展全民“爱国卫生运动”，改变民众的不良生活方式，积极实施疫苗接种等措施，有效遏制了严重威胁人类健康的烈性传染病和主要寄生虫病在我国的流行，国民的健康素质大幅度提升，人均期望寿命由 1949 年的 35 岁增加至 1978 年的 68 岁，总死亡率和婴幼儿死亡率大幅下降，彻底甩掉了“东亚病夫”的帽子，成为发展中国家医药卫生事业发展的典范。改革开放以来，我国社会经济高速发展，人民物质生活日益丰富，生活水平得到极大提高，国力迅速增强，已跃升为世界第二大经济体。然而，与全球所有快速发展的国家一样，极大丰富的物质生活，不但没有全面促进我国的全民健康素质，反而带来了一系列新的棘手的健康问题。随着我国经济的高速发展，工业化、城镇化进程加快，生态环境、人口结构、生活方式改变，导致疾病谱发生广泛、深刻、急剧的变化，加之民众对健康需求的日益增长，我国全民健康与医药卫生事业的发展面临严峻挑战。

面对全民健康日益恶化的严峻形势和人民群众“看病难，看病贵”的难题，中国工程院于 2014 年 6 月启动了“我国全民健康与医药卫生事业发展战略”重大咨询项目，共设“卫生立法、资源配置、医学研究、疾病预防、中医发展、人才培养、健康教育、药械研发”8 个专题。80 余位院士、近百位国家相关部委的管理干部和近千名来自学术界、产业界的相关专家参与，进行了全面的分析和研讨，凝练出我国全民健康与医药卫生事业发展中存在的

重大问题和挑战，在总结国际相关经验的基础上，执笔组根据新近的动态，结合全国卫生与健康大会上党中央和国务院提出的我国医药卫生事业的重大战略转移做了进一步梳理，就促进我国全民健康策略落地做进一步的论述，提出了我国全民健康与医药卫生事业发展的对策建议，以期为我国深化医药卫生体制改革提供有益参考。

## 二、“健康中国”不是“看病中国”，全民健康和医药卫生事业改革的重心必须转移

社会经济不断发展，健康的理念也不断更新。世界卫生组织（WHO）对健康的最新定义是：“健康不仅仅是没有疾病或虚弱，而是一种身体、精神与社会环境适应的完好状态”。健康是人的基本权利，是促进人的全面发展的必然需要，是个人全面发展，享受生活、学习、工作和关爱他人的基础，是社会经济发展和创新的决定性资源、动力和保障，也是民族昌盛和国家富强的重要标志。社会经济发展和科技进步使得人类对疾病的防控能力和诊疗水平不断提升。然而，人类在还没有完全摆脱霍乱、鼠疫、黑热病等烈性传染病袭扰的同时，又再次跌入慢性病蔓延的泥潭。正如世界卫生组织总干事陈冯富珍所言：“自 19 世纪以来，随着卫生和生活条件的改善，全球健康状况大为改善，预期寿命大幅延长。环境改善推动了传染病控制，许多主要杀手从现代社会销声匿迹。而今天，局势已发生逆转。疾病并没有在生活条件改善后消失，社会经济进步实际上反而为助长非传染性疾病的上升创造了条件。经济增长、现代化和城市化传播不健康生活方式敞开了大门 [1]。”半个多世纪以来，除撒哈拉沙漠以南的部分非洲国家以外，全球的其他国家，特别是发达国家，民众的生活环境和方式发生了巨大变化，摄食过量、久坐不动的人群越来越多。电视机、手机、互联网等的普及进一步降低了人们户

外活动的时间,超重和肥胖人群比例大幅上升,酒精滥用和烟草摄入进一步加剧了全球慢性病人数的持续攀升,已经成为全球当前最为突出的公共卫生问题,严重阻碍了全球社会经济的健康发展。早在 2002 年,WHO 发布的《世界卫生报告》就显示:慢性病导致的死亡人数已占全球死亡人数的 60% 以上,产生的疾病负担高达 47%。

与其他国家相比,我国的全民健康与医药卫生事业发展面临着更严峻的挑战。在全球大约经历了 50~70 年才出现的公共卫生新问题,在我国改革开放的前 20 年就完整地重演了一遍,且在近些年有愈演愈烈之势。因“吃的过多,运动过少”,我国超重和肥胖人群比例大幅攀升,已占到总人口的约三分之一,儿童所占的比例更高,肥胖人口居全球第二位,由此引发的高血压、糖尿病、心脑血管疾病、慢性呼吸系统疾病、精神性疾病和恶性肿瘤等慢性病的患病人数已居全球之首,接近美国和俄罗斯的总人口。由于慢性病患者或慢性病前期人群数量庞大,已成为“看病难,看病贵”的主要根源。2015 年 4 月,国家卫生和计划生育委员会发布的《中国疾病预防控制工作进展(2015)报告》显示,慢性病引起的死亡人数已占到全国死亡总人数的 86.6%,占总疾病负担的近 70%,成为我国居民因病致贫、返贫的重要原因。

我国慢性病人数量“井喷”的局面使得患者看病、治病的需求与日俱增,极大地加重了个人、家庭和社会的医疗负担。然而,由于观念的落伍和体制的限制,长期以来,对于全民健康问题,政府和社会都死抱“救治”模式不放。政府主导的多年的医疗改革无论从政策导向上,还是具体措施上,过分强调医疗机构在促进全民健康中的作用,弱化了民众作为健康促进的责任主体作用。政府的巨大投入和努力换来的却是无休止的社会诟病。此外,我国的医疗资源配置在最初是按区划的行政级别进行设计。长期以来,由于过于强调按行政级别配置医疗资源,导致医疗资源的配置严重不平衡,城乡间、区域间的医疗资源差距不断加大,优质医疗资源大都在大城市和发达地区聚集,基层医疗力量逐年萎缩,小病养成大病、小病患者扎堆三甲医院的情况比比皆是,进一步加剧了“看病难,看病贵”的现实困境。

要改变目前我国全民健康所面临的窘迫局面和

前所未有的巨大挑战,就必须从民族存亡的高度,重新审视和规划全民健康促进,尽快把医药卫生事业发展的重心从疾病救治模式向防控模式转移,努力减少患病人数,延缓患者病程,否则“看病难,看病贵”的困局将永远不能破解。在 2016 年 8 月召开的全国卫生与健康大会上,习近平总书记再次强调要把人民健康放在优先发展的战略地位,这是第一次在国家层面明确提出要将我国医药卫生事业的重心转向全民健康促进,进一步明确了党中央、国务院强力推进建设“健康中国”的决心。这一讲话必将成为我国全民健康与医药卫生事业发展和深化医药卫生体制改革的纲领性文件。

### 三、慢性病防控不仅是医学问题,而且还是社会和政治问题,全民健康和医药卫生事业的统领模式急需调整

慢性病攀升和蔓延造成的负担和威胁不但危及我国社会经济的发展和国家安全,也成为全球持续发展的最大障碍。2012 年,联合国可持续发展大会批准采取可以促进世界更公正、更清洁、更环保和更繁荣的一系列措施,并清晰地阐释了健康与发展之间的重要关系,明确全民健康是全球可持续发展的关键,慢性病造成的全球负担和威胁是当前全球持续发展的最大障碍。在联合国的可持续发展目标中,提出了全球的“全民健康覆盖计划”,该计划的提出,体现了全球可持续发展目标突出关注公平和顾及各地的弱势群体,也体现出健康促进在全球文明进程中的战略地位。

与传染病相比,慢性病成因更加复杂,社会危害巨大,防控任务更为艰巨,对其防控和干预涉及到生态环境、医疗卫生、农业、食品加工业、交通、通信等行业的各个环节,需要政府做出强有力的决断。应对慢性病等挑战已不仅仅是医学或公共卫生问题,还是一个发展问题,一个政治问题,远非传统的卫生系统力所能及 [2]。只是卫生部门单打独斗,不能保护儿童不受不健康食品和饮料的营销行为影响,无法说服各国减少温室气体排放量,亦无法让工业化食品生产商减少抗生素的大规模使用 [3]。

在过去的十几年中,美国、欧洲等西方发达国家在慢性病防控中取得了重大进展,慢性病发病率



已进入下行的拐角期，以恶性肿瘤、心脑血管疾病等为代表的慢性病病死率大幅降低，主要是政府联合多个部门采取了一系列行动，诸如控制烟草和酒精、保障环境安全以及从事农业及食品行业改革等。慢性病防治工作不是哪一个部门或者哪一个机构的事情，而是整个社会的共同责任。在涉及慢性病防治的诸多机构中，既需要有行政管理机构、社会事业单位，又需要群众自治组织和商业化组织；既需要中央一层的宏观指导机构，也需要依靠基层的执行机构。慢性病的防治并不仅仅局限于医药卫生机构，而是向城乡居民的日常生活领域（学校、社区、家庭）延伸 [4]。政府责任的履行和强化，各层级部门的配合和协作，将直接影响甚至决定着慢性病防控的整体效果。

然而，目前我国医药卫生事业的发展缺乏国家层面的整体规划和宏观协调管理，相关政府部门和社会各主体行为与现实严重脱节，资源分散、浪费情况严重，无法形成集成优势，难以适应全民健康促进需求。在中国共产党第十八届中央委员会第五次全体会议上，党中央、国务院将健康中国上升为发展国策。“健康中国”就是在国家层面上全面推动我国全民健康和医药卫生事业的发展，把医药卫生体制改革上升到全面推动社会经济发展和增进全民福祉的目标上来。要全面减少患病的人和延缓患者病程、实现全民健康促进和健康中国的伟大目标，就必须尽快调整医药卫生事业的统领模式。

统领模式的落后，还严重阻碍了我国医药卫生事业的人才培养、技术和产业创新。在人才培养方面，当前的医学教育理念落后，仍沿用以疾病为核心的医学教育模式，医学生的培养缺乏科学统筹，人文教育缺失，没有将整合医学的理念与实践贯穿到医学教育和职业培训中。如儿科医生的培养本应包含在临床医学专业的通识教育中，但有关部门在儿科医生紧缺时未将重点放在改善儿科医生行医环境和待遇上，而是在医学本科通识教育阶段单独设立儿科专业，完全背离医学人才培养的规律，也体现出决策体系的非整体性。

医学研究方面，由于缺乏国家层面的整体规划、顶层设计和统一布局，不同部门投入的资金形成的科技资源条块分割，信息共享不畅，经费“碎片化”问题严重，各个科技计划的制定者更多关注的是某

个阶段研究的资金需求，较少关注成果的转化利用；同时，一些研究项目不能得到持续性支持，往往造成创新链条脱节和研究成果搁置，已成为制约医学创新发展的新瓶颈。从国家层面加强医学研究的战略规划，整合资源，搭建基础研究、技术/产品研发、产业推广、科技服务等多类型紧密结合的全链条研究体系是发达国家的通行做法。美国国立卫生研究院（NIH）、英国医学研究理事会（MRC）、法国国家健康与医学研究院（INSERM）、澳大利亚国立健康与医学研究理事会（NHMRC）、日本医疗研究开发机构（AMED）、印度医学研究理事会（ICMR）等是代表各自国家统领医学研究的典型机构。其中，又以美国 NIH 最具有代表性。NIH 是美国最主要、最大的医学研究机构，拥有 27 个研究所（中心）；同时，也是美国医学研究最重要的管理主体，负责管理 90% 以上联邦政府主导的医学研究经费 [5]。NIH 通过收集、分析研究过往项目数据，同时紧密结合前沿领域、当前和未来的国家需求，科学规划重点发展领域，并通过组织“人类基因组计划”（1991 年）“蛋白质结构计划”（2003 年）“脑研究计划”（2014 年）“精准医学计划”（2015 年）和最近的“癌症探月计划”（2016 年）等大科学计划，长期保持其国际医学前沿领域的主导作用。医学研究在国际上已占有重要地位的日本也于近年改革了其医学研究的统领模式。2015 年 4 月，日本正式组建了“日本医疗研究开发机构”（AMED），以统一规划和管理日本的医学研究，达到世界最高的医疗服务水平。发达国家这种统一规划、部署医学研究的集中管理架构和科研管理模式保证了其医学研究管理的先进性和高效性，值得我们借鉴。

医药产业方面，由于其投入巨大，产出周期较长，而且易受技术和政策双重风险的限制，单纯以最终产品生产为导向的企业发展模式使得我国药品与医疗器械行业的集中度很低，生产仿制产品的小企业过多，成为市场无序竞争的根源，也成为医药产业难以创新发展的最大障碍。相反，在西方国家，虽然行业寡头受反垄断法的控制非常严格，但从 20 世纪 90 年代开始，国际生物医药企业的兼并行为持续不断，巨型寡头不断出现。究其原因，是因为医药寡头的出现催生出更多的小型创新企业，它们不是依靠生产出最终的医药产品而生存，而是通过向寡头医药公司转让专利和技术而发展，医药旗舰

公司的发展带动了一个国家和地区的医药创新。同样的发展轨迹也见于医疗器械行业。以美国强生公司、GE 医疗集团和美敦力公司的发展史为例，可以观察到医疗器械企业进行整合并购的整体趋势。首先是对同类产品进行资源整合，形成规模效益和协同效应来增强竞争优势；然后，企业通过并购在其他领域有优势的规模相对较小的企业来拓宽产品线；最后，有实力的企业通过收购整个同行企业，实现全球市场的发展与扩张。通过并购，优势企业的市场竞争力和原始创新能力得到持续提升。

要真正做到“将健康融入所有政策”，调动全社会资源、促进全民健康、实现长久可持续发展，除了要构建新的统领模式外，还要考虑从立法层面加以规范。当前，我国尚未建立医药卫生“母法”。现行医药卫生事业相关的法律制度分散，相当一部分法规仍限于“红头文件”，立法层次过低，且制定、执行、监督在不同部门间各行其道，难以将健康促进融入到政府行动的各个计划中，也不利于增强地区行政首长自觉推进健康促进的决心。发达国家为推动国民健康事业的发展，促进医疗和公共卫生服务的有效开展，纷纷制定了本国的卫生基本法。如英国出台了《国民健康促进法》，对促进提供国民所需的医疗服务和公共卫生公平性进行了规定；法国出台的《公共卫生法典》，规定了每个人的健康都应获得保障的基本权利；日本卫生保健领域的基础法律是《医疗保健法》，通过法律实现国家对全体国民普及卫生保健、达成卫生保健人员和设施可用性的承诺。医药卫生“母法”的制定，有助于明确政府及相关主体在实现全民健康的进程中所应承担的责任、义务，以及在明确公众健康的相关权利方面发挥重要作用，从而使推动全民健康的各项工作有法可依，在法制轨道内运行。

因此，我国要加快出台医药卫生领域的“母法”——《健康促进法》；同时，在国家层面成立一个可以协调、统领各个部门的组织机构，集中国家全部医药卫生资源，统筹公共卫生策略制定、全民健康教育、医药卫生事业人才培养、临床救治、医疗保险、创新研究和产业发展等工作的“大部”或委员会，大幅度提升我国医药卫生事业顶层设计的水平，确保全民健康促进与医药卫生事业发展新策略的高效落地。

#### 四、建设“健康中国”，政府、社会和公众的责任都不可或缺

目前，慢性病已成为影响实现“健康中国”的最主要公共卫生问题。虽然慢性病的防控较传染病更为复杂，但大多数的慢性病都是可防可控的。不健康的生活方式是慢性病人群攀升的主要根源，改善生活环境和生活方式是慢性病防控的关键。为此，2004年，世界卫生组织发布了“饮食、身体活动与健康全球战略：国家监测和评价实施情况的框架”，针对全球慢性病的挑战，发起在联合国会员国内开展慢性病防控行动计划，发挥国家作用，强化各部门间的合作，共同干预和降低慢性病的危险因素。2013年，世界卫生大会又批准了预防和控制非传染性疾病的9项全球自愿目标，其中包括到2025年遏制糖尿病和肥胖症的上升，并将盐摄入量相对减少30%，到2030年将慢性病导致的过早死亡人数减少三分之一。随后制定的“2013—2020年预防和控制非传染性疾病全球行动计划”向各会员国提供了具体的指导方法和政策方案，督促各会员国采取有效的行动遏制各国慢性病人群攀升的势头。从全球应对慢性病的形势来看，我国需要尽快开展一系列有效的慢性病防控行动，这不仅是大势所趋，更是大国责任担当的体现。

全球慢性病发病的主要诱因类似，“吃的过多，动的过少”是其中最主要因素之一。食品工业及便利店的发展是文明世界的一个标志，民众获取食物的便捷性大幅增加。目前在我国，食品配送类电商迅速崛起，使得越来越多的青年人选择足不出户就能享用外卖的饮食方式，进一步养成他们多吃少动的习惯，成为慢性病诱发的新的社会因素。由于人对食物具有很强的成瘾性，脂肪摄入又可产生欣快感，能起到缓解压力的作用。因此，单纯依靠民众自觉减少过多能量摄取往往非常困难；另一方面，人对食物又有很强的顺应性，在“强制性”适应一段健康饮食后，能够很快适应新的食物或饮食习惯。因此，政府在健康促进方面的引导作用就变得非常重要。开展贯穿儿童至成人的强制性健康教育，通过法律法规和卫生经济学杠杆来调节和引导民众健康饮食和加强运动等，都是促进全民健康的有效手段。

儿童期是人类健康意识和健康行为建立的重要



时期，良好的个人卫生习惯、健康的行为生活方式将伴随儿童成长，使其终身受益。英国是成功实施健康教育的典范。早在1928年，英国国家教育委员会就发布了《关于健康教育的建议手册》，提出了在学校开展健康教育的建议。1988年，英国政府批准建立了《1988年教育改革法》，健康教育被规定为国家课程。为了进一步强化健康教育的实效，1997年，个人、社会与健康教育（PSHE）被设定为必修课程。1999年，英国首次公布了PSHE课程框架，明确指出课程的目标就是培养儿童养成健康的生活方式，为未来的成人生活做准备。英国要求学校必须保证每周安排1h的PSHE课程，且受教育者需要通过统一的考核测试，这都体现出健康教育的强制性。相反，我国目前的健康教育体系尚不完善，健康教育往往浮于形式，缺乏强制性。根据中国人群的营养特征，尽快制定中国人的膳食标准（特别是盐和油的摄取量），并融入到健康教育与饮食监督中，是非常紧迫的工作。

政府通过制定并实施具有强制性色彩的法律法规被证明是全民健康促进的有效措施。多年的科学和临床研究证明，控制盐的摄入量可以有效控制高血压，以及由此引发的心肌梗死和脑卒中等心脑血管疾病，降低死亡率。经过10多年的努力，2003年，英国非政府组织“盐与健康共同行动组织”（CASH）终于得到政府的支持，联合英国食品标准局，共同在英国食品行业和餐饮业中发起了“减少盐，促健康”行动。不断宣传减盐的好处，让民众关注食品中盐含量的标记。在企业界的配合下，英国超市的即食食品中的盐含量减少了45%，民众的盐摄入量由2000年的9.5g减少至2011年的8.5g。就是减少的这1g盐，使得10年间，英国的高血压患病数下降明显，心肌梗死人数减少了40%，中风死亡人数下降了42%，总体死亡人数减少三分之一，减少医疗费用约15亿英镑。另外，美国疾病预防与控制中心的Thomas R. Frieden博士在2015年发表的“公共卫生的未来”一文中提到，如果美国人群能在未来10年继续将钠（主要通过盐摄入获取）的摄入量减少三分之一，将会使50万人免于死亡，节省医疗费用1000亿美元[6]。

政府、社会和公众共同努力快速提升全民健康水平的巨大作用在日本实行的“腰围行动”中也能得到很好的诠释，很值得我们借鉴。2008年，日本

厚生劳动省发布法规，规定企事业单位40岁以上的员工每年必须强制性地测量腰围，男性不得超过85cm，女性不得超过90cm。超过者必须接受为期3~6个月的强制性教育和减肥，否则将面临解聘的风险。这一行动引发广大民众对饮食和健康高度的关注，而且大街小巷唱起“不要不要Metabo（代谢综合征）”，形成了一个非常强烈的民众自行改变不良生活方式的社会环境，对实现全民健康发挥了非常明显的作用，日本人均期望寿命已跃居世界榜首。目前，我国军队施行了军人体重强制达标、军事训练与职务晋升挂钩的制度，官兵自觉改变饮食习惯，加强锻炼和健康咨询的自觉性明显增强，体能素质大幅提高。以国防意识强化民众自身健康促进意识可以成为我国实现有效防控慢性病、促进全民健康的新思路。

政府的经济杠杆在慢性病防控中也同样发挥着重要作用。为了进一步强化国民健康促进的意识，降低民众膳食中危险因素的摄取量，2011年法国对食品，特别是饮料中超标的脂肪和糖成分增收特别税，也被统称为“脂肪税”，旨在唤起国民的慢性病防控意识，同时通过强制性措施降低民众的糖和脂肪的摄取量，在慢性病的防控中发挥重大作用，取得了良好的健康促进效果。印度的肥胖人口近年来不断增长，已经成为全球第三大肥胖人口国。2016年7月，为阻止任何可能导致肥胖的食品消费，印度南部省份喀拉拉邦政府推出“脂肪税”，对在麦当劳、肯德基、赛百味等快餐厅出售的披萨饼、汉堡包、三明治等食品征收14.5%的额外消费税[7]。我国可以参照这些做法，对盐、油、糖、脂肪等超标和有害健康的食品赋予高税额，这样不仅可以进一步强化民众的健康促进意识，形成健康促进的社会环境，还可以减少慢性病的发病率，降低社会疾病负担，带来巨大的社会经济效益。

此外，医保制度建设还有待进一步完善，需充分考虑全民健康促进以及大幅提高医疗保险资金的使用效益。目前我国的医疗保险借鉴养老保险的做法，采取建立个人账户的方式。由于缺乏类似汽车保险续保中“少出险，少缴费”的激励政策，部分民众提前消费医保账户资金的倾向严重，医保卡购物、套保甚至骗保的情况屡见不鲜，“寅吃卯粮”的现状令人堪忧，部分地区医疗保险资金难以维系。医保制度应在尽可能减少对民众正常使用医疗保险

资金干扰的基础上, 进一步加强监管, 同时更需要考虑设计激励措施, 鼓励民众加强自身健康管理, 提高健康水平, 平时小病时尽量少用或不用医疗保险资金, 将医疗保险资金真正用到“刀刃”上, 实现“小病少报销, 大病多保障, 不病有奖励”, 使医疗保险资金产生溢出效应。

综上所述, “健康中国”建设需要政府的智慧和全新策略, 需要全社会的共同努力。面对目前令人堪忧的全民健康状态, 必须从民族存亡的高度, 从实现中华民族伟大复兴的“中国梦”角度, 重新审视和规划全民健康促进, 强化公民健康促进的国家意识和制度建设, 使每个公民都能自觉地参与到健康促进的行动中来。要达到这一目的, 观念、法制、体制、教育等都要进行重大的变革, 是挑战更是机遇。

#### 参考文献

- [1] 陈冯富珍. 21世纪全球卫生领域面临的管理挑战 [EB/OL]. (2015-09-30) [2016-12-05]. <http://www.who.int/dg/speeches/2015/georgetown-university-lecture/zh/>. Margaret Chan. Governance: Global health's 21st century challenge [EB/OL]. (2015-09-30) [2016-12-05]. <http://www.who.int/dg/speeches/2015/georgetown-university-lecture/zh/>.
- [2] 陈冯富珍. 慢性病不再仅仅是卫生问题 [EB/OL]. (2011-02-25)[2016-12-02]. [http://www.who.int/dg/speeches/2011/NCDs\\_20110225/zh/](http://www.who.int/dg/speeches/2011/NCDs_20110225/zh/). Margaret Chan. Chronic diseases are no longer just a health problem [EB/OL]. (2011-02-25) [2016-12-02]. [http://www.who.int/dg/speeches/2011/NCDs\\_20110225/zh/](http://www.who.int/dg/speeches/2011/NCDs_20110225/zh/).
- [3] 陈冯富珍. 世卫组织总干事陈冯富珍博士在世界卫生峰会上的主旨讲话 [EB/OL]. (2015-10-11)[2016-12-02]. <http://www.who.int/dg/speeches/2015/world-health-summit/zh/>. Margaret Chan. Keynote address at the world health summit. Dr Margaret Chan, director-general of the world health organization [EB/OL]. (2015-10-11) [2016-12-02]. <http://www.who.int/dg/speeches/2015/world-health-summit/zh/>.
- [4] 单大圣. 中国慢性病防治管理体制的变迁及评价 [J]. 卫生软科学, 2015, 29(2): 65-68. Shan D S. Changes and evaluation on management system of China's chronic disease prevention [J]. Soft Science of Health, 2015, 29(2): 65-68.
- [5] 严舒, 汪楠, 贾晓峰. 美国国家医学科研项目特点分析 [J]. 科技管理研究, 2016, 36(5): 172-175. Yan S, Wang N, Jia X F. Analysis on the management characteristics of the national medical science and technology programs in the United States [J]. Science and Technology Management Research, 2016, 36(5): 172-175.
- [6] Frieden T R. The future of public health [J]. American Journal of Public Health, 2015, 82(1): 21-23.
- [7] 唐璐, 余勇刚. 印度: 为应对肥胖征收“脂肪税” [J]. 中国食品, 2016(15): 39. Tang L, She Y G. Government of India introduces “fat tax” for preventing obesity [J]. China Food, 2016(15): 39.