

健康中国行动实施以来的效果评估及发展对策

王培刚, 曾欣, 彭迎新

(武汉大学人口与健康研究中心, 湖北 武汉 430071)

[摘要] 推进健康中国建设是贯彻党的二十大精神的重大战略部署,也是实现健康共同富裕与建设社会主义现代化强国的重要战略支撑。文章基于健康中国行动推进现状,旨在综合评估健康中国行动重点战略任务实施过程中的成效与挑战,为党的二十大以后全面推进健康中国建设以及补齐卫生健康事业发展短板提供科学、有力的证据,探索理论与实践相结合的特色健康促进道路。随着健康中国战略的全面实施,健康中国行动取得了全方位、历史性的成绩,全民健康水平显著提高,健康生活方式全面普及,健康服务体系逐渐完善,健康保障制度更加健全,健康环境建设深入推进,健康支撑体系不断强化。然而,当前健康中国行动仍面临着城乡健康生活方式不平等、健康管理服务供给与需求存在结构性矛盾、基层医疗卫生服务机构质量仍需提升、多方参与健康治理合力有待加强等挑战。对此,提出推动乡村振兴与健康中国相衔接、构建高质量的大健康服务体系、数字赋能区域健康联合体建设、改革创新健康促进社会动员机制等对策建议。

[关键词] 健康中国行动;成就;挑战;对策

[中图分类号] C92

[文献标识码] A

[文章编号] 1671-6973(2024)06-0070-18

一、引言

党的二十大报告明确指出,“推进健康中国建设。人民健康是民族昌盛和国家富强的重要标志。把保障人民健康放在优先发展的战略位置,完善人民健康促进政策。”健康是人民幸福和社会可持续发展的活水源泉,新时代背景下党和政府将人民健康置于发展的首要地位,充分体现了党维护人民健康的坚定决心,也反映了“健康”在价值理念上的深刻嬗变,逐步由“健康等于不生病”和保持健康须“以治病为中心”的传统健康观转向“以人民健康为中心”的整体健康观^[1]。以人民健康为中心的健康中国战略是全面建成社会主义现代化强国、向第二个百年奋斗目标进军征途中的时代工程,是国家顺应人民群众迫切的健康需求以及适应影响人民健康危险因素和问题不断加剧的复杂形势而作出的全方位、综合性的长期规划,为实现健康共同富裕与建设社会主义现代化强国

[收稿日期] 2024-10-20

[基金项目] 2024年国家社科基金重大项目“健康中国的实施路径和主体间关系调整研究”(24&ZD165)。

[作者简介] 王培刚(1981-),男,湖北枣阳人,社会学博士,武汉大学人口与健康研究中心主任、教授,研究方向:健康中国。曾欣(1999-),女,广东惠州人,社会医学与卫生事业管理专业硕士,武汉大学人口与健康研究中心科研助理,研究方向:健康中国、健康老龄化。彭迎新(1999-),男,河南遂平人,公共卫生硕士,武汉大学人口与健康研究中心科研助理,研究方向:健康中国。

提供了重要战略支撑。

党的十九大作出“实施健康中国战略”的重大决策,围绕健康中国建设战略部署主题,学术界在以下两个层面展开了广泛研究:在理论研究层面,学者们对习近平关于人民健康的重要论述以及健康中国建设的价值意蕴^[2-4]、理念内涵^[5,6]、战略意义^[7,8]进行深入分析,为全面推进健康中国建设提供了丰富的理论支撑与根本遵循。在实践研究层面,一是基于健康中国战略中的某一重要领域或重点内容,探讨其与健康中国建设的逻辑关系及其创新路径,涵盖医疗保障^[9-12]、体医融合^[13-15]、健康管理^[16,17]等核心内容;二是全面梳理健康中国建设在特定历史时期取得的阶段性成就,如姚力^[18]和庄琦^[19]总结了新时代十年以来,即党的十八大以来,我国在健康扶贫、疾病防控、健康保障、健康服务、健康支撑等健康中国行动关键领域的实践经验及重要成绩;三是聚焦于省级层面对健康中国建设水平的区域差异进行测度,如杨欢^[20]构建了包括健康服务、健康保障、健康环境和健康产业4个维度的健康建设水平评价指标体系,黄玉捷^[21]采用人均预期寿命、婴儿死亡率、5岁以下儿童死亡率、孕产妇死亡率和城乡居民达到《国民体质测定标准》合格以上人数比例5项指标对各省级健康水平进行评价。

综上,已有文献为新时代健康中国建设深入推进提供了有益的参考和启示,站在社会主义现代化建设新视角、贯彻健康中国建设新理念、构建健康促进战略新格局视角,以下方面仍然有待完善和拓展:一是现有研究普遍聚焦于单一的健康保障或健康服务领域,而健康中国建设是一项长期、复杂的系统工程,未能对健康中国重点战略任务进行整体性与全局性把握;二是多数研究主要采取质性研究方法,主要对我国卫生健康事业发展的历史演进过程及方针政策实践进行脉络梳理和经验总结,为此在评价健康中国核心内容或任务建设水平过程中缺乏强有力的数据支撑;三是受制于数据的可获取性,少数综合评价研究根据数据选择评价指标,主要采用健康水平维度的人群健康指标构建评价指标体系,未尝试对标其他维度的考核指标体系和要求,导致研究不具备可测量性、可监测性、可评价性。鉴于此,本文旨在利用“全面推进健康中国建设”专题调查^①获取的个体、社区层面的一手数据并结合卫生健康领域的宏观数据和政策文件资料,以评估健康中国行动实施以来的阶段性成效、推进过程中面临的困境与难题,最后为新时代健康中国行动未来发展的总体方向提出对策建议。

二、健康中国行动实施以来取得的主要成绩

世界各国健康促进战略均建立起相对应的健康绩效评估机制,如美国健康公民计划、日本健康21计划等,但对于健康促进战略实施效果缺乏统一的衡量标准。2016年10月,中共中央、国务院颁布《“健康中国2030”规划纲要》(简称《纲要》),首次提出了健康中国建设水平的评价指标体系,包括健康水平、健康生活、健康服务与保障、健康环境和健康产业等13个维度,明确了健康促进战略绩效评价的中国标准;2019年10月,《健康中国行动(2019—2030)》提出了15项健康促进专项行动及其结果性和倡导性指标;2020年,《健康中国行动2021—2022年考核指标体系》确定了全国31个省(区、市)健康中国行动省域考核的预期性指标与约束性指标。对标《纲要》指标任务及相关健康绩效考核指标体系,健康中国行动已基本实现提升全民健康水平的核心政策目标,婴儿死亡率、人均体育场地面积、产前筛查率等6项指标提前达到2025年或2030年考核目标值,详见表1。

表1 2021年健康中国行动实施以来的取得的主要成绩及考核目标值

指标	基期水平	2021年水平	2022年目标值	2030年目标值	目标完成情况
健康水平					
人均预期寿命(岁)	76.7	78.2	77.7	79	+
婴儿死亡率(‰)	6.8	5.0	≤7.5	≤5	++
5岁以下儿童死亡率(‰)	9.1	7.1	≤9.5	≤6	+
孕产妇死亡率(1/10万)	19.6	16.1	≤18	≤12	+
自评健康得分 ^② (分)	——	78.65	——	——	——
抑郁量表得分 CES-D8 ^③ (分)	——	5.00	——	——	——
健康生活					
居民健康素养水平(%)	14.18	25.40	≥22	≥30	+
人均体育场地面积(平方米)	1.66	2.41	——	2.3	++
国家学生体质健康达标率(%)	2019年 23.8	33	——	60	——
人群健康体检率 ^④ (%)	——	54.19	持续提高	持续提高	——
基本实现荤素搭配人数比例 ^⑤ (%)	——	75.97	——	——	——
经常参加体育锻炼人数比例 ^⑥ (%)	2014年 33.9	55.29	≥37	≥40	++
经常保持充足睡眠人数比例 ^⑦ (%)	——	85.11	——	——	——
15岁以上人群吸烟率 ^⑧ (%)	2015年 27.7	21.25	<24.5	<20	+
不饮酒或饮酒频率较低人数比例 ^⑨ (%)	——	67.78	——	——	——
健康服务					
产前筛查率(%)	61.1	85.70	≥70	80	++
二级以上公立综合性医院设老年医学科比例(%)	——	53.40	>50	90	+
三级中医院设置康复科比例(%)	——	——	75	90	——
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(%)	2015年 18.5	15.3%	——	≤13	——
乡镇卫生院、社区卫生服务中心提供中医非药物疗法的比例(%)	99.49	99.22	100	——	——
甲乙类法定传染病报告发病率(1/10万)	222.06	193.46	——	持续下降	——
养老机构以不同形式为入住老年人提供医疗卫生服务比例(%)	93	2020年 >90	100	持续改善	——
近一年参加健康宣教活动人数比例 ^⑩ (%)	——	50.43	——	——	——
健康保障					
每千常住人口执业(助理)医师数(人)	2.44	3.04	——	2025年 3.2	——
城乡居民医保政策范围内住院费用基金支付比例	2018年 65.6	69.3	——	2025年 70	——
个人卫生支出占卫生总费用的比重(%)	28.8	27.70	27.4	25	——
“15分钟医疗卫生服务圈”人数比例 ^⑪ (%)	——	——	——	——	——
健康环境					
地级及以上城市空气质量优良天数比率(%)	78.0	87.50	85.6	持续改善	+
地表水达到或好于 III 类水体比例(%)	67.9	84.90	83.5	持续改善	+
城市人均公园绿地面积(平方米)	14.01	14.87	——	2025年 14.78	++
国家卫生城市占比(%)	——	59.96	——	50 以上	++
“15分钟健身圈”人数比例 ^⑫ (%)	——	72.43	——	2025年 100	——

资料来源:考核指标及其目标值来源于《“健康中国 2030”规划纲要》《健康中国行动 2019—2030》《健康中国行动 2021—2022 年考核实施方案》;调研数据来源于 2022—2023 年“全面推进健康中国建设”专题调查;非调研数据具体来源于《中国儿童发展纲要(2021—2030 年)》《2021 年我国卫生健康事业发展统计公报》《2021 中国生态环境状况公报》《中国城市建设统计年鉴》《2017 年全国体育场地统计调查数据》《2021 年全国体育场地统计调查数据》《2022 年中国卫生健康统计年鉴》《2021 年度国家老龄事业发展公报》《2021 年全国医疗保障事业发展统计公报》《2022 年全国医疗保障事业发展统计公报》《2017 年生态环境统计年报》《2021 年生态环境统计年报》,World health statistics 2022

注:考核结果对标国家层面发布的健康绩效评价指标体系,“+”即达到 2022 年目标值,“++”即提前达到 2025 或 2030 年目标值;未写明年份的基线水平值,均为 2017 年数值

(一)全民健康水平显著提高:不断适应社会主义现代化强国建设的健康要求

《纲要》提出了“三步走”阶段性战略目标,即“到 2020 年,主要健康指标居于中高收入国家前列;到 2030 年,主要健康指标进入高收入国家行列;到 2050 年,要建成与社会主义现代化国家相适应的健康国家”。如表 2 所示,我国主要健康指标均高于全球中高收入国家平均水平,重点人群健康水平得到显著提升,其中孕产妇死亡率居于高收入国家行列(见表 2)。2012—2021 年我国人均预期寿命从 73.5 岁提高到 78.2 岁,提高了 4.7 岁。2021 年,我国 5 岁以下儿童死亡率为 7.1‰、婴儿死亡率为 5.0‰和孕产妇死亡率为 16.1/10 万,相较于 2012 年分别下降了 6.1‰、5.3‰和 8.4/10 万^③,率先完成健康中国行动 2022 年考核目标以及联合国可持续发展目标,健康建设水平居于世界同等收入水平国家前列,不断适应社会主义现代化强国建设对人民健康提出的要求。

表 2 不同收入水平国家主要健康指标

收入	人均预期寿命(岁)	孕产妇死亡率(1/10 万)	5 岁以下儿童死亡率(‰)	婴儿死亡率(‰)
中国	77.59	10.30	1.60	6.77
高收入国家	81.06	14.37	0.92	3.93
中高收入国家	76.47	33.83	2.41	10.37
中低收入国家	69.82	176.71	9.22	35.40
低收入国家	65.05	276.72	14.95	48.08

资料来源:The Institute for Health Metrics and Evaluation, GBD 2019[EB/OL]. (2020)[2023-07-10]. <https://www.healthdata>

注:由于统计口径不一致,数据具有一定差异。根据《2019 年我国卫生健康事业发展统计公报》,我国孕产妇死亡率为 17.8/10 万,5 岁以下儿童死亡率为 7.8‰,婴儿死亡率 5.6‰

(二)健康生活方式全面普及:影响健康的风险因素得到有效控制

健康生活方式与行为是影响居民健康水平的关键因素,普及健康生活被置于健康中国行动的优先发展位置。自 2007 年全民健康生活方式行动以来,全国已有超过 96%的县(区)开展了全民健康生活方式行动^④,通过健康知识普及、合理膳食、全民健身、控烟、心理健康等专项行动的多领域联动,影响居民健康的风险因素得到全方位干预与控制。我国居民基本形成合理膳食、适度运动、充足睡眠、戒烟限酒、定期体检的健康生活方式,基本实现荤素搭配人数比例为 75.97%,经常参加体育锻炼人数比例为 55.29%(远超 2022 年 37%的目标值),经常保持充足睡眠人数比例为 85.11%,15 岁以上人群吸烟率降至 21.25%(达到 2022 年小于 24.5%的目标值),近一年没有饮酒行为或饮酒频率较低人数比例为 67.78%,人群健康体检率达到 54.19%。更进一步,采用潜类别分析方法对居民健康生活方式进行分型,“健康型”“混合型”和“风险型”生活方式的条件概率依次是 37.37%、33.87%和 28.76%(见表 3),“混合型”“风险型”生活方式中体现个体健康管理主观能动性的“荤素搭配”“经常锻炼”“定期体检”3 种“主动健康”行为表现良好,表明我国居民以健康型生活方式为主,且整体自我健康管理意识较强,能远离吸烟、饮酒健康风险因素。为提供主动健康的

环境支持,我国全民健身投入资源不断扩容增量,公共体育场馆专项补助资金逐年提升,2020 年底人均体育场地面积达 2.2 平方米,健身步道总长近 21 万公里,每千人配备社会体育指导员 2.16 名^⑤，“15 分钟健身圈”覆盖人群达 72.43%，全民主动健康的格局基本形成。

表 3 我国居民健康生活方式的潜类别分析^⑥及条件概率(N=4193)

变量		潜类别 1	潜类别 2	潜类别 3
每天饮食荤素搭配	1=是	0.874	0.442	0.562
	2=否	0.126	0.558	0.438
经常参加体育锻炼	1=是	0.675	0.477	0.457
	2=否	0.325	0.523	0.543
近一年未吸烟	1=是	0.923	0.865	0.513
	2=否	0.077	0.135	0.487
近一年未饮酒	1=是	0.859	1.000	0.000
	2=否	0.141	0.000	1.000
每天睡眠充足	1=是	0.884	0.800	0.870
	2=否	0.116	0.200	0.130
每年定期体检	1=是	0.673	0.433	0.477
	2=否	0.327	0.567	0.532
潜类别名称		健康型	混合型	风险型
潜类别概率		0.3737	0.3387	0.2876

资料来源:调研数据

(三)健康服务体系逐渐完善:全生命周期健康维护能力明显提升

全民健康是健康中国建设的根本目的,健康中国行动立足于全人群和全生命周期两个着力点,强化对生命不同阶段主要健康影响因素与健康问题的干预,全生命周期的医疗卫生服务体系基本建立,切实改善了全人群健康水平以及重点、脆弱人群的健康状况。老年健康服务资源配置更加合理,基本构建起综合连续、覆盖城乡的老年健康服务体系,老年人享有免费健康体检服务以及家庭病床、上门巡诊等居家医疗服务。妇幼健康服务更加注重“预防为主”的政策导向,加强对孕产妇、农村妇女等脆弱人群的健康管理与预防保健服务,2021 年孕产妇系统管理率、产前筛查率分别为 92.9%和 85.7%^⑦,农村妇女两癌筛查服务成效显著,农村乳腺癌发病率低于城镇;进一步落实儿童优先原则,更强调对儿童早期生命历程的干预,将干预时间前置于婚前、孕前、孕产期、新生儿期和儿童期,持续开展儿童视力不良、龋齿、肥胖、脊柱侧弯等危险因素的筛查干预工作,维护儿童早期在健康、安全、教育、福利、家庭、环境、法律保护等领域的权利。各地针对影响群众健康的重大疾病和突出问题,强化综合防控措施对心脑血管疾病、癌症、慢性呼吸系统疾病、糖尿病等重大慢性病,以及各类重点传染病、地方病的健康管理与预防控制,有效遏制发病率上升,重大慢性病过早死亡率低于全球平均水平。例如,湖北省于 2019 年颁布《影响群众健康突出问题“323”攻坚行动方案(2021—2025 年)》,着力解决影响群众健康的 3 类重大疾病、2 种基础疾病与 3 类突出公共卫生问题,有效降低了人群发病率和致死率。

(四)健康保障制度更加健全:多层次多功能健康保障体系基本成型

健康保障制度是对国民预防保健、疾病治疗、康复护理、健康促进、健康教育等健康服务内容进

行综合保障的制度^[22]。健康中国战略实施以来,我国积极推动“医疗保障制度”向“健康保障制度”转型,以顺应人民群众日益增长的健康需求,健康保障制度更加健全。健康中国战略实施以来,我国不断促进卫生健康事业高质量发展,覆盖全民、统筹城乡、功能完备的多层次健康保障体系基本成型,医疗、养老、康复、护理、安宁的多功能整体协同发展。全民医保覆盖的局面基本形成,基本医疗保险参保率为94.63%^⑧,同时持续实施精准参保扩面,提高学生儿童和新生儿、流动人口等重点人群参保率;随着多元复合型医保支付方式改革、医疗服务价格机制改革、药品耗材集中带量采购制度常态化、审评审批制度改革等医疗卫生体制改革的深入推进,进一步减轻群众就医负担,居民住院待遇水平在政策范围内基金支付比例稳定在70%左右,居民个人卫生支出比重由2012年的34.34%下降至2021年的27.7%;中医药服务“治未病”优势功能得到彰显,2017—2021年中医医院和中西医结合医院数量及占比逐年提升,与综合医院、专科医院“疾病治疗”功能相辅相成、互相补充(见表4)。老龄健康保障制度不断健全,大力推动老年医学科建设与医养结合服务发展,截至2021年底,我国已建成老年友善医疗机构的综合性医院5290个,设有临终关怀(安宁疗护)科的医疗卫生机构1027个,建立医疗卫生机构与养老服务机构签约合作关系的达7.8万对;长期护理保险试点成效初显,护理院数量由2017年的349个增至2021年的849个,占全国医疗机构数比例的8.75%,试点地区失能群体基本生活权益和长期照料需求得到保障,生活水平和生命质量显著提升。在健康中国战略指导下,健康保障制度与积极应对人口老龄化战略深度融合,形成了健康老龄化的“中国方案”。

表4 按机构类别分类的全国医疗机构数(单位:个)

	2017	占比	2018	占比	2019	占比	2020	占比	2021	占比
综合医院	18921	60.93%	19693	59.66%	19963	58.11%	20133	56.88%	20307	55.56%
中医医院	3695	11.90%	3977	12.05%	4221	12.29%	4426	12.50%	4630	12.67%
中西医结合医院	587	1.89%	650	1.97%	699	2.03%	732	2.07%	756	2.07%
民族医院	284	0.91%	312	0.95%	312	0.91%	324	0.92%	329	0.90%
专科医院	7220	23.25%	7900	23.93%	8531	24.83%	9021	25.49%	9699	26.54%
护理院	349	1.12%	477	1.45%	628	1.83%	758	8.40%	849	8.75%

(五)健康环境建设深入推进:影响健康的主要环境因素得到有效治理

爱国卫生运动是具有中国特色的环境卫生运动,是全民积极参与健康环境营造的集中体现,有效改善了城乡环境卫生状况,极大提升了城乡居民文明卫生素质,切实提高了居民对居住环境的幸福感和获得感。一方面,从健康环境治理的微观视角,健康环境促进专项行动的大力推进,促使城乡居民健康生产生活环境状况得到显著改善,大气、水、土壤污染防治、公共安全、食品安全等方面监测不断深化,影响健康的主要环境危害因素得到有效治理。健康环境建设关键考核指标提前达到2022年目标值,如地级及以上城市空气质量优良天数比率高达87.5%,地表水达到或好于Ⅲ类水体比例达到84.7%;城市人均公园绿地面积达到14.87%,提前达到2025年14.78%的目标值;人民群众居住环境的幸福感和获得感不断提升,我国居民对当前环境卫生满意度评价相比5年前提高了近10%。另一方面,从健康环境营造的宏观视角,健康中国建设通过政策试点机制实现健康促进政策场域的快速扩散,“健康”逐渐嵌入到城乡规划、建设和管理的全过程,形成卫生健康综合治理的强大合力。在省域层面,全国31个省域响应健康省域示范区建设,因地制宜争创健康中国

建设的省域示范样板,形成以“健康浙江”为代表的卫生健康领域高质量发展建设共同富裕示范区典型经验,实现了以点带面、全面铺开。在市域层面,自2016年以来,全国38个城市启动健康城市试点建设,2021年国家卫健委颁布30个健康城市(区)样板示范名单;2012—2021年十年间,全国创建了一批卫生城镇和健康城市样板,其中国家卫生城市(区)277个,占累计创建数量462个的59.96%;国家卫生县城(乡镇)3269个,占累计创建数量3751个的87.15%^⑨。自此,健康省域、健康城市、健康县区、健康乡镇的健康细胞全链条体系已基本建成,为“将健康融入所有政策”机制的全面推进夯实了政策载体。

(六)健康支撑体系不断强化:全方位健康促进政策体系基本建立

组织保障机制是确保健康中国行动可持续实施的重要支撑,能够强化各级政府推进健康中国建设主体责任,提高地方政府推进健康中国行动的内生动力。健康中国建设的组织保障机制逐渐完善,具体以《纲要》和《行动》为宏伟蓝图和行动纲领,以监测评估机制和考核评价机制为抓手,全方位的健康促进政策体系基本建立。截至2023年6月,全国31个省(区、市)均成立了健康中国行动推进议事协调机构,61.61%的省域建立完善省级健康中国建设或健康中国行动网站,83.87%的省域建立了完善的健康中国行动考核评价实施方案以及落实考核工作,90.32%的省域组织成立了专家咨询委员会,构建起协调推进机制、监测评估机制、考核评价机制、宣传推广机制、支撑保障机制等“五位一体”的组织保障机制^⑩。随着省域层面健康中国行动组织保障机制健全,地方政府推进健康中国行动的责任不断压实,全国卫生健康资源实现扩容、提质与增效。如图1所示,全国每千人卫生技术人员数、每千人口执业(助理)医师、每千人口注册护士数明显增加,十年间分别增长约61.3%、56.7%和92.4%;2021年全国医护比为1:1.17,相比2012年1:0.95发生了根本性的扭转,健康人力资源队伍规模逐渐壮大并朝着高质量方向发展(见图2)。2012~2021年,十年来卫生总费用占GDP比重呈上升趋势,从2012年5.2%上升至2021年的6.7%(见图3);2021年,全国医疗卫生机构数为103.1万个,比2012年增长约8.49%,全国医疗机构床位数增长约65.1%,全国已基本形成“15分钟基本医疗卫生服务圈”,稳定持续的资金投入、规模化的医疗服务资源为卫生健康事业高质量发展提供了强有力的支撑与保障。

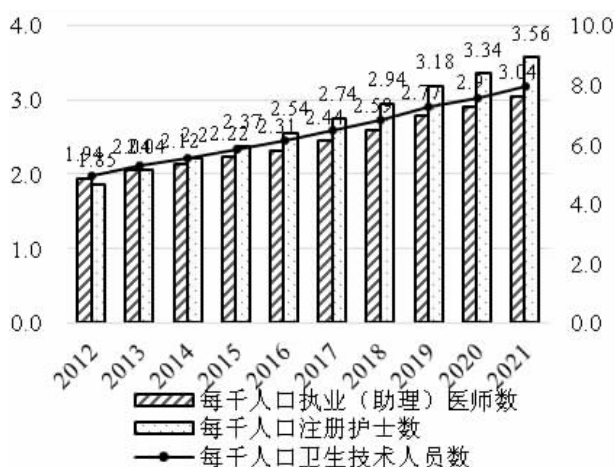


图1 全国每千人卫生技术人员数、执业(助理)医师数与注册护士数

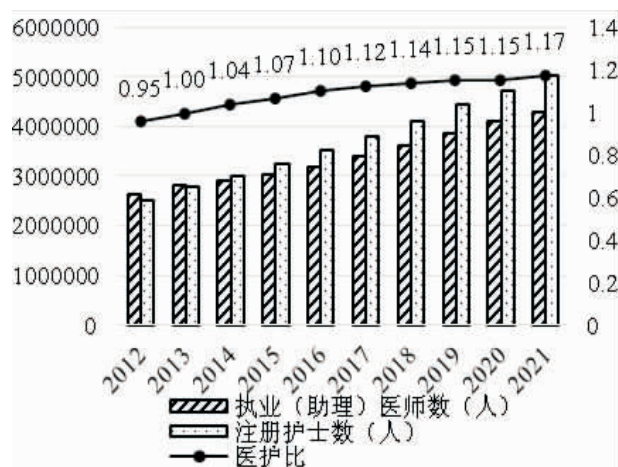


图2 全国执业(助理)医师和注册护士比例

数据来源:2013—2017年《中国卫生和计划生育统计年鉴》;2018—2022年《中国卫生健康统计年鉴》。

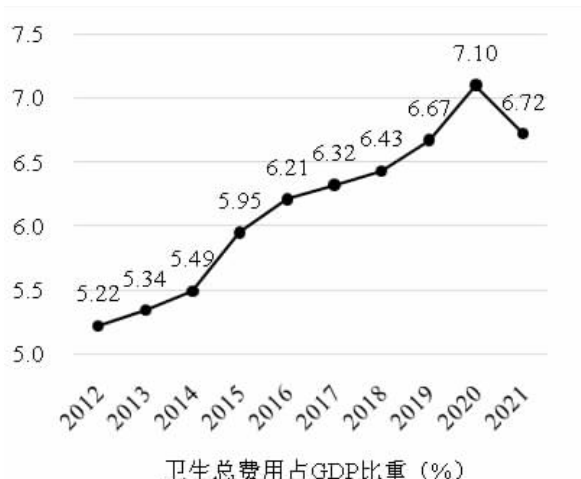


图3 全国卫生总费用占GDP比重



图4 全国医疗卫生机构与医疗卫生机构数

数据来源:2013—2017年《中国卫生和计划生育统计年鉴》;2018—2022年《中国卫生健康统计年鉴》。

三、健康中国行动推进过程中存在的主要挑战

健康中国建设涉及健康生活、健康服务、健康保障、健康环境、健康支撑等多领域、多任务的纵横交织,致使健康中国行动的实施兼具复杂性、动态性、艰巨性,从而必然需要关注健康中国行动的现实推进情况,及时瞄准健康中国行动发展短板与挑战。

(一)健康生活方式不平等,城乡居民健康机会不公平

《“健康中国”2030规划纲要》和《中共中央关于制定国民经济和社会发展第十四个五年规划和二〇三五年远景目标的建议》均强调健康中国建设要实现促进健康公平的核心目标。随着健康素养促进行动的加快推进,2012—2021年我国居民健康素养与健康生活方式与行为素养水平均稳步提升,尤其是2020年后受到突发公共卫生事件影响,居民健康素养出现上升“拐点”,全民健康生活方式及卫生习惯发生前所未有的变化,但城乡居民之间仍存在着巨大的“健康鸿沟”(Health Gap)。从健康素养水平来看,城市居民和农村居民之间始终存在4%—8%的水平差距,且相比2012年呈现进一步扩大的趋势。与城乡二元分割的格局相一致,我国城乡居民的健康状况也存在明显的差异,在居民健康差距中,既有合理的差距,也有不合理的差距,即健康机会不平等^[23]。

根据Dahlgren和Whitehead^[24]在1991年建立了健康社会影响因素的经典模型,认为个体行为与生活方式的选择会给健康带来决定性的影响。从健康生活方式来看,城乡居民健康生活方式的3种类型^②在整体趋势上大致相同,但每种类型的比例存在一定差异,健康型的城市居民占总体的47.6%,农村居民占比为40.7%;风险型的城市居民占总体的19.8%,农村居民占比为20.2%(见图5和图6)。一是在思想观念方面,城乡二元发展模式使得农村发展长期落后于城市,从而在农村地区产生“健康堕距”现象,即在固有的历史条件下农村居民逐渐形成了较为薄弱的预防保健意识,这种健康意识和观念具有强烈的连续性和固化性,不易与物质条件的改善形成同频共振^[25]从实际情况出发,调研发现多数农村居民忙于农业生产生活,无暇注重不良生活方式转变,同时受传统文化习俗影响,健康观念相对落后,对提升健康素养的重要性认识不够,故难以实现健康生活方式的推广。二是在资源配置方面,农村地区健康教育与促进的硬件支持不足,乡镇政府和村委会对健康教育的重视程度不足且缺乏经费支持,基层社区人员的科普专业性不够且缺少精力,乡村健

康教育宣传栏设置数量少、更新慢、缺乏维护,健身器材配置密度低,且健身设施较为陈旧、单一,存在只建设不管理、只使用不维护的现象。农村地区人居分散、交通不便、体育设施落后等也是阻碍居民形成健康生活方式的重要原因。

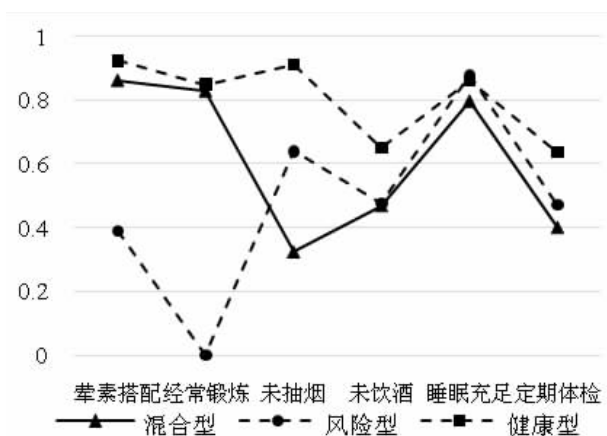


图5 城市居民健康生活方式类型及条件概率

数据来源:调研数据

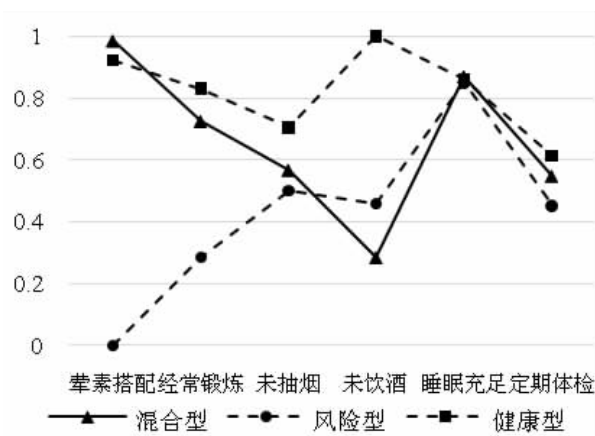


图6 农村居民健康生活方式类型及条件概率

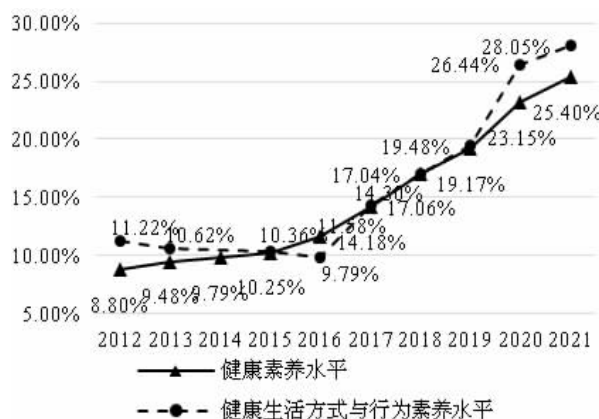


图7 我国居民健康素养与健康生活方式与行为素养水平

数据来源:2012—2021年《中国居民健康素养监测报告》

注:(1)2014年我国居民健康生活与行为素养水平具体数据缺失。(2)公民健康素养包括了三方面内容:基本知识和理念、健康生活方式与行为、基本技能

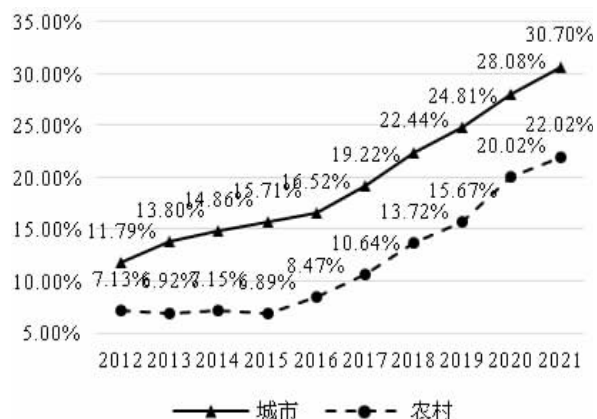


图8 我国城乡居民健康素养水平

(二)健康服务功能不健全,健康服务供需存在结构性矛盾

随着居民生活方式的变革及健康决定因素的转变,我国居民疾病谱发生了深刻变化,新发传染病、重大传染病总体防控形势依然严峻,慢性非传染性疾病成为影响居民健康的主要健康问题,如缺血性心脏病的死亡率在30年间上升了20.6%,肺癌死亡率上升了28.2%^[26],同时呈现多重慢病(multimorbidity)交织的特征。通过调研发现,我国居民患病率最高的疾病类型为心脑血管疾病,高达8.63%;其次为消化系统疾病以及以糖尿病为代表的内分泌系统疾病,患病率分别为4.86%和4.84%(见图9)。当前,心脏病、恶性肿瘤、脑血管疾病、呼吸系统疾病、内分泌营养代谢等慢性重大疾病成为威胁人民生命健康的主要疾病(见图10),也是我国居民疾病负担的主要构成部分,容易导致“因病致贫”“因病返贫”问题的频发。此外,我国正经历着前所未有的人口结构与人口规模的重大变化,当前社会人口结构呈现以老龄化、少子化、区域人口增减分化为主的特征,2021年60

岁以上人口达到总人口的 18.9%,老年人口抚养比已突破 20%。面对慢病共病防治与积极应对人口老龄化“双重压力”,必须贯彻预防为主的健康工作方针,推动健康关口前移至疾病发生前的预防阶段,实现全民健康并不能仅仅依靠住院治疗,还需要疾病预防、门诊、康复、临终关怀等多个环节的提升与配合^[27]。

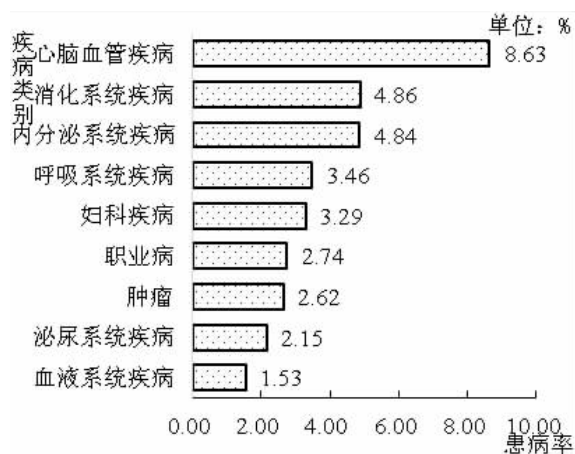


图9 影响居民健康最主要的疾病类别及患病率情况

数据来源:调研数据;《2020年中国死因监测数据集》

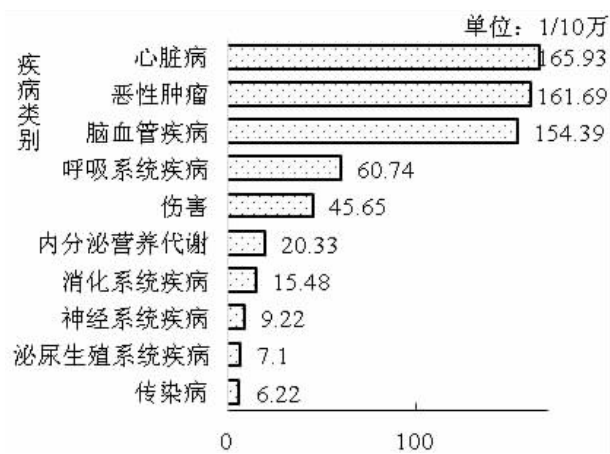


图10 我国居民疾病死亡率分布

长期以来,我国健康管理服务仍处于“重治轻防、医防分离”态势,健康管理服务供给主要面向具有治疗需求的患者,缺乏从生命历程的视角关注和预防健康风险,无法满足慢病共病人群、老年群体等脆弱人群对健康服务提出的连续性、多层次需求,健康管理服务供给与需求存在结构性矛盾。见表4,从资源配置的角度,健康管理服务体系存在财政投入机制不健全、组织实施机构较少、人力资源严重不足的问题。一是我国在公共卫生领域的投入力度不足,2016—2019年财政公共卫生投入占GDP的比重约为0.22%—0.23%,2020年在新冠疫情背景下增至0.38%,同时期美国、英国这一指标平均为0.5%和0.4%,在2020年甚至达到1.1%和0.7%^②,远超我国公共卫生财政投入水平;二是财政拨付制度执行不顺畅,预算层层下达的分配制度也严重影响资金使用效率,从中央财政到基层单位的到账周期平均达9个月,健康管理服务资金拨付流程长、拨付不到位的情况较为普遍^[28]。三是基层健康管理服务人员,特别是村卫生室人力不足、服务能力较弱,2021年我国全科医生数量仅达到3.08名/万人,而WHO提出的标准为每万名居民至少配备5名全科医生,全科医生和村卫生室人员队伍难以高质量完成现行政策规定的基层承担40%的公共卫生服务工作量,而且通过调研发现基层卫生人员提供健康管理服务的主动性不够、宣传度不广。四是健康管理服务内容多样性不足、预防功能不齐全,对中医药健康服务、科技智慧健康服务、康复医疗服务等重视不足、优势尚未挖掘。居民健康档案管理服务方面只注重“建档率”而不关注档案信息的更新和维护,慢性病管理服务方面漏诊率较高或只注重诊断而不注重疾病控制。

表4 全国公共卫生资源状况

维度	指标	2016	2017	2018	2019	2020	2021
公共卫生 财力支持	政府公共卫生投入(亿元)	1691.69	1885.84	2038.52	2211.59	3878.59	—
	政府公共卫生投入占卫生总费用比重(%)	3.65	3.59	3.45	3.36	5.37	—
	人均基本公卫服务标准(元)	45	50	55	69	74	79

维度	指标	2016	2017	2018	2019	2020	2021
公共卫生 机构数量	疾病预防控制中心(个)	3481	3456	3443	3403	3384	3376
	健康教育所/中心/站(个)	163	165	177	170	174	184
	妇幼保健机构(个)	3063	3077	3080	3071	3052	3032
公共卫生 人力资源	每万人专业公共卫生人员数(人)	6.31	6.28	6.34	6.41	6.56	6.79
	每万人全科医生数(人)	1.51	1.82	2.22	2.61	2.90	3.08
	平均每村村卫生室人员数(人)	2.25	2.30	2.34	2.35	2.37	2.28

资料来源:2017—2021年《中国财政统计年鉴》;2016年《我国卫生和计划生育事业发展统计公报》2017—2021年《我国卫生健康事业发展统计公报》;2017年《中国卫生和计划生育统计年鉴》;2018—2022年《中国卫生健康统计年鉴》;OECD Health Statistics (database), <https://doi.org/10.1787/data-00349-en>

注:全科医生、村卫生室人员不属于专业公共卫生机构人员,但需承担基本公共卫生服务职责

(三)健康保障资源不均衡,基层医疗卫生服务机构质量仍需提升

分级诊疗制度是合理配置健康保障资源的重要举措,有助于促进医疗服务体系高效运行,提高基层医疗服务能力。按照分级诊疗制度设计的“基层首诊、双向转诊、急慢分治、上下转诊”政策目标,居民应在基层医疗卫生机构完成首诊,在基层医疗机构无法诊治的情况下再转入上级医院,但在实际调研中发现居民对分级诊疗的政策遵从性较低,越级诊疗现象较为常见。作为分级诊疗的首要环节,基层首诊在推进过程中暴露出居民对基层医疗服务机构信任度不足的问题。目前接受基层首诊的人群比例仅为69%,而在不愿意接受基层首诊的群体中,认为医疗服务机构的“医疗水平不高”“设备设施不齐全”以及“担心延误治疗”三个原因比例超过85%。通过回归分析发现,受教育程度越高的居民,更可能因为设备设施不齐全、医疗水平不高、担心延误治疗而不接受基层首诊(见表5)。居民对就医机构的选择体现了其对自身疾病状况、医疗机构设备设施与医疗服务水平的综合考量,三级医院“人满为患”而基层医院“门可罗雀”的反差现象也反映出医疗卫生资源布局、医疗卫生服务质量对患者医疗机构行为决策的关键影响。

表5 我国居民不接受基层首诊的原因回归分析(N=4192)

变量(括号内为参照组)	定义	设备设施不齐全	医疗水平不高	担心延误治疗
性别(男)	女	1.152	1.056	1.137
民族(汉族)	少数民族	0.813	0.809	1.148
年龄青年(18—39岁)	中年(40—64岁)	1.135	1.247*	1.114
	老年(≥65岁)	0.537**	0.781	0.716
受教育程度(小学及以下)	初中	1.060	1.051	1.242
	高中/中专	2.642***	2.058***	2.27***
	本科及以上	3.068***	2.341***	2.557***
户口类型(农业户口)	非农业户口	0.920	1.134	0.926
现居地(城区)	城乡结合区/乡镇/农村	0.905	0.985	0.774**
就业状况(在业人员)	离退休人员	1.438**	1.215	1.241
	其他	0.905	1.073	1.115
婚姻状况(未婚)	已婚	1.114	1.272	1.333*
	离异/丧偶/其他	1.302	1.287	1.764**
家庭年收入(0—5万元)	5—8万元	0.926	1.004	1.138
	8—15万元	1.043	1.227	1.215
	15万元以上	1.053	1.189	1.439**
是否参与医疗保险(是)	否	0.999	1.191	1.468

资料来源:调研数据

注:***、**、*分别表示1%、5%及10%的显著性水平

究其原因,症结在于优质医疗服务资源的需求不断增长与基层医疗卫生机构供给能力不足之间的矛盾。2009年新医改以来,尤其是健康中国行动实施以来,尽管国家大力推进基层医疗机构综合改革,加大对基层医疗卫生机构的投入,基层医疗服务资源实现了量的增长与质的提升,但健康保障资源分配不均衡问题依然存在,这也是造成就医秩序悖离分级诊疗制度的重要原因之一。具体而言,优质医疗服务资源普遍集中在大城市和大医院,农村和边远地区以及基层医疗服务资源,且社会医疗保险制度的设立以职业和地区分割为基础,导致城乡之间、职工与居民、地区与地区之间在医疗服务资源配置、医疗服务可及性以及医疗服务质量上存在很大差距^[29]。如图 11 所示,基层医疗卫生机构数量稳步增加,从 2012 年的 91.3 万个增长至 2021 年的 97.8 万个,增长了 7.14%。与此同时,三级医院作为优质医疗资源代表,其机构数和床位数的规模迅速扩张,从 2012 年的 1624 个增长至 2021 年的 3275 个,增长近 1 倍,2021 年床位数增长至 322.9 万张,约为基层医疗机构床位数的 1.9 倍(见图 11 和 12),而 2021 年基层医疗卫生机构卫生技术人员数为 330.2 万人,仅为三级医院的 0.46 倍^②。基层医疗卫生机构发展未实现由粗放式扩张转向精细化管理方向,在资源配置更注重设备要素而不是人才要素,在卫生技术人员储备上严重匮乏,基层难以吸引人才、留住人才,进而造成基层医疗机构服务质量不高、居民对其信任度不足的局面。



图 11 三级医院与基层医疗卫生机构数

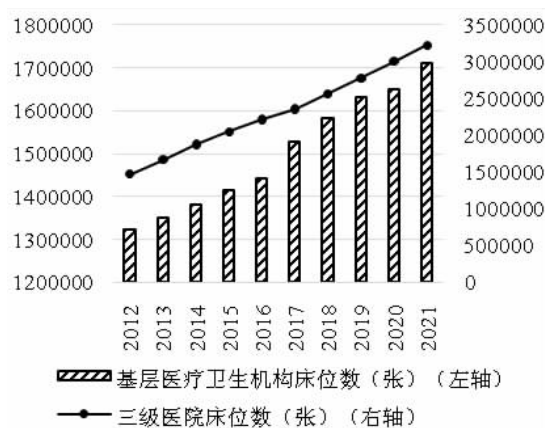


图 12 三级医院与基层医疗卫生机构床位数

数据来源:2013—2017 年《中国卫生和计划生育统计年鉴》;2018—2022 年《中国卫生健康统计年鉴》

(四)健康支持环境待改善,多方健康治理合力有待加强

上世纪的爱国卫生运动更注重医疗卫生基础设施等硬件完善以及基本卫生常识的普及,而改革开放以来特别是新时代的爱国卫生运动更偏向常态化,具有长期性、连续性、预防为主的特点^[30],更注重健康文明生活方式的养成、卫生健康观念的培养,更强调个人在健康促进中的自我健康管理主体责任以及政府、企业、社会组织、家庭等多元主体协同治理格局的创建。为此,健康生产生活环境建设是一个共建的过程,不仅局限于单纯的环境卫生治理,更包括一切与居民健康密切相关的健康服务保障环境、体育公共服务环境等健康支持环境建设。家庭与社区养老支持体系是我国养老服务模式的重要支撑,但“老年友好型”社会环境尚未建成,仅有 20% 的受访老年人家庭进行了居家适老化改造^②,且配备日间照料中心和养老院(敬老院)的社区占比仅为 34.3% 和 29.4%,无法适应人口老龄化与健康老龄化对适老化环境建设的要求。“全民健身友好型”社会环境尚未建成,跑道或步道在社区体育健身设施的配置率为 54.3%,羽毛球、排球、网球场或足球场在社区体育健身设施的配置率低至 30% 左右,全民健身公共服务体系有待加强(见图 13)。

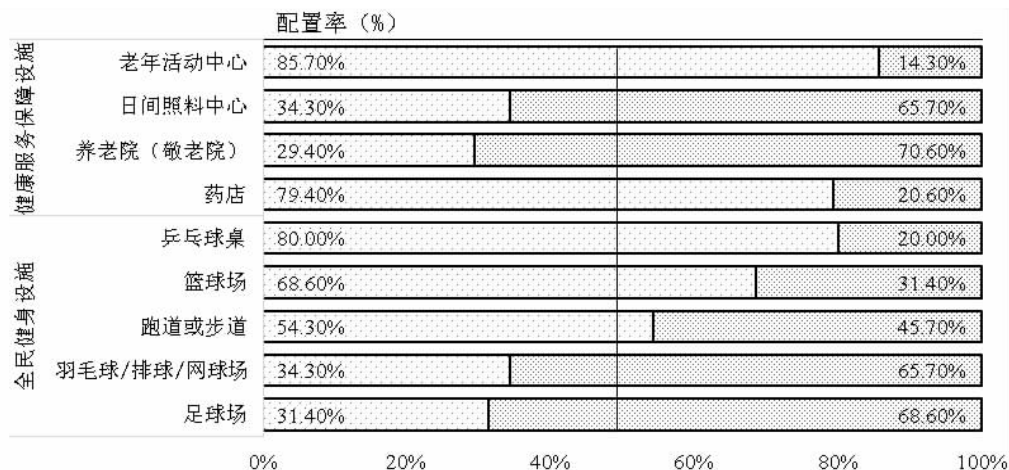


图 13 2021 年我国社区社区公共服务设施建设情况

数据来源:调研数据

全社会共建共享的氛围不够浓厚,政府、个人和社会共建共享的多方健康治理合力尚未形成。从个人角度,作为自身健康的第一责任人,我国居民参与健康产业和健康事业人数比例为 48.7%^⑧。从社会参与角度,个人、社会力量参与健康事业和健康产业的作用未得到充分发挥。以社会办医为例,2021 年《国务院办公厅关于推动公立医院高质量发展的意见》和《“十四五”国家临床专科能力建设规划》发布,提出将“以公立医疗机构为主体、非公立医疗机构为补充,扩大医疗服务资源供给”,“要加强公立医院建设,加快建立现代医院管理制度,提升医护人员培养质量与规模”。当前的政策趋势仍将进一步拉大公立医院与民营医院的差距,对民营医院的医疗服务质量提出更高的要求。见图 14 所示,2015 年民营医院在数量上超过公立医院,2018 年起增长速度趋于放缓,民营医院占全国医疗机构数的比例在 2021 年高达 70%。民营医院在数量上占据优势,但医疗服务供给能力与公立医院差距明显,见图 15 所示,民营医院 2021 年床位数为 220.65 万张,仅占全国医疗机构数的 30%,2021 年诊疗人次为 6.1 亿人次,仅占全国医院诊疗人次的 16%,反映民营医

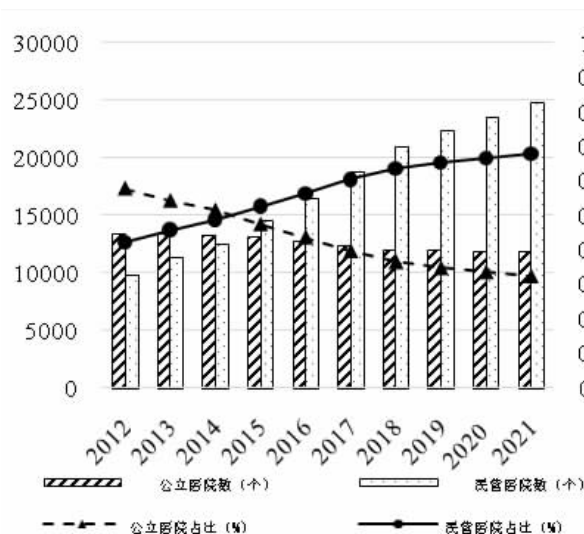


图 14 全国民营医院数与公立医院数

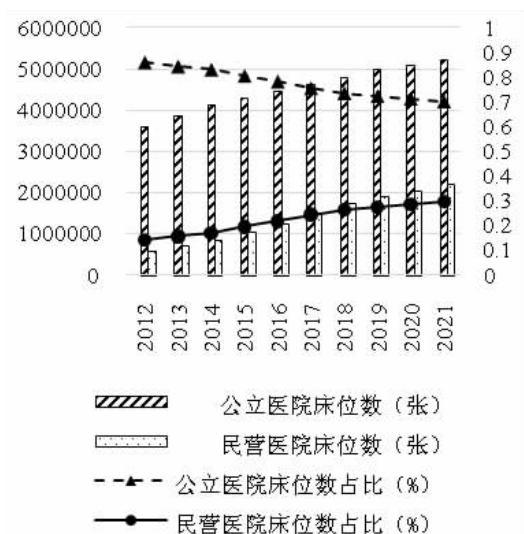


图 15 全国民营医院床位数与公立医院床位数

数据来源:2013—2017 年《中国卫生和计划生育统计年鉴》;2018—2022 年《中国卫生健康统计年鉴》

院普遍规模较小、医疗服务能力较低的特点。从医疗机构经营性质来看,目前我国医疗服务体系主要以公立非营利性医疗机构为主,尽管近年来全国非营利性医疗机构与营利性医疗机构在机构数量和床位数量的差距在逐渐缩小,营利性医院的床位数数量和占比增长却相当缓慢,这与营利性医院在数量、规模、布局以及大型医用设备仍受到限制有关,不利于激发社会力量参与健康产业建设的积极性。

四、健康中国行动推进的总体方向与未来展望

基于健康中国行动推进现状的综合分析以及宏观层面对于健康中国相关战略方针的政策内涵的把握和理解,如乡村振兴战略、积极应对人口老龄化战略、数字中国建设等重要战略部署,我们提出新时代背景下健康中国行动推进的总体方向与适应社会主义现代化强国建设的关键措施,以期促进人民健康与经济社会协调发展,为实现中国式现代化注入力量源泉。

(一)推动乡村振兴与健康中国衔接,实现健康共同富裕

推动健康乡村建设既是健康中国战略在广大农村地区落地见效的必然要求,也是促进乡村振兴的应有之义^[31]。保障农民获得优质、高效的健康服务,推动城乡医疗资源互济共享是未来健康中国建设的重中之重,也是实现共同富裕的题中应有之义^[32]。要把握好乡村振兴战略、新型城镇化战略、区域协调发展战略与健康中国战略的衔接逻辑,促进战略部署顶层设计之间的资源融合与相互支撑,不断巩固健康扶贫成果,建立因病返贫的排查监测、信息通报、重点帮扶机制,继续落实医保参保补贴、县域就医“一站式”结算等健康帮扶措施,坚决守住因病返贫的警戒防线。要将爱国卫生运动与改善农村基础设施融合发展,强化健康细胞工程意识,在健康细胞建设中促进农村公共道路、卫生厕所、健身场所等设施的完善。激发农村健康自治的活力,切实发挥村居公共卫生委员会的职责,面向村民宣传医药卫生政策、开展专题式健康教育讲座、协助开展国家基层公共卫生服务项目,提高农民获取健康服务保障的可及性和公平性,缩小城乡医疗健康服务差距,保障农民健康权利和实现健康公平。促进农村体育建设与健康中国建设的深度融合,尝试发掘农村体育文化潜力,因地制宜地打造诸如贵州“乡村篮球赛事”等特色体育赛事,在用体育筑牢农村健康基石的同时为乡村振兴谋求破局新思路,从而实现发挥先富带动后富效应、巩固脱贫攻坚成果、优化以城带乡格局的效果。

(二)构建主动健康的大健康服务体系,促进人口数量与质量长期均衡发展

习近平总书记指出,“要坚定不移贯彻预防为主方针,坚持防治结合、联防联控、群防群控,努力为人民群众提供全生命周期的卫生与健康服务”^[33],这为全面推进健康中国建设从“以治病为中心”向“以人民健康为中心”转变指明了具体方向。建构以健康为中心的健康服务体系,要从需求侧与供给侧双维度实现健康关口“前移”。在需求侧,要激发个体参与健康行为的积极性与持续性,增强全民的自我健康管理能力与主动性。引导全民践行积极主动的健康生活方式,大力推广易于实践的运动项目,如八段锦、太极拳等中国传统健身方式,并根据不同年龄群体设计个性化的“运动处方”,以此提升全民的健康素养与生活质量。在供给侧,要完善“以预防为导向”的健康管理服务投入保障机制。加大基层公共卫生投入,优化健康服务项目经费管理流程,逐步将健康管理服务纳入医保目录范围,提升医保基金配置效率,营造良好政策支持环境引导社会资本进入健康管理领域,扩展健康服务筹资渠道。要响应积极应对人口老龄化战略,提升健康管理服务质量,促进老年医学

学科建设,畅通国家基本公共卫生服务与家庭医生签约服务的衔接通道,通过对家庭医生开展技术指导、专题培训,促使家庭医生提供分人群、精细化的健康管理服务。开拓“大健康”产业新态势,加快科技成果在健康管理领域的转化应用,通过智能健康监测、远程健康互动、早期健康干预等途径提升健康管理服务的效率和质量,延长全人群寿命和提升生命质量,将人口健康素质的优势转化为中国式现代化的可持续发展动力。

(三)数字赋能区域健康联合体建设,促进优质健康保障资源下沉基层

数字政府建设是推进国家治理体系和治理能力现代化的重要途径^[34],要秉持“以人民健康为中心”理念,有效发挥数字政府的引领和统筹作用以全面提升健康中国建设水平。健康服务保障体系作为健康中国的重要组成部分,其组织结构由碎片化走向整体性能够实现服务功能整合和区域资源互补,促进优质健康服务保障资源扩容下沉和区域合理布局。在“互联网+”、大数据、人工智能等前沿数字技术赋能下,探索以健康为导向的区域医疗健康联合体改革路径,通过数字化手段搭建先进地区与落后地区的虚拟健康资源共享平台,构建以人民健康为中心的跨区域、跨体系、跨部门协同合作机制,逐步缩小城乡、区域、人群之间健康服务保障水平差距。具体围绕医疗、养老、康复、护理等人民群众关切的健康需求,通过医联体和养联体等组织形式,整合、联动、盘活区域优质健康服务保障资源,补齐基层技术水平不高、人才队伍短缺、设备设施不齐全等短板,辐射带动基层健康服务保障水平提升,进而提高区域健康服务保障资源利用整体效率和水平。总体而言,健康保障资源配置要转变过去重点配置硬件转向投向人力资源发展,从粗放式资源扩容向集约性、高质量、高效化转变。

(四)改革创新健康促进社会动员机制,加快推进将健康融入所有政策

共建共享是健康中国建设的基本路径,强调发扬公共精神与激发社会治理活力,亟需转变以政府为主导的建设思想,形成全社会共同推进健康中国建设的强大合力^[35]。要凝聚全民健康的社会共识,明晰各参与主体、各政府部门的健康合作权利与义务,建立政企合作的协调推进机制,激发各参与主体尤其是社会力量健康促进的主动性,充分发挥各主体资源禀赋条件在健康环境营造、健康教育科普、体育休闲健身等非医疗干预领域的补充作用。在医疗干预领域,倡导构建多元办医格局,鼓励和支持社会力量举办非营利性医疗服务机构。为实现这一目标,政府可以通过提供税收减免、用地优惠等财政政策来降低创办成本,并设立专项基金给予启动资金或运营补贴,简化注册登记手续,缩短审批周期,为社会力量进入医疗领域创造更加便捷的环境。保障非营利性医疗服务机构持续参与,需建立健全行业标准和质量控制体系,强化定期评估与专业培训,增加财务和服务信息的透明度,促进公平竞争环境,支持技术创新与应用,提升服务质量与公众信任,确保其在健康中国建设中发挥重要作用。在参与重心上,社会力量应重点关注高层次医疗服务需求,利用资本、技术优势提高我国医药领域技术创新能力,实现生物医药产业重大突破,开拓新兴医疗服务产业或兴办紧缺型医疗机构(如康复医院、老年病医院、护理院等)等方向。除了健康促进部门外,个人及社会力量等主体应不断适应“新医改”以及健康中国建设对构建全生命周期健康服务体系的新要求,寻找健康建设参与的新机遇和新突破。

[注 释]

① 调研数据来源于2021年10月至2022年6月开展的“全面推进健康中国建设”专题调查数据,该调查采用分

- 层、多阶段、概率与人口规模成比例的抽样方法选取 10 个省(直辖市)、23 个城市,对 15 岁以上城乡居民进行入户调查。此次调查共发放问卷 4500 份,回收有效问卷 4195 份,问卷有效回收率为 93.20%。
- ② 自评健康得分范围 0—100 分,得分越高,自评健康状况则越好。问卷调查通过询问居民“如果 0 分是最差,100 分是最好,您给自己目前健康状况打几分?”计算得到。
- ③ CES—D8 抑郁自评量表:得分范围为 0—24 分,分数越高,抑郁症状越严重;一般以 8 分为分界点, ≤ 8 分为健康心理状态, > 8 分为抑郁状态。问卷调查询问居民 CES—D8 抑郁自评量表计算得到。
- ④ 问卷调查通过询问居民“您体检的频率?”计算得到。
- ⑤ 问卷调查通过询问居民“近一周,您有几天的饮食能够做到荤素搭配?”计算得到。
- ⑥ 根据《健康中国行动(2019—2030)》,经常参加体育锻炼是指每周参加体育锻炼频度 3 次及以上,每次体育锻炼持续时间 30 分钟及以上,每次体育锻炼的运动强度达到中等及以上。问卷调查通过询问居民“近一周,锻炼身体的频率?”计算得到。
- ⑦ 根据《健康中国行动(2019—2030)》,成人每日平均睡眠时间(小时)的目标是 7—8 小时,因此经常保持充足睡眠人是指每日睡眠时长为 7—8 小时。问卷调查通过询问居民“近一周,您每日平均睡眠时长是多少个小时”计算得到。
- ⑧ 问卷调查通过询问居民“过去 12 个月,您是否吸烟?”计算得到。
- ⑨ 问卷调查通过询问居民“过去 12 个月,您是否喝酒?”计算得到。“频率较低”指“每月一次”和“每年几次”。
- ⑩ 问卷调查通过询问居民“近一年,您是否有参加宣教活动?”计算得到。
- ⑪ 问卷调查通过询问居民“离您住所最近的乡镇卫生院/社区卫生服务中心步行大概要多久(分钟)?”计算得到。
- ⑫ 问卷调查通过询问居民“您距离周边最近的运动场所(体育馆、健身房或者公园),不行需要花费多少分钟?”计算得到。
- ⑬ 《2012 年我国卫生和计划生育事业发展统计公报》,中国政府网, <http://www.nhc.gov.cn/mohwsbw-stjxxzx/s7967/201306/fe0b764da4f74b858eb55264572eab92.shtml>, 2013 年 6 月 19 日;国家卫健委规划发展与信息化司:《2021 年我国卫生健康事业发展统计公报》,中国政府网, <http://www.nhc.gov.cn/guihuaxxs/s3586s/202207/51b55216c2154332a660157abf28b09d.shtml>, 2022 年 7 月 12 日。
- ⑭ 《2021 年度国家老龄事业发展公报》,中国政府网, https://www.gov.cn/fuwu/2022-10/26/content_5721786.htm, 2022 年 10 月 26 日。
- ⑮ 国家体育总局:《国家体育总局关于印发“十四五”体育发展规划的通知》, <https://www.sport.gov.cn/zfs/n4977/c23655706/content.html>, 2021 年 10 月 25 日。
- ⑯ 采用潜在类别模型(Latent Class Model),通过潜在类别变量来解释外显变量之间的关联,使外显变量间的关联通过潜在类别变量来估计。本研究的外显变量共有 6 个,包括饮食、吸烟、喝酒、体育锻炼、睡眠和体检 6 个行为变量。
- ⑰ 国家统计局:《中国妇女发展纲要(2021—2030 年)统计监测报告》, http://www.stats.gov.cn/sj/zxfb/202304/t20230417_1938687.html, 2023-04-20。
- ⑱ 问卷调查通过询问居民“您本人目前是否享有医疗保险?”计算得到,与国家医保局 2022 年发布的 2021 年全国基本医疗保险参保率 95% 的数据保持一致。
- ⑲ 根据《健康中国行动 2021—2022 年考核指标体系》,组织实施机制包括协调推进机制、监测评估机制、宣传推广机制、支撑保障机制五大机制,作者根据 31 个省(市、区)相关政策文件自行整理。
- ⑳ 通过多组潜在类别分析(multiple-group LCA)以城乡作为分组变量,再进行多组 LCA 分析。
- ㉑ 《目前全国已超过 96% 县区开展全民健康生活方式行动》,中国政府网, https://www.gov.cn/xinwen/2022-08/29/content_5707303.htm, 2022 年 8 月 29 日。
- ㉒ OECD Health Statistics (database), <https://doi.org/10.1787/data-00349-en>。
- ㉓ 基层医疗卫生机构包括社区卫生服务中心(站)、街道卫生院、乡镇卫生院、村卫生室、门诊部、诊所(医务室)。
- ㉔ 国家卫健委规划发展与信息化司:《2021 年我国卫生健康事业发展统计公报》,中国政府网, <http://www.nhc.gov.cn/guihuaxxs/s3586s/202207/51b55216c2154332a660157abf28b09d.shtml>, 2022 年 7 月 12 日。
- ㉕ 居家适老化改造的具体措施包括安装扶手、助浴设备、增设坡道、地面防滑等。
- ㉖ 问卷调查通过询问居民“您是否有参加健康产业和健康事业?”计算得到。

[参 考 文 献]

- [1] 唐钧,李军.健康社会学视角下的整体健康观和健康管理[J].中国社会科学,2019(08):130—48+207.
- [2] 李静,刘鸿畅,李瑞娟.习近平关于人民健康重要论述的科学意蕴与现实价值[J].学校党建与思想教育,2020(12):4—7.
- [3] 谷正,马瑞超.习近平关于人民健康重要论述的价值意蕴[J].新疆师范大学学报(哲学社会科学版),2020,41(06):68—72.
- [4] 陈双泉.习近平关于人民健康重要论述的理论内涵、基本特征及价值意蕴[J].新疆社会科学,2021,(03):12—8.
- [5] 申曙光,曾望峰.健康中国建设的理念、框架与路径[J].中山大学学报(社会科学版),2020,60(01):168—78.
- [6] 禹华月.健康中国战略的内涵及实践路径浅探[J].湖南社会科学,2020(03):165—72.
- [7] 华颖.健康中国建设:战略意义、当前形势与推进关键[J].国家行政学院学报,2017(06):105—11+63.
- [8] 钟瑞添,段丽君.习近平关于健康中国的重要论述及其意义[J].理论视野,2021(03):31—7.
- [9] 何文炯,杨一心.医疗保障治理与健康中国建设[J].公共管理学报,2017,14(02):132—8+59.
- [10] 郑功成.健康中国建设与全民医保制度的完善[J].学术研究,2018(01):76—83+2+177.
- [11] 仇雨临,王昭茜.全民医保与健康中国:基础、纽带和导向[J].西北大学学报(哲学社会科学版),2018,48(03):40—7.
- [12] 刘芷含,孙志成.健康中国战略规划下全民医保制度创新的逻辑与思路[J].中国行政管理,2018(07):153—5.
- [13] 龙佳怀,刘玉.健康中国建设背景下全民科学健身的实然与应然[J].体育科学,2017,37(06):91—7.
- [14] 刘海平,汪洪波.“体医融合”促进全民健康的分析与思考[J].首都体育学院学报,2019,31(05):454—8.
- [15] 卢文云,王志华,陈佩杰.健康中国与体育强国建设背景下深化体医融合研究的思考[J].上海体育学院学报,2021,45(01):40—50.
- [16] 杜本峰,郝昕,刘林曦.健康中国背景下构建高质量健康管理体系发展路径[J].河南社会科学,2021,29(05):109—17.
- [17] 晏月平,郑依然.健康中国背景下流动人口健康管理问题及对策研究[J].东岳论丛,2019,40(06):52—65.
- [18] 姚力.新时代十年健康中国战略的部署、推进与成就[J].当代中国史研究,2022(05 vo 29):36—51+157.
- [19] 庄琦.始终把人民健康放在优先发展的战略地位——党的十八大以来健康中国行动的成就与经验[J].管理世界,2022,38(07):24—37.
- [20] 杨欢.多维度视阈下中国健康建设水平的区域差异与极化研究——基于“健康中国2030”战略视角[J].人口与经济,2022(05):48—64.
- [21] 黄玉捷.“健康中国”指标背景下全国健康水平及地区差距[J].科学发展,2019(02):71—81.
- [22] 翟绍果.共建共享健康中国 国民健康保障均等受益研究[M].北京:生活·读书·新知三联书店,2019:1.
- [23] 刘波,胡宗义,龚志民.中国居民健康差距中的机会不平等[J].经济评论,2020(02):68—85.
- [24] 李鲁.社会医学第4版[M].北京:人民卫生出版社.2012:30—1.
- [25] 刘芳.农村居民“健康堕距”问题的社会学成因与治理对策[J].东岳论丛,2019,40(11):183—90.
- [26] ZHOU M G, WANG H D, ZENG X Y, et al. Mortality, morbidity, and risk factors in China and its provinces, 1990—2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017 [J]. Lancet, 2019, 394(10204): 1145—58.
- [27] 彭浩然.医保支付方式改革与健康中国建设[J].中山大学学报(社会科学版),2023(02 vo 63):14—22.
- [28] 高传胜.健康中国背景下公共卫生与医疗服务协同发展和治理研究[J].社会科学辑刊,2022(06):136—46.
- [29] 岳经纶,黄博函.健康中国战略与中国社会政策创新[J].中山大学学报(社会科学版),2020,60(01):179—87.
- [30] 王玥.新中国成立以来爱国卫生运动的演进轨迹[J].人民论坛,2020(25):108—11.
- [31] 王三秀,卢晓.健康中国背景下农民健康治理参与模式重构——基于健康乡村的三重逻辑[J].中州学刊,2022(04):55—64.
- [32] 许源源,陈安妮.共同富裕目标下的乡村健康服务:价值意蕴、现实困境和优化路径[J].贵州师范大学学

报(社会科学版), 2023(02): 48—57.

[33] 人民日报评论员. 坚持预防为主 改革完善疾病预防控制体系[N]. 人民日报, 2020—06—05.

[34] 北京大学课题组, 黄璜. 平台驱动的数字政府: 能力、转型与现代化[J]. 电子政务, 2020(07): 2—30.

[35] 岳经纶, 王桢钰. “将健康融入所有政策”的研究进展与展望——基于热点可视化的探析[J]. 社会保障研究, 2023(01): 96—111.

(责任编辑: 闫卫平)

Effect Assessment and Development Countermeasures of the Healthy China Initiative Since Its Implementation

WANG Pei-gang, ZENG Xin, PENG Ying-xin

(Population and Health Research Center, Wuhan University, Wuhan 430071, Hubei)

Abstract: Promoting the construction of a Healthy China is a major strategic plan to implement the spirit of the 20th Party Congress, and is also an important strategic support for the realization of common wealth in health and the construction of a strong modern socialist country. Based on the current situation of the Healthy China Initiative, this paper aims to comprehensively assess the effectiveness and challenges in the implementation of the key strategic tasks of the Healthy China Initiative, to provide scientific and powerful evidence for the comprehensive promotion of the construction of a Healthy China after the 20th CPC National Congress as well as to make up for the shortcomings in the development of health care, and to explore the road of health promotion with Chinese characteristics by combining theory and practice. With the comprehensive implementation of the Healthy China Strategy, the campaign has made all-round and historic achievements, with significantly improved health level of the whole population, the comprehensive spread of healthy lifestyles, the gradually improved health service system, a sounder health protection system, the deeply promoted construction of a healthy environment, and a continuously strengthened health support system. However, the current Healthy China Initiative still faces challenges including inequality in healthy lifestyles in urban and rural areas, structural contradictions between the supply of and demand for health management services, the need to improve the quality of grassroots medical and healthcare service organizations, and the need to strengthen the synergies of multiple parties involved in health governance. In this regard, countermeasures and suggestions have been put forward to promote the linkage between rural revitalization and a Healthy China, build a high-quality health service system, digitally empower the construction of regional health consortia, and reform and innovate the social mobilization mechanism for health promotion.

Key words: Healthy China Initiative; achievements; challenges; responses