



健康管理：概念界定与模型构建

黄奕祥

摘要：健康管理是近几年在我国才发展起来的一个健康服务行业。目前，健康管理、健康服务与健康体检等词经常混用。基于健康的特性，健康管理服务必须突出主动性、连续性和系统性的特点。健康管理服务体系概念性模型的建立，体现了未来健康服务体系工作方面的转变。

关键词：三维健康概念；健康管理；概念界定；概念模型

世人逐渐认识到，合理的健康维护不仅是对疾病的治疗，更重要的是在疾病未至之前的“保养”，即通过科学的干预来延缓或防止各种疾病的发生，从而有效控制健康维护成本并增进健康。在此背景下，一种具有前瞻性的医学服务模式——健康管理逐渐发展起来，并引起了社会各界的高度关注。然而，作为一门新兴的学科和医学服务理念，健康管理尚无举世公认的定义，国内外也未形成共识的健康管理理论体系。从健康需求的变化趋势来看，健康管理服务这一新兴的产业和服务方式，必将代表着医学发展及健康服务的新方向^①。本文立足于健康特性的分析，进行健康管理的概念界定和模型构建，既可丰富健康管理学科框架的基础理论研究，也可健康管理服务行业的发展提供启示。

一、健康的特性分析

1946年，世界卫生组织(WHO)基于医学、心理学和社会学等学科视角，给出了健康的定义：“一种生理、心理以及社会适应良好的完美状态，而不仅仅是没有疾病或身体虚弱”。据此可将健康表述成三个维度递进层次的状态：第一，身体健康，又称生理健康或躯体健康(physical health)，即躯体的结构完好、功能正常，躯体与环境之间保持相对的平衡。第二，心理健康，亦称精神健康(mental health)，指人的心理处于完好状态，包括正确认识自我、环境和及时适应环境。第三，社会适应能力良好(social well-being)，指个人的能力在社会系统内得到充分的发挥，人体能够有效地扮演与其身份相适应的角色，个人的行为与社会规范一致，和谐融合。社会适应性同时取决于生理和心理的素质状况。

这是迄今为止最权威的健康定义。但半个多世纪来，医学的发展仍多局限在身体健康上，而且社会关注的重点和焦点都仅在疾病诊治而非预防上。笔者认为，这与人们对健康的特性、如何管理健康等缺乏深入的认识有关。故笔者首先来分析并总结一下健康的特性。

(一) 健康可以理解为耐用品

经济学中，产品(goods)是指能够增加人们效用水平的东西。“健康是人生最大的财

^① 黄奕祥、李江帆：《健康需求变化与医学服务模式转变》，载《中州学刊》2010年第1期，第118页。

富”，足见健康是人幸福的重要基础并能给人增加效用水平。健康可以理解为一种产品，这种产品的数量表现在人生某个时点上的健康状况或称健康水平，称之为健康存量(stock of health)。可以用一些测量工具来衡量健康，如果一个人的健康存量用 H 来表示，消费所有其他产品的集合用 X 表示，则此人的健康效用函数简单表示为： $U=(H,X)$ 。当给定 X 的数量后，给这个人带来的效用如图 1 所示，不难看出，在这种情况下，一个人从健康这种耐用品中得到的效用将随着健康存量的增多而增加。同时，如果采用传统的无差异曲线来表示 H 和 X 之间的关系，如图 2，每条无差异曲线表示所有在线上的 H 和 X 的组合对应相同的效用水平，那么，假定效用函数是连续和向上凸时， H 和 X 的边际效用也是递减的了。现在，任取图 2 中的一条无差异曲线，如 U_2 ，对于某个人而言，其上任意两点 D 和 E 所表示的效用水平是一样的，但 $D(H_1,X_1)$ 、 $E(H_2,X_2)$ 的商品组合是不同的， H_1 小于 H_2 ，而 X_1 显然大于 X_2 ，说明这个人为了获得 X_1-X_2 单位的其他产品而放弃了 H_2-H_1 单位健康产品，这就解释了现实生活中有些人为了获得某种快感如吸烟等带来的效用而放弃健康目标的原因。

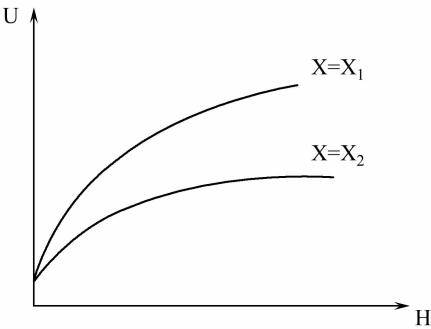


图 1 给定其他产品消费时健康和效用的函数关系

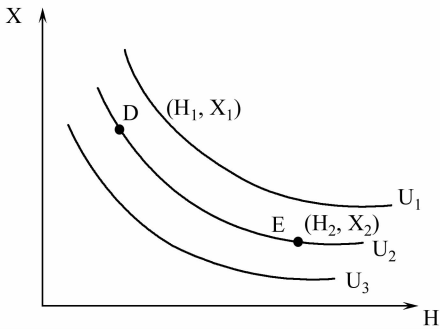


图 2 健康和其他产品的无差异曲线

由于不同测量工具的使用决定了健康存量的多少和维护手段的采用，学术和实践中的不同学科领域对于健康测量的最大分歧在于测量工具的开发和应用上。在人生的任何一个时点上，健康状况对其后来人生的健康都要产生影响，此时如果通过某种措施如医学治疗，使得人的健康状况改善或健康存量增加则对之后一段时期甚至终身都带来收益。于是，经济学上还将健康看成是一种耐用品(durable good)或一种资本所提供的服务。格罗斯曼认为，一定健康存量所提供的健康服务流量，在一个人的一生中不断地消费。当然，健康的初始存量对于不同的人，会因大量影响因素的不同而有所不同。每个人都无法控制自己出生时的健康初始存量分配。有出生缺陷的婴儿，其健康存量在生命的起点就低于同龄人的平均水平。同时，由于人与人之间在年龄、身体素质、生活方式、环境因素和卫生服务享受数量方面的不同，其健康折旧率也大不相同。一位糖尿病人的健康折旧率很大程度上取决于该人医疗服务消费的数量、生活习惯优化的情况及其得到的社会理解与支持力度。而当某人患了心理疾病时，及时获得心理治疗，包括亲友与社会创造的治疗环境，对此人健康折旧率影响甚大。所以，在三维健康概念下，针对健康可提供的服务范围已大大拓展，每个人的健康投资方式需要科学选择。在现实生活中，有人重视生命数量，有人更看重生命质量，健康获得的手段和方法也多种多样。健康这一耐用品的生产与维护由于需求目的不同会因人、因时、因地而异。

(二) 健康生产投入的需求是引致需求

所谓健康的生产就是一个将健康生产的投入转换为健康结果的过程，表现为健康存量的增加^①。对于卫生经济学家以及公共政策制定者而言，健康的生产是一个核心问题。只是需要研究：卫生保健对公众的健康状况贡献到底有多大？生产及分配卫生保健的最佳途径是什么？经济学家通常用生产函数来解释投入与产出之间的关系，健康生产函数的引入有助我们了解卫生投入与健康状况之间的关系。

①樊明：《健康经济学：健康对劳动力市场表现的影响》，社会科学文献出版社 2002 年，第 15 页。

一个普通的个人健康生产函数如下: $HS=f(\text{卫生保健、生活方式、环境和遗传})$ ^①。如图 3 所示,如果后三个因素中的任何一个提高了,都将使曲线向上移动。因为生产函数表示的是在一个特定期间内投入与产出流之间的关系,所以该图中的投入与产出是在一定期间内衡量的,比如说一年。在实际应用时,很多研究都是以每人所经历的健康天数或诸如死亡率或生病天数等表示健康状况的反向指标。为了简化对健康生产过程的描述,这里将所有的投入化简为一个标准:卫生保健。它是由公共卫生和临床医生等许多不同领域从业人员所提供的保健服务投入总和。不难看出,在所有其他投入固定不变的条件下,一个额外单位卫生保健所产生的健康的增加,即卫生保健的边际产出,是递减的。如图 4 所示,第 n 个单位卫生保健投入的边际产出是趋于零的。经济学家与医学史学者通过研究验证:在现代社会,卫生保健所作的总贡献相当可观,但其边际贡献却很小;进入 20 世纪后,医生提供的卫生保健对降低人口死亡率所起的作用几乎可以忽略不计^②。这已经显示现有的卫生服务模式或卫生保健提供方式,对于健康生产的作用正在减弱。然而在平时,人们为了获得更好的健康,不仅把希望寄托于卫生保健部门,而且主要依赖于医疗机构。事实上,健康和医疗之间的联系并不像大部分讨论要使我们相信的那样直接和紧密,影响健康状况的主要因素是病人本身而非医生^③。

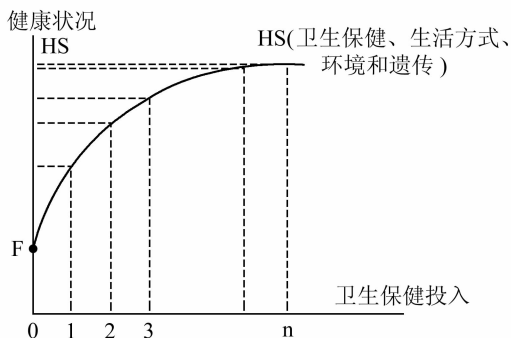


图 3 健康的生产函数

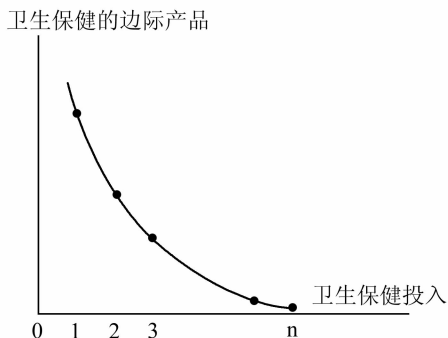


图 4 卫生保健的边际产品

上述分析表明:对健康生产投入的需求是因为生产健康结果而派生的需求(derived demand)。就像一般生产过程对生产要素的派生需求一样,虽然医疗服务处于健康服务产业链的下游,且对健康的贡献作用有限,但种种原因致使人们仍然倚重于医疗服务消费,医疗服务是由于对健康的需求而产生的引致需求更毋庸置疑了。

(三) 健康影响因素呈现多元化趋势

20 世纪 70 年代,布鲁姆(H. Blum)等指出,环境因素,特别是社会环境因素,对人们的身心健康、精神和体质发育有着重要的影响,并提出了环境、生物遗传、行为与生活方式及医疗卫生服务这四大类因素是影响健康的主要因素。在布鲁姆的模型中,环境对健康的影响是最大的,而医疗卫生的影响是最小的。1991 年,WHO 根据上面四项因素进行死因归类分析,行为生活方式、环境因素、生物遗传因素和卫生服务因素分别占 60%、17%、15%和 8%。行为生活方式成为死亡的主要危险因素,再次说明在制定健康投资策略时,应该将重点放在改善生存环境、改变不良的行为生活方式等方面。

上述分析并非否定医疗卫生的应有功能,在现实中很多医疗程序尽管不能最后改变病人的最终健康水平,却加快了最终健康水平的到达。对于健康水平的差异,需要认识到它们与医疗状况的差异通常没有任何重要的联系,只是医疗卫生部门具有特殊之处:它对健康、痛苦、生与死的影响是直接、持续和强有力的^④。

①富兰德等:《卫生经济学》,中国人民大学出版社 2004 年,第 105 页。

②富兰德等:《卫生经济学》,第 104 页。

③福克斯:《谁将生存? 健康、经济学和社会选择》,上海人民出版社 2000 年,第 6 页。

④福克斯:《谁将生存? 健康、经济学和社会选择》,第 6 页。

（四）健康目标与社会生活选择时常存在冲突

一个人的生命周期,如图 5 所示,这是一个典型的健康存量随时间变化的状况^①。出生时,婴儿的健康存量是一生健康的起点,其高低主要决定于父母的健康条件。避免婴儿出生有缺陷非常必要,因为出生缺陷不仅引起早亡,而且大部分存活下来的出生缺陷儿带有各种残疾,对其一生的生活、学习、工作和发展带来极大影响,也会给家庭造成极大的心理压力和精神痛苦,让家庭和社会承受沉重的经济负担。据美国出生缺陷研究和预防中心估计:10%的出生缺陷归因于环境因素,20%的出生缺陷归因于遗传因素,而 70%则是因环境和遗传交互作用或其他因素所致。出生缺陷的预防和控制正在成为世界各国卫生保健的新热点^②。显然,仅仅依靠医学技术手段来提高人生初始的健康存量,作用将非常有限。

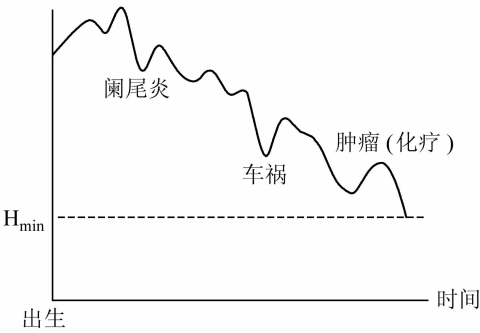


图 5 健康存量的时间轨迹

人通常在青少年时期的健康存量会逐渐增加。20~30 岁时,人的身体机能完全发育成熟,健康存量达到顶峰。之后便开始减少,即进入衰老过程。一个人一生中在遭受到大的疾病或意外受伤时,只有及时的救治和恢复,才能使这个人的健康折旧率维持在原有的水平上。若受到的打击特别大而无法抗拒、挽回,健康存量会突然发生急剧的下降,当到达保持生命所必需的最低水平(H_{min})以下时,个体生命就会结束。

生命周期理论告诉我们:健康维护,即保持健康正常折旧率或延缓健康折旧速度特别重要。但在现实生活中人们的行动却并非都能够与健康目标相一致! 人生中很多目标的实现,都无益于健康,甚至与健康相悖的情况常常存在。如因情感或利益等因素的近亲或不适宜婚育所致出生缺陷婴儿,因应酬不断所致的健康状况恶化,因图享受患上了“赖车病”、“空调病”,因追求人生价值或生活所迫从事超负荷的工作而致健康严重受损等。干扰健康目标实现的因素实在太多,人们往往更看重其他目标而把“健康第一”仅作为口号。

（五）健康价值难以估量与健康损害有不可逆性同时存在

裴多菲的诗“生命诚可贵,爱情价更高,若为自由故,二者皆可抛”反映了人们对生命意义的哲学思索。从医学角度分析其实就是人类关于生命的长度和宽度,或生命的数量与质量的不同追求。医学家提醒人们要重视生命质量^③。经济学家一直试图计算出生命的价值,方法很多,但无定论。质量调整生存年的引入令生命质量与生命数量的评价统一起来。它是通过把不正常功能状态下或疾病及伤残状态下的生存年数换算成等同于健康人的生存年数,用生命质量来调整期望寿命或生存年数而得到的一个新的生命计量指标^④。可见,出于不同研究或工作目的来估算人的生命价值是可能的,但健康的价值事

①樊明:《健康经济学:健康对劳动市场表现的影响》,第 18 页。
②陈英耀:《中国出生缺陷的疾病负担和预防策略的经济学评价》,复旦大学出版社 2006 年,第 3 页。
③生命质量(quality of life, QOL)也有人译为生活质量或生存质量。WHO 将其定义为:不同文化和价值体系中的个人对与他们的目标、期望、标准及所关心的事情有关的生存状况的体验。
④计算质量调整生存年(quality adjusted life years, QALYs),要首先用生命质量评价方法得出各种功能状态或不健康状态的效用值(参考尺度 0~1, 0 表示死亡,1 表示完全健康),然后用效用值作为权重(W_i),计算各种状态的生存年数(Y_i),最后的合计值就是质量调整生命年。 $QALYs = \sum_{i=1}^n W_i Y_i$ 式 n 中为功能状态数。

实上无法估量。单从人体器官来看:如足球运动员的脚和腿、歌唱家的声带等等对其本人的重要价值,要比一般人的相应部位高出很多倍。特别是人体健康一旦受到不利影响,如生活中的严重外伤、手术中误摘的器官、某些药物的副作用等,都是无法挽回的。这将直接或间接地影响到人的健康的数量和质量,加快健康存量的折旧速度。正是因为健康产品的消费直接关系到人的生命和生活质量,笔者把有些情况下健康损害无法挽回的现象称为“健康损失存在有不可逆性”^①。

二、健康管理概念界定

从健康的特性来看,仅靠救治来维护健康不仅效率低且时机晚,最好有健康风险预警机制和有效干预措施。换言之,健康需要全程与系统管理。这就涉及到如何来界定健康管理的概念了。亨特和布朗认为:“健康管理已经被证明是一个看似清晰,但实际概念不严密且令人感觉含糊的学术领域,难以准确理解并定义它。”^②国内外关于健康管理的代表性观点,如表 1 所示,学者们的理解差异甚大。陈君石等的定义现被国内学者引用较多,“健康管理是对个人及人群的健康危险因素进行全面管理的过程”^③,“健康管理是对个体或群体的健康进行全面监测、分析、评估,提供健康咨询和指导以及对健康危险因素进行干预的全过程”^④。两个定义的共同点是都认为健康管理是一个“过程”,即对“健康”进行“管理”的“活动过程”;不同点是管理的“内容”有所细化,前者指对个体或群体的“健康危险因素”进行全面管理,而后者突出了管理的方法是“监测、分析、评估”,“健康咨询”、“健康指导”和“健康危险因素的干预”。两者均侧重强调健康管理的技术服务部分,在内涵上无本质区别。

表 1 国内外关于健康管理定义的摘要

代表学者(年代)	代表地区	定义
陈君石,李明(2005)	中国	对个人及人群的健康危险因素进行全面管理的过程。
陈君石,黄建始(2007)	中国	对个体或群体的健康进行全面监测、分析、评估,提供健康咨询和指导以及对健康危险因素进行干预的全过程。
查普曼(1999)	美国	有意识且积极主动地通过个人、组织和文化上的干预性努力,以帮助特定的人群改善不健全的状态(如疾病和伤害负担等)、提高健康水平和对卫生保健的利用。
查普曼,佩尔提埃(2004)	美国	为了帮助特定人群中的每一个人减少发病、改善健康状况、改进卫生服务利用方式,以及提高自身生产力,从而运用新式技术进行主动、有组织并注重成本效果的一种预防方法。
奇里洛(2006)	美国	运用信息分析法来提高保健的管理和计划绩效。
格林(2008)	美国	一种通过改变人的行为来促进其接受更有益于健康的生活方式和提高生命质量的方法。
兹温卢特(2004)	荷兰	为了促进个人和组织的健康,对影响公众健康(包括职业健康)的因素进行系统管理的活动。
亨特,布朗(2007)	欧洲	围绕政策制订和执行,以及服务性组织开展的旨在改善健康的活动。其中心在于组织中有关提高人群健康的服务提供方式和效果改变。

在欧洲,亨特和布朗基于 1995~2005 年间关于健康管理的文献研究将健康管理定义为“围绕政策制订和执行,以及服务性组织开展的旨在改善健康的活动”。他们认为健康管理的中心任务是“组织中有关提高人群健康的服务提供方式和效果改变”^⑤。在美国学者查普曼看来,健康管理是指有意识且积极主动地通过个人、组织和文化上的干预性努力,以帮助特定的人群改善不健全的状态(如疾病和伤害负担等)、提高健康水平和对卫生保健的利用^⑥。作者在这个定义中突出了主动预防、多种措施对人群

①这里表述为健康严重损害具有不可逆性,是想与一般的小病小伤区别开来,其实健康无小事,即临床上经常说的疾病无大小,有时一点点小小的失误都会导致患者健康蒙受巨大的损失而无法补救。
②D. J. Hunter & J. Brown. “A Review of Health Management Research”, Europe Journal Public Health 2007, 17(S1), pp. 33~37.
③陈君石、李明:《个人健康管理在健康保险中的应用现状与发展趋势》,载《中华全科医师杂志》2005 年第 1 期,第 30 页。
④陈君石、黄建始:《健康管理师》,中国协和医科大学出版社 2007 年,第 12 页。
⑤D. J. Hunter & J. Brown. “A Review of Health Management Research”, pp. 33~37.
⑥L. Chapman“Population Health Management and the Role of the Case Manager”, The Case Manager 1999, (6), pp. 60~64.

健康管理的作用,与传统的公共卫生定义十分接近。2004 年,查普曼与佩尔提埃根据新的发展形势,再次定义了健康管理:为了帮助特定人群中的每一个人减少发病、改善健康状况、改进卫生服务利用方式,以及提高自身生产力,从而运用新式技术进行主动、有组织并注重成本效果的一种预防方法^①。与五年前相比,这一定义指出了健康管理的重要作用之一是提高自身生产力,并主张在进行健康管理时,运用新式技术并利用卫生经济分析工具,来增加健康管理的效果。同年,荷兰学者兹温卢特在“健康管理的商业价值”一文中写到:健康管理指为了促进个人和组织的健康,对影响公众健康(包括职业健康)的因素进行系统管理的活动^②。兹氏定义的不足之处是没有指出健康管理的方式和方法是什么。奇里洛认为健康管理的目的在于提高健康资源利用效率,其手段和方法是采集健康信息并对其进行分析,因此他将健康管理简单表述为“运用信息分析法来提高保健的管理和计划绩效。”^③格林直接把健康管理本身看成了一种方法,即“一种通过改变人的行为来促进其接受更有益于健康的生活方式和提高生命质量的方法”^④。

前文分析明确了两个主要问题:其一,健康管理的客体是人的健康。这里的人,既可以指个人,也可以是组织,或是全体国民。其二,健康管理的方法是整合手段。健康管理将传统的疾病预防与诊治作为措施之一,更重要的是要基于最新科学研究成果与人文发展需要,运用现代技术工具,全面收集健康信息并对其进行分析、评估,进一步实施包括医学、心理学、社会手段在内的综合性干预手段,科学管理人的健康。那么如何划分健康管理服务(内容)的层次并确定健康管理服务的筹资(需求)主体呢?

从健康需求和医学发展的方向来看,笔者根据健康管理服务可能包含的内容和层次(性质),构造出第一个健康管理的二维类型学(表 2)。

表 2 健康管理类型学(Ⅰ),基于服务内容、手段和服务层次不同划分

服务内容(关注重点)	技术手段	服务层次(性质)		
		A. 疾病管理	B. 健康维护	C. 幸福管理
致病因子检查(身体健康)	病案管理	A ₁ (临床服务)	B ₁ (预防服务)	C ₁ (通科服务)
健康危险因素筛查(身体和心理健康)	健康信息管理	A ₂ (连续服务)	B ₂ (保健服务)	C ₂ (全程服务)
社会诊断(身体、心理健康及社会适应状态)	社会系统管理	A ₃ (关怀服务)	B ₃ (医学服务)	C ₃ (终身服务)

在这个二维类型学中,服务内容维度分为三种亚类型:致病因子检查、健康危险因素筛查和社会诊断,分别与 WHO 三维度健康概念相匹配;服务层次也分为疾病管理、健康维护与幸福管理三种亚类型。疾病管理旨在建立一个实施医疗保健干预和人群间沟通,与强调患者自我保健重要性相协调的系统。该系统可以支持良好的医患关系和保健计划。疾病管理强调利用循证医学指导和增强个人能力,预防疾病恶化。疾病管理以改善患者健康为基本标准来评价所采取行动的临床效果、社会效果和经济效果。健康维护的重点在于降低健康折旧率,通过健康因素,包括健康促成因素和健康危险因素的系统管理,实现人健康资产的保值或增值^⑤。健康的最高层次是实现人对幸福生活的追求,即幸福管理:通过整个社会的经济、文化、环境及良好管理状态的实现,促进每一个社会成员提高生活质量,以获得最大程度的快乐与幸福。幸福管理的主要方法是从国家的角度,用国民幸福总值(Gross National

①L. Chapman & K. Pelletier. “Population Health Management as a Strategy for Creation of Optimal Healing Environments in Worksite and Corporate Settings”, Journal of Alternative and Complementary Medicine 2004, 10(S1), pp. S-127-S-140.
②G. Zwetsloot & F. Pot “The Business Value of Health Management”, Journal of Business Ethics 2004, (55), pp. 115~124.
③F. Cirillo. “Health Management: Using Information Analytics to Enhance Care Management and Plan Performance”, Available at http://h20247.www2.hp.com/publicsector/downloads/Management_Perspectives_Cirillo_%201st_Information_analytics.pdf, 2009-2-26.
④T. Green. “Wyoming EqualityCare Total Population Health Management”, Available at http://www.nashp.org/Files/Green_NASHP2008.pdf, 2009-03-02.
⑤事实上要完全实现健康资产的保值或增值是不可能的,因为人总是要死亡的,届时健康资产一定降到零。就身体健康而言,分不同年龄阶段提出健康资产的保值或增值是能做到的,即新生命创造阶段(如孕产期)的健康管理主要是增加人健康资产的初始值;而生命成长期(即儿童、青少年时期)的健康管理,目的在于健康资产增值;中年时期健康的重点在于健康资产的保值;老年期的健康管理则只能力求延缓衰老速度。对于心理健康或社会适应来说,如果家庭和社会教育成功的话,一部分人的健康资产是可以实现一直增值的情况,如伴随年龄增长,有些人的心理上更加成熟,至年老时身体机能虽然很弱,但生活质量并不差,可以乐观安度晚年。可见,追求人生幸福,健康管理的手段必不可少。

Happiness,GNH)取代国内生产总值(GDP)来考核政绩。由此,健康管理即可划分成 A_1 、 A_2 、 A_3 、 B_1 、 B_2 、 B_3 、 C_1 、 C_2 、 C_3 共 9 种理想类型。每一行,从 $A\sim C$ 服务层次不断提升;每一列,从 1~3 服务内容不断拓展,从 $A_1\sim C_1$ 所需要的手段更趋于复杂、综合和现代。每一种类型的作用对象都可以是一个单纯个体、组织或全体国民,但相比较而言,从 A_1 到 C_3 ,有从个体逐渐向群体过渡的倾向。根据现实生活的观察,服务层次越低、手段和内容越简单,服务供给和需求的都越多。

在医学领域,筹资方式即投资主体向来都是影响服务组织模式和供需双方行为最重要的因素之一。当今社会,尤其在全球化背景下,健康资产不仅对于个人,也对企业、社会和国家的发展至关重要。因此,投资健康之人可能是社会中的每一个人,也可能是每一个家庭、企(事)业单位或政府。于是,笔者构造了第二个健康管理的二维类型学,如表 3 所示。在这里,筹资(需求)维度分为四个亚类型:国家出资、保险公司支付、单位出资和个人出资;而服务提供维度则分为公立卫生机构、保险公司所属机构与私营卫生组织三种亚类型,这样一来就总共有十二种类型了^①。

表 3 健康管理类型学(Ⅱ),基于筹资和服务提供者的组织模式不同来划分

服务供给方 ^a	筹资(需求)方			
	D. 国家出资	E. 保险公司	F. 单位出资 ^b	G. 个人出资
公立卫生机构	D ₁	E ₁	F ₁	G ₁
保险公司属卫生机构	D ₂	E ₂	F ₂	G ₂
私营卫生组织	D ₃	E ₃	F ₃	G ₃

注:a 服务供给方在严格意义上区分,这里的公立卫生机构还包括医疗机构和公共卫生机构等,保险公司所属卫生机构还分为营利性和非营利性,私立卫生组织也分为营利性和非营利性。b 单位在国外主要指雇主,在我国包括企业、事业单位。

据此,笔者从服务管理的理论视角将健康管理定义为:基于顾客需求和健康评估对人的健康资产实施主动、连续且系统管理的一系列服务产品的总和。

这个定义重点强调了健康管理五个方面的涵义:

其一,实施健康管理必须尊重顾客需求且以健康评估为前提。本概念提出尊重顾客需求,是从人本论出发,强调单个社会人对健康的选择权利。但健康权不同于其他公民权利,公民的选择是有限的范围,如环境、卫生服务条件等,因此,这里的顾客需求还包括了公民人权的含义,即公民依法享有获取健康服务的权利。笔者把健康评估作为健康管理程序的首要环节,也意味着它是健康管理的核心服务内容,旨在倡导科学健康管理。同时,从经济学和医学角度看,健康需要的识别,顾客意愿只是健康需求的起点,还需要借助医学及相关学科专家、现代科学技术进行专业判断才能作为健康“需要”的真正依据。而且健康管理全过程的每一个环节都要以健康评估作为行动实施依据和效果考核依据。本概念特别重视健康评估工具的使用,主要是基于前文中所述的健康资产损害不可逆这一特殊性以及健康需求特点而言。健康评估的实质是要秉承循证管理的观点,既涵盖健康风险因素评估,也包括健康保护或有益因素,评估中运用的主要理论包括循证医学在内相关研究成果,方法是运用健康评估工具对健康需求主体进行大量而系统的健康信息收集、存贮和分析。

其二,健康管理是一种投资行为。如果按照马克思对社会产品的两大部类划分法,则传统的医疗卫生服务业属于以服务形式存在的消费资料^②,因此多数情况下,看病就医都被看成是单纯的消费行为。本文把健康视为一种资产性质的物品,那么围绕健康所提供的一系列管理服务就必然会大大突破医疗服务原来的界线,而变成了投资行为了。这不只是文字上的变化,而是一种理念上的跨越式更新。

其三,健康管理是对健康的主动预防和维护。研究表明,人群中最不健康的 1%和患慢性病的 19%

①健康管理的分类不同于医疗卫生体制的类型学,前者侧重于健康投资主体的责任和动力学分析,而后者重点讨论的是医疗费用的支付方式。后者参见顾昕:《中国城市医疗体制的转型》,载《比较》(第十九期),中信出版社 2005 年,第 34 页。
②李江帆:《第三产业经济学》,广东人民出版社 1990 年,第 127~129 页。

共占用了 70% 的医疗卫生费用；最健康的 70% 人口却只用了 10% 的医疗费用^①。本文突出健康管理的投资性质，意在指出，科学地管理健康，主动“出击”至关重要。

其四，健康管理强调服务活动的连续性。健康管理中的连续性特点反映在两个方面：一是指服务供需双方最好建立长期、连续的服务关系。健康服务中的连续性关系虽然在一定程度上限制了需求一方的自由选择权利，但却有利于双方信任关系的建立和健康信息的系统管理，也同时会大大减少消费者更改服务对象造成的转换成本。二是健康资料收集的连续性更加有利于健康管理的效果。有了供需双方连续的服务关系，健康资料的不间断收集成为可能，这就使得运用现代科学技术尤其是信息技术处理、管理健康信息更加方便和有效，从而促进健康投资效益的提高。

其五，健康管理是一项系统管理工程。不论是针对个人、组织或者国家，现代意义上的健康管理都将是关于健康的系统管理过程。因为涉及人的生理、心理和社会适应这三个维度健康信息的连续性收集与分析，内容包括与健康相关的所有生理数据、心理状态、个人及家庭成员的行为与生活方式、职业场所环境与工作压力数据、疾病及其医疗服务利用资料等，所以健康管理实际上是一个立体的信息处理与决策管理平台。而参与这一系统管理的人涉及到专业的健康管理人員、各專業背景的醫護人員、信息分析及報告人員等。

在实践中有两个现象无法回避：一是由于评估与管理技术水平等原因，健康管理的范围仍较多地侧重于身体健康方面，为便于区分健康管理服务产品，笔者把针对人的身体健康实施的健康管理称为身体健康管理或狭义健康管理，而把针对人的生理健康、心理健康、行为与生活方式、社会适应能力等提供的系统干预服务称为整体健康管理或广义健康管理。二是健康管理涉及的服务供给主体较多，一些机构只能提供部分健康管理服务产品，当然前提是以提供健康为核心，以提供预防性服务产品为主，故在确定健康管理的研究对象时，把健康产业链中以提供预防性服务产品的部门都纳入到了考察范围之内，包括健康管理及其相关服务机构。

三、健康管理的模型构建

健康管理理念的引进及技术工具的开发，已经或即将导致医学研究及服务模式向更加专业化和更加融合的两个方向快速发展，同时健康服务及其相关产业经营策略将经历巨大幅度的变迁，最主要的是它必然会促进个人、组织或国家健康需求层次及其实现路径的重大革命。笔者将这三种由于健康管理所带来的主要在卫生领域发生的变化概括为技术层面、产业层面和政策层面的变化趋势。黄建始也曾提出我国在建设小康社会和实施可持续发展战略时，健康管理是值得认真考虑的选择，他根据我国国情建议针对个人、公司和企业，以及政府和整个社会分别进行微观健康管理和宏观健康管理^②。本文定位于服务经济背景下顺应于顾客需求变迁的健康管理概念模型构建。对应前文，笔者认为健康管理从需求（消费）层面具有微观、中观及宏观角度的三层含义，而从服务供给（生产）角度可有社区、企（行）业或政府三种方式。当然服务提供方式的选择与顾客需求水平与需求层次是密切相关的。

为了有效管理健康，满足顾客需求，依据本研究中界定的健康管理内涵，笔者建构了健康管理服务体系的概念性模型。如图 6 所示，模型的核心部分是贯穿于三维健康的健康评估服务，本模型中的健康评估，不仅含有基于健康信息采集、与管理平台下的健康风险的种类确定和风险大小评估，还包括了健康保护因素的识别。健康评估的起点是顾客价值理论下的健康需求，通过制定健康方案和健康干预措施等健康管理策略，使得个人、企业或国家的健康资产得以保值或增殖，让顾客最终形成由优质健康资产所带来的人力资本竞争优势。模型中的健康管理服务生产和消费体现了时间要素要求的连续性和符合约束条件下的成本最小化或收益最大化原则。

这个模型至少体现了未来健康服务体制五个方面的转变：一是由疾病为中心向健康为中心转变，

① B. D. Harrison. "Health and Productivity Management, Think Globally", Available at http://www.lawrence.edu/fast/finklerm/Harrison_HPM%20Think%20Global.ppt, 2009-07-31.

② 黄建始：《美国的健康管理：源自无法遏制的医疗费用增长》，载《中华医学杂志》2006 年第 15 期，第 1013 页。

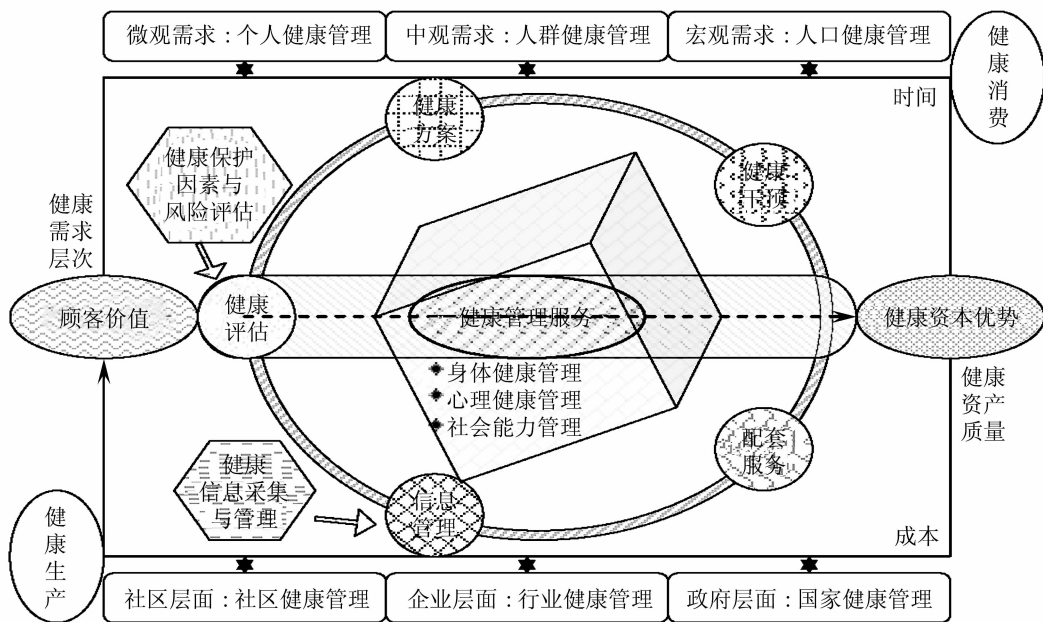


图6 健康管理的概念性模型

二是由单维的身体健康为中心向身体健康、心理健康和社会适应能力良好三维并重转变，三是由健康的医疗卫生部门“负责制”向健康的卫生与社会共同“负责制”转变^①，四是从满足个人健康需求向服务特定群体、促进人口健康与公平转变，五是从健康消费观向健康投资观、实现健康资本竞争优势转变。

总之，从多维度认识并理解健康，才是正确的健康观，才会促使人们彻底摒弃健康和疾病、健康人和病人之间的对立二元关系论，承认健康和疾病是共存的、健康人和病人是相对的概念。当实现了在健康维护措施上从被动的疾病治疗转变为积极的疾病预防和健康促进，从单纯的生理健康扩展到了心理、社会标准的健康，从个体诊断延伸到群体乃至整个社会的健康评价时，对人的健康资产实施系统化管理服务——健康管理服务行业必将蓬勃发展起来。笔者将另撰文探讨国内外健康管理的服务模式、产品研发趋势和国家健康管理战略。

■作者简介：黄奕祥，中山大学公共卫生学院副教授，管理学博士；广东 广州 510080。

■基金项目：广东省科技计划软科学研究项目(2010B070300035)；广东省中医药局科研基金(2009161)

■责任编辑：叶娟丽

①这里提及健康的医疗卫生部门“负责制”意指：人们平时不从行为与生活方式这一最重要的影响健康的因素出发去维护健康，政府未真正贯彻预防为主的工作方针，而错误地将卫生资源投入到健康服务的下游产业——医疗卫生机构，特别是大型医院之中；民众只在健康出现问题时，才片面地求救于医疗部门，而当民众因健康问题产生不满时，政府和民众就想当然地将全部责任归咎于医疗卫生部门。从此处关于健康生产函数的描述中显见此观点的荒谬之处。