

人口健康管理的理论、典型实践及对我国的启示

袁家琪* 邓清文 乔静怡 陈英耀 杨毅

复旦大学公共卫生学院 国家卫生健康委员会卫生技术评估重点实验室(复旦大学) 上海 200032

【摘要】人口健康管理(Population Health Management, PHM)是一种基于人口的健康管理理论和工具,它强调通过提升个体主动健康管理能力、提供预防导向的整合型卫生服务、实现多主体多部门协同合作以及健全保障支撑措施等综合举措,实现人口健康水平的提升和卫生费用的下降。本研究通过对 PHM 理论发展和核心内涵的系统梳理,以及国外典型实践经验与成效的深入总结,对我国居民健康管理体系发展现状及面临的问题进行深入剖析并提出政策建议,以期为我国构建基于全民的健康管理体系提供借鉴与参考。

【关键词】人口健康管理;核心要素;健康水平

中图分类号:R197 文献标识码:A doi:10.3969/j.issn.1674-2982.2023.06.004

The theory and typical practice of population health management and its enlightenment for China

YUAN Jia-qi, DENG Qing-wen, QIAO Jing-yi, CHEN Ying-yao, YANG Yi

School of Public Health, National Health Commission Key Laboratory of Health Technology Assessment, Fudan University, Shanghai 200032, China

【Abstract】 Population Health Management (PHM) is a population-based health management theory and tool, which aims at improving population health level and reducing health costs by strengthening active health management capabilities of individuals, providing prevention oriented integrated health services, realizing cooperation between multiple entities and multiple departments, and providing corresponding support measures. This study analyzes the development status and problems of China's residents' health management system in depth and puts forward countermeasures and suggestions after a systematical comb of the development of PHM theory and its core connotation, as well as a in-depth summary of the experience and effectiveness of typical foreign practice cases, with a view to provide experience and reference for China to build a population-based health management system.

【Key words】 Population health management; Core elements; Health level

目前,我国居民健康问题面临严峻挑战,亟需进一步前移卫生工作重心,加强病因预防,减少医疗服务不合理利用,实现卫生工作方针与服务模式转变。^[1]《“健康中国 2030”规划纲要》与《健康中国行动(2019—2030 年)》明确了新时代我国“以人民健康为中心”的建设蓝图与行动纲领^[2,3],《“十四五”国民健康规划》则进一步提出“持续推动发展方式从以治病为中心转变为以人民健康为中心,为居民提供全方位全周期健康服务”^[4]。为此,加强社会健康治理能力,

强化居民健康全周期管理,提升居民健康水平成为践行“健康中国”战略的应有之义与必经之路。^[5]

人口健康管理(Population Health Management, PHM)作为居民健康管理领域的经典理论,多国健康管理实践已证实其有利于提升域内人口健康水平,降低卫生费用。本研究基于国内外 PHM 相关既有研究,对 PHM 内涵、理论框架以及核心要素进行系统梳理与总结,同时结合国外典型 PHM 实践经验,对我国居民健康管理体系发展现状及面临问题进行

* 基金项目:中国工程院战略研究与咨询重点项目(2022-XBZD-21)

作者简介:袁家琪(1997 年—),男,硕士研究生,主要研究方向为卫生技术评估与医院管理。E-mail:jqyuan21@m.fudan.edu.cn

通讯作者:杨毅。E-mail:fd_yangyi@fudan.edu.cn

深入剖析并提出对策建议,以期为建立健全基于全民的健康管理体系提供借鉴与参考。

1 PHM 内涵概述

PHM 源自 2003 年 Kindig 和 Stoddart 提出的人口健康(Population Health)概念,其将“人口健康”定义为“居民群体的健康结果,包括健康结果在群体中的分布。”其中“居民群体”通常指国家/地区意义上的人口,亦可指一定区域内的特定人群(如职工、残疾人等)。“人口健康”重点关注健康影响因素及其相互作用,如医疗保健、公共卫生、物理环境以及社会因素等。^[6]

2008 年, Berwick 等围绕“人口健康”提出三重目标(Triple Aim)模型,即“在改善人口健康的同时,提升卫生服务质量,降低人均费用”^[7],为 PHM 相关理论基础的发展奠定了重要基础^[8]。目前,学界尚未就 PHM 内涵达成共识。Steenkamer 在三重目标模型的基础上将 PHM 定义为“对公共卫生、医疗保健、社会照护和社区服务进行重组与整合,以改善人口健康和卫生服务质量,同时遏制卫生费用过快增长。”^[9]美国医疗保险和医疗补助服务中心(CMS)则认为“PHM 既重视为群体提供卫生服务,亦关注域内居民的整体健康水平,并强调使用非临床干预等多种措施与方法,改善相关社会决定因素对人口健康的影响。”^[10]

由此可见,PHM 不仅强调卫生体系内部的服务整合,也关注卫生系统外影响人口健康水平的各类要素(如政府治理、社区服务、社会关系、生活方式等),以及两者间的连续性与协同度。

2 PHM 框架及核心要素

2.1 个体管理层:强化个体主动健康管理能力

强化个体的主动健康管理能力,有助于从个体层面筑牢人群病因预防屏障,这也是 PHM 区别于传统疾病管理模式的重要特征。首先,PHM 应为个体提供有效的自我健康管理知识,激发个体自我健康管理内驱力,使其主动践行良好的健康行为,如戒烟限酒、体育锻炼、合理膳食等。^[5]其次,PHM 强调不同亚类人群的差异化管理。人群分类按健康状况可分为健康人群、易感人群、高危人群和患病人群;按生命周期可分为婴幼儿及儿童、青少年人群、成年人群和老年人群。通过循证评估识别不同人群的主要健康问题及其影响因素,并为其提供个性化的健康管

理计划,提升各类人群自主健康管理能力。^[11]最后,PHM 要求改变个体健康管理过程中个体与健康服务提供者的关系,构建医患互信环境,使个体从过去“被动接受”转变为“主动参与”的角色,给予个体更多的健康决策权利。^[12]

2.2 卫生服务层:提供预防导向的整合型卫生服务

卫生服务体系的资源重组整合与服务模式变革是 PHM 的关键环节。一方面,PHM 要求将原有相对松散、独立、碎片化的公共卫生服务、基层卫生服务、医院医疗服务、康养服务进行系统整合,实现一体化的“预防—筛查—诊断—控制—治疗—随访—康养”全生命周期服务提供。^[13]另一方面,PHM 重视卫生服务关口前移,倡导将基层健康管理机构作为 PHM 的主阵地,并在实践中投入更多资源以强化预防、筛查和早诊早治工作。工作重心向预防前移并不意味着医院医疗服务与随访康养服务的削弱,相反,良好的前端工作可避免相当数量的疾病进展,大大减轻后端医疗服务压力,使其能够更专注于提升医疗服务质量与卫生资源使用效率。^[14]

2.3 社会治理层:多主体跨部门协同合作改善人口健康

以干预健康危险因素为主要手段的 PHM 并非局限于卫生系统,更需要社会多部门、多主体的协同参与、共建共治。首先,PHM 要求各级各类政府部门形成“以人口健康为中心”的领导组织体系和协同工作机制,明确人口健康的主体责任,将健康融入所有政策,干预并优化人口健康相关的环境因素与社会决定因素(如空气、水、住房、就业、教育等),定期监测评估人口健康状况并持续优化改进措施,以期促进人口健康改善,降低社会疾病经济负担。^[15]其次,弥合卫生系统与非卫生系统的隔阂也是 PHM 在社会治理层的核心要求,卫生部门应不断加强与非卫生部门的沟通协作与资源共享,为其管理决策提供人口健康管理视角的理论依据和方法指导。^[16]再者,社区与个体作为社会治理的重要主体,也应当在 PHM 中发挥更大作用。政府和社会有义务营造家庭支持、同伴/社群支持、志愿服务等氛围助力个体健康管理,社区团队与个体也需充分参与政府的健康治理工作。^[17-18]

2.4 保障支撑层:技术人力支持与经济措施引导

在 PHM“个体管理层、卫生服务层和社会治理层”的建设过程中,新技术的广泛应用为 PHM 提供

了有力的工具支撑,专业人才队伍建设保障 PHM 理念融入每个社会细胞,经济激励措施调控则引导全社会落实以“健康为导向”的工作方针与行为准则。在技术支撑方面,PHM 新技术大致可分为数据互联储存技术、服务端技术和管理端技术三类。其中,数据互联储存技术能够整合域内人口健康结局和健康影响因素信息,并予以可视化呈现;服务端技术能够保障智慧服务运行,如基于物联网的慢性病管理技术、基于机器学习的辅助诊断技术等;管理端技术能够进行智能化的评价和预测,为卫生管理者和其他

社会治理主体提供决策和管理依据,如 PHM 质量评价系统、人口健康风险分层技术等。^[19]在人才队伍建设方面,PHM 强调在广大基层社区中加强 PHM 专项人才储备,诸如健康管理医师、社会工作者、健康社群团体、志愿者团队等,实现健康人力资源下沉。最后,以人口健康为导向的经济激励措施也是 PHM 不可或缺的保障手段。一方面,政府需持续加大卫生财政投入,不断强化 PHM 财务预算和管理能力;另一方面,医保部门需积极创新医保支付方式,探索建立基于健康结局/价值为基础的复合型医保支付体系。^[20]

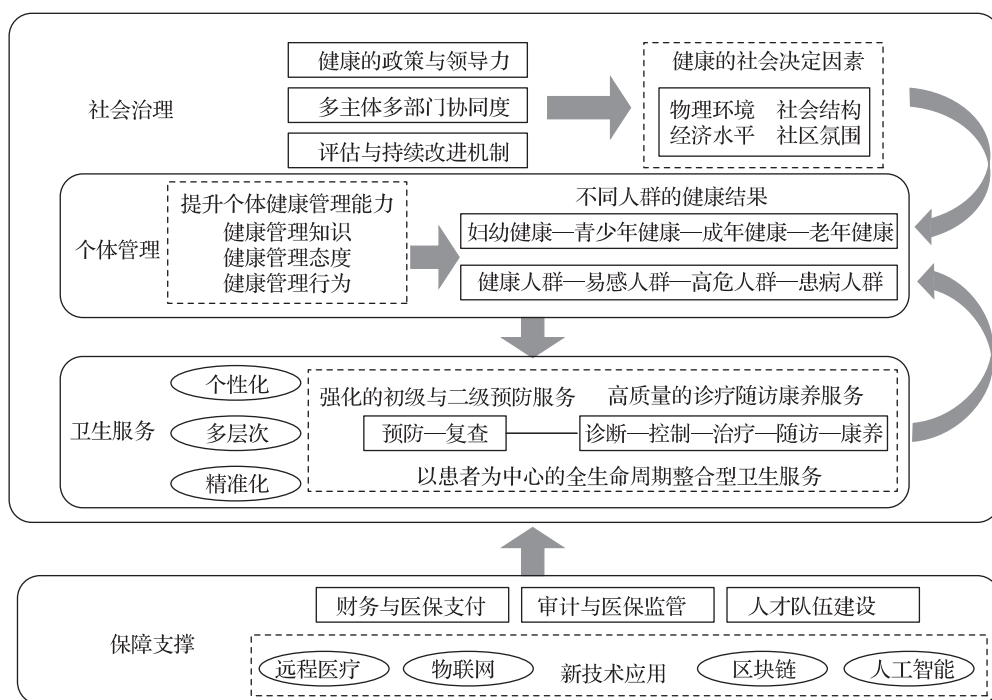


图1 PHM 理论框架与核心要素

3 PHM 国外典型实践

目前已有多个国家(地区)围绕 PHM 模式开展了实践探索。其中,英国大曼彻斯特人口健康计划(The Greater Manchester Population Health Plan,简称“GM 计划”)和德国 Gesundes Kinzigtal 整合型服务模式(Gesundes Kinzigtal Integrated Care,简称“GK 模式”)是 PHM 实践的两个典型模式,在人群健康结果改善和费用控制方面取得了显著成效。

3.1 实施背景

英国 GM 计划执行前,大曼彻斯特地区的人口健康问题相比英国其他地区更为严峻,慢性病发病率更高,健康预期寿命更短,社会疾病经济负担沉重。在 GK 模式创设之初(2005 年),德国卫生服务供给

以疾病治疗为导向,支付模式以按服务项目付费为主,卫生服务体系相对分散,各州之间的卫生服务体系独立运行,机构间信息流转不畅,服务效率不足。^[21-22]

3.2 组织体系

2015 年大曼彻斯特地区 10 个地方当局及其下属的地方医疗委员会和 NHS 机构组建统一的战略合作委员会,并于 2016 年出台《大曼彻斯特人口健康计划 2017—2021》。当局还积极吸纳诸如其他政府公共部门、监管机构等其他利益相关者参与到 PHM 之中。德国 GK 模式的实施由一个区域健康服务提供者组织(包括各级各类医生、医院、疗养院、制药商、药房、体育俱乐部等)和一家管理公司联合注册的实体公司(Gesundes Kinzigtal, GK)负责。GK 与德

国两家法定医保公司签订合同,协定在当前医保覆盖的人口范围内实施 GK 模式。GK 模式积极吸纳域内教育部门和机构、企业等其他利益相关者参与,并设立四个咨询委员会:患者委员会、监察委员会、医生委员会和服务提供者委员会。^[9,23]

3.3 目标与经济策略

GM 计划与 GK 模式均推行“健康为导向”的人群健康管理举措,以改善地区人口健康水平,降低社会及群体疾病经济负担,实现卫生费用的合理控制与适当结余。GM 计划中,大曼彻斯特地区与英国政府签署了一项涉及 60 亿英镑的协议,由大曼彻斯特当局全权负责域内医疗和社会保健支出决策,实现预算扁平化管理,充分调动地方参与卫生资金配置使用的积极性。GK 模式施行辖区内总额预算、结余自留的医保基金管理模式,即医疗保险公司基于德

国全境数据制定各区域卫生资金支出预算,GK 通过提供整合型医疗卫生服务改善人口健康水平,降低 GK 辖区内的卫生总支出,最终医保基金的预算结余即为 GK 和医保公司共享的盈利所得。在此基础上,GK 与医疗保险公司通过签订结余共享合同(Shared-savings Contract)对医保结余资金进行协议分配。^[22,24]

3.4 主要举措

GM 计划包含 5 大行动计划,分别为实施以个人和社区为中心的措施、早期干预、健康生活、健康老龄化和系统改革;GK 模式则致力于建立地区整合型卫生服务体系。基于前述 PHM 框架与核心要素,笔者对 GM 计划和 GK 模式的典型举措进行了系统梳理(表 1)。

表 1 GM 计划和 GK 模式的典型举措^[21-25]

	个体管理	卫生服务	社会治理	保障支撑
英国 GM 计划	“健康培训师”(health trainers)和社 区指导员(community navigators);5~ 19 岁儿童的“早期帮助计划”;《大 曼彻斯特体育活动和运动蓝图》;面 向生活方式优化的“健康行为支持 计划”。	个性化护理和支持计划;设立地 方护理组织;《大曼彻斯特用药健 康生活框架》;癌症预防和早期筛 查计划;老年人跌倒综合护理 模式。	建立多部门战略合作委员 会;培训所有地方当局和部 门基本的公共卫生知识和 技能;大曼彻斯特健康志愿 组织中心;社会处方。	构建地区的健康“共享 数据库”;生活方式和 健康数字平台;医疗和 社会保健支出管理权力 下放;个人预算;个人控 制用于健康的资金 使用。
德国 GK 模式	治疗计划和目标的医患协定,“信任 医生”制度;“患者大学”(patient university);代谢综合征患者的生活 方式干预。“无烟 GK”计划	。医院和其他社会部门的联合随 访和病例管理;骨质疏松症预防 计划;养老院老年人的医疗服务; 个人心理危机干预服务。	商业管理公司参与的管理 型保健;健身课程和体育俱 乐部的折扣;与学校合作开 展健康促进活动;“工作健 康”促进计划。	跨区域跨机构电子病历 信息互通;高危患者群 体预测识别技术;为所 有护理提供者进行共同 决策培训;“结余共享 合同”。

3.5 实施成效

GM 计划自实施以来,2016—2018 年间大曼彻斯特地区居民健康结局得到显著改善(相较于英国整体居民健康水平),如孕妇“无吸烟接触率”下降超 3%(全国约 1%),“缺乏锻炼”人口比例降低约 1.8%(全国约 0.8%),健康预期寿命的差距进一步缩小等;在经济持续性方面,当局在计划实施三年后实现预算盈余。^[26]自 2005 年 GK 模式施行以来,已有多项评价研究显示对当地人口健康、患者体验和成本效益均有积极影响。^[27-29]

4 启示及建议

4.1 我国健康管理体系发展现状及挑战

近年来,我国健康管理体系相关研究及实践工

作取得显著进展,《“健康中国 2030”规划纲要》、《“十四五”国民健康规划》等顶层制度设计均在一定程度上涵盖了 PHM 相关核心要素及要求,为加速我国健康管理体系创新发展奠定了良好制度基础^[30],但在实践运行过程中亦面临诸多挑战。

(1)个体管理层。目前我国已制定多重举措加速推进普及健康生活方式、提升居民健康素养的系列行动,以构建居民主动型的健康管理模式。在健康传播和宣教方面,当下国内主流媒体和健康专业类媒介持续加大健康知识宣教力度,传播渠道和形式多元化、交互性强,公众主动获取健康信息的积极性显著提升。^[31]在健康生活方式倡导方面,国家颁布实施《全民健身计划(2021—2025)》《国民营养计划(2017—2030)》等多项行动计划,并在全国多地广泛

开展实践:北京、厦门等地相继推出健康餐厅“三减三健”专项行动、“体医融合”模式等^[32],助力居民形成健康生活方式。在人群健康管理方面,我国不断推进“健康细胞”工程建设,将健康管理的理念和氛围注入机关、事业单位、社区、村庄、学校等各类社会细胞之中,为各类人群的健康管理提供良好的社会环境氛围。但是,目前我国在个体健康管理层面仍面临一定挑战。一方面,人际间健康传播有所不足且易被忽视,如签约居民(尤其是健康个体)与社区家庭医生交流少、健康咨询工作的专业人才不足等,致使居民健康行为转化率仍然较低^[33];另一方面,针对不同人群的健康管理资源仍不均衡^[34],如对健康人群的健康管理关注程度和投入力度远不及疾病风险人群和患病人群,面向低收入人群、流动人口、残疾人群等脆弱群体的健康管理尚不完善,符合其健康需求特点的健康促进和知识传播活动开展不足等。

(2)卫生服务层。我国目前大力建设以慢性病防控管理为主要切入点的医防融合模式,在卫生服务的整合和关口前移方面取得明显成效。一方面,健康管理服务正在不断融入传统医疗服务中,部分地区探索在医联体(医共体)建设的基础上建立健康管理中心或健共体,积极推行“三师五方”(即全科医师、专科医师、健康管理师、药物处方、运动处方、营养处方、心理处方、戒烟处方)健康管理模式,实现“预防—治疗—康复”闭环。^[30,35-36]另一方面,卫生服务的工作重心正逐步前移,多省市加速推进国家慢性病综合防控示范区建设,重点癌症早诊早治工作深入农村基层且覆盖人群不断扩大,传染病防控能力和疫苗预防接种水平显著提升。^[37-38]然而,当前我国卫生健康服务整合仍不充分,具体体现为:一是不同主体间的健康服务整合不足。目前健康服务的整合实践以社区卫生服务中心与公立医院为主,社会办的健康服务机构往往缺乏与二者的协同联动,且其中许多机构仅提供单一服务(体检/康养/临终关怀等),能够开展综合健康服务的机构较少。^[34]二是健康管理服务的多样化和个性化程度依旧不高。如目前我国基层健康服务工作重心普遍以慢性病防治、重点肿瘤早筛以及疫苗接种等为主,面向心理健康、骨质疏松等特定群体的服务供给不足;在慢性病患者的健康管理中,基于可穿戴设备的精准监测和随访服务亦未普及,制约了个性化健康管理工作的落实。

(3)社会治理层。我国坚持把群众健康放在优先发展的战略位置。各地积极联动政府各部门(卫生、医保、财政、发改委等)参与社会健康治理,推行“健康省市”规划/行动,对环境、食品、交通、文化、社会服务以及健康产业等更广泛的健康相关社会决定因素提出了综合治理要求。^[39]在健康治理的评估与持续改进方面,《健康中国行动组织实施和考核方案》《健康中国行动监测评估实施方案》等文件将具体行动任务和工作指标落实到个人、社会和政府三个层面,实现评估对象和责任主体的明晰化。^[40]然而,当前我国政府各部门参与健康治理的协同度不高,职能划分不明确,健康相关的政策实践仍以卫生和医保部门为主。同时,我国健康影响评估工作的发展尚处于起步阶段,公众参与度相对较低,评估能力不足等问题依旧突出。^[16]此外,监测评估的数据基础建设无法满足健康治理评估与持续改进的需求,健康相关治理指标分散于不同的信息系统,尚不能实现多源异构健康数据的充分整合与统一管理。^[41]

(4)保障支撑层。高质量的健康管理体系依赖资金、人才、硬件设施等多方面的保障措施支持。当前,我国正在加速健康专业队伍建设和健康科技创新进程。在专业队伍建设方面,国内已有高校探索将健康服务与管理专业融入医学教育体系,如设立健康管理型护理本科学位,将健康管理中心纳入全科医学住院医师规范化培训基地等,使医学人才具备更全面的健康管理服务能力。^[42-43]在健康科技创新方面,医院与健康管理机构纷纷探索基于各类新兴技术的智慧医疗实践。如基于医院健康管理平台实现患者诊前预约、诊中智能就诊安排及报告解读、诊后个性化随访和健康信息推送等智慧服务。同时,亦有企业与健康管理机构共建“健康联合体网络工作站”,借助信息化手段,满足员工实时健康监测和日常健康管理的需求。^[44]但是,当前我国具备医学资质的健康管理专业人员非常匮乏,具有健康管理职能的社区家庭医生往往面临签约人数多、管理负担重等挑战。同时,健康管理数据信息孤岛问题依然存在,各级医院、社区卫生服务中心以及社会办健康服务机构间缺乏整合居民健康数据的驱动力,信息互联互通水平低。此外,健康导向的经济激励措施相对不足。社会医疗保险在支付方式上仍以疾病治疗为主导,健康管理服务付费机制尚未建立,提升群体健康水平的激励效应明显不足;商业健康保险则由于行业份额低、支付力度有限等原因,仍无法

覆盖居民全生命周期的健康服务。^[45]

4.2 对策及建议

4.2.1 提升居民主动健康管理能力

国外实践经验表明个体自主健康管理能力的提升是人口健康水平改善的根源性动力。首先,在我国当前健康传播和健康宣教取得显著成效的背景下,需重视健康知识的人际传播这一重要渠道,在我国基层卫生人员仍然匮乏的情况下,可考虑借鉴英国 GM 计划培训和设立社区“健康培训师”、“健康指导员”等健康相关专业人员,强化基层健康相关专业人才队伍建设,形成良好的健康信息传播通路,提升居民健康行为转化率。其次,不断推进全人群健康管理模式建设,重视脆弱人群的健康特点和健康需求,细化其健康管理标准,提供针对性的健康宣教及管理服务。此外,各级政府部门及相关组织机构应当积极推行各类场景下的健康促进行动和健康行为支持计划(如表 1 所示),为居民主动健康管理提供全方位的制度与环境保障。

4.2.2 探索构建整合型健康服务体系

构建整合型健康服务体系是 PHM 的要求之一,国外的 PHM 实践均在一定程度上优先解决了卫生服务体系与社会健康服务系统的割裂问题。因此,我国地方政府应当积极引导和支持各级各类卫生服务机构加强与药店、体检中心、健康管理公司、康养机构、临终关怀机构等社会健康服务主体的沟通协作,逐步建立健全多主体、全生命周期的健康服务体系。在此基础上,我国需要进一步提升健康服务的精准度和覆盖面,一方面提高面向慢性病健康服务的精细化水平,实现“一人一方案”;另一方面借鉴国外 PHM 实践中个体心理危机干预、跌倒预防计划等重点人群健康促进的成功经验,逐步将健康服务供给拓展至重点人群和重大健康问题等领域。

4.2.3 健全健康治理体制与影响评估机制

健康治理需要跨部门的高效协作以及各利益相关主体的广泛参与。英国 GM 计划注重强化地方各相关部门的公共卫生知识和技能培养,德国 GK 模式中则建立了基于不同利益主体的委员会制度,这些经验表明政府需树立社会健康综合治理的管理理念,明确社会治理过程中各相关部门在健康治理方面的权责,在社会治理决策中将保障公众健康权益至于优先考量位置。同时,可探索设立社会健康综合治理的统领性部门或政府专项工作小组,注重提

升非卫生部门的健康意识与技能,确保健康治理中各部门的决策部署协调统一。此外,建立健全健康影响评估机制是实现社会健康综合治理的重要保障。通过建立“事前—事中—事后”全流程的健康影响评估体系,推动社会健康治理政策与决策的循证化、科学化,以评促改,倒逼各职能部门与组织充分履行其在社会健康治理中的应有职能与责任,尤其注重调动非卫生部门参与社会健康治理决策的积极性。同时,在开展健康影响评估的过程中,需吸纳不同领域的专家及公众参与其中,提升评估过程和评估结果的科学性与透明度,实现社会健康的共治共享。

4.2.4 加强健康管理的保障条件建设

建立基于全民的健康管理体系需要强有力的专业人才和数据资源保障。我国在不断深化健康管理与院校医学教育融合的同时,仍需在医护人员轮岗培训和继续教育中加强对于健康管理知识与技能的培训,帮助家庭/全科医生、护理人员乃至专科医生等形成健康服务与健康管理视野,履行健康管理职责。此外,加快建成全民健康管理数据信息平台成为当下优化居民健康管理体系亟需解决的关键问题。国外 PHM 实践前期均会投入大量资金用于健康数据平台建设,以此促进区域内不同机构健康数据信息实现有效联通。鉴于此,我国亦需加快区块链、云技术等信息技术在健康服务领域的应用,加速推进不同地区不同类型健康相关服务机构的数据流转互联,为建成全周期、全流程的居民健康管理体系夯实数据信息基础。再者,借鉴国外 PHM 实践中经济激励的成功经验,我国需进一步探索完善健康管理筹资、绩效考核及激励机制,如探索设立健康服务及健康管理专项经费,并积极拓展社会筹资渠道;建立以全民健康水平提升为导向的政府工作奖惩机制与医保支付方式等,以此强化全民健康管理与社会健康治理的可持续性。

作者声明本文无实际或潜在的利益冲突。

参 考 文 献

- [1] GBD 2019 Diseases and Injuries Collaborators. Global burden of 369 diseases and injuries in 204 countries and territories, 1990—2019: A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019[J]. Lancet, 2020, 396(10258): 1204-1222.

- [2] 中华人民共和国中央人民政府. “健康中国 2030”规划纲要[EB/OL]. (2016-10-25) [2022-10-07]. http://www.gov.cn/zhengce/2016-10/25/content_5124174.htm
- [3] 中华人民共和国中央人民政府. 健康中国行动(2019-2030年)[EB/OL]. (2019-07-15) [2022-10-07]. http://www.gov.cn/xinwen/2019-07/15/content_5409694.htm
- [4] 国务院办公厅. “十四五”国民健康规划[EB/OL]. (2022-05-20) [2022-10-07]. http://www.gov.cn/zhengce/content/2022-05/20/content_5691424.htm
- [5] 王秀峰. 健康中国战略背景下强化全民健康管理的若干思考[J]. 中华健康管理学杂志, 2020(2): 105-109.
- [6] Kindig D, Stoddart G. What is population health? [J]. *Am J Public Health*, 2003, 93(3): 380-383.
- [7] Berwick D M, Nolan T W, Whittington J. The triple aim: care, health, and cost [J]. *Health Affairs (Millwood)*, 2008, 27(3): 759-769.
- [8] Steenkamer B M, Drewes H W, Heijink R, et al. Defining Population Health Management: A Scoping Review of the Literature[J]. *Population Health Management*, 2017, 20(1): 74-85.
- [9] Steenkamer B, de Weger E, Drewes H, et al. Implementing population health management: an international comparative study[J]. *Journal of Health Organization and Management*, 2020, 8; ahead-of-print.
- [10] Jha A K. Population Health Management: Saving Lives and Saving Money? [J]. *JAMA*, 2019, 322(5): 390-391.
- [11] Swarthout M, Bishop M A. Population health management: Review of concepts and definitions[J]. *American Journal of Health-system Pharmacy*, 2017, 74(18): 1405-1411.
- [12] Johns Hopkins University. what are population health & public health? [EB/OL]. [2022-10-07]. <https://publichealth.jhu.edu/academics/mas-in-population-health-management>
- [13] Lyles L F, Hildebrandt H, Mair A. Population Health Management Approach: Integration of Community-Based Pharmacists into Integrated Care Systems: Reflections from the US, Achievements in Scotland and Discussions in Germany [J]. *International Journal of Integrated Care*, 2020, 20(2): 13.
- [14] Moorhead C. Care Coordination in the Context of a Population Health Management Model [M]. Philadelphia, PA: Jefferson School of Population Health, 2010.
- [15] Van Vooren N J E, Steenkamer B M, Baan C A, et al. Transforming towards sustainable health and wellbeing systems: Eight guiding principles based on the experiences of nine Dutch Population Health Management initiatives [J]. *Health Policy*, 2020, 124(1): 37-43.
- [16] 袁家琪, 樊志磊, 郑焯苒, 等. 国外健康影响评估的制度化现状及对我国的启示[J]. *中国卫生政策研究*, 2022, 15(2): 25-33.
- [17] Struijs J N, Drewes H W, Stein K V. Beyond integrated care: challenges on the way towards population health management[J]. *International Journal of Integrated Care*, 2015, 15: e043.
- [18] Gibbs J F, Newman A, Stefanacci R G. Value-based focused global population health management[J]. *Journal of Gastrointestinal Oncology*, 2021, 2 (Suppl 2): S275-S289.
- [19] Fields R W, Gandhi N. Tools for Population Health Management[J]. *Primary Care: Clinics in Office Practice*, 2019, 46(4): 529-538.
- [20] Matthews M B, Hodach R. Automation is key to managing a population's health[J]. *Healthcare Financial Management*, 2012, 66(4): 74-8, 80.
- [21] Great Manchester Combined Authority. The Greater Manchester Population Health Plan 2017-2021 [EB/OL]. [2022-10-07]. <https://www.gmhsc.org.uk/wp-content/uploads/2018/05/Population-Health-Plan-2017-2021.pdf>
- [22] Hildebrandt H, Hermann C, Knittel R, et al. Gesundes Kinzigtal Integrated Care: improving population health by a shared health gain approach and a shared savings contract [J]. *International journal of integrated care*, 2010, 10: e046.
- [23] Walshe K, Coleman A, McDonald R, et al. Health and social care devolution: The Greater Manchester experiment [J]. *BMJ*, 2016, 352: i1495.
- [24] Vize R. The Greater Manchester experiment [J]. *BMJ*, 2016, 352: i1611.
- [25] Great Manchester Combined Authority. Taking charge of our Health and Social Care in Greater Manchester [EB/OL]. [2022-10-07]. <https://www.gmhsc.org.uk/wp-content/uploads/2018/05/Taking-Charge-summary.pdf>
- [26] Great Manchester Health and Social Care Partnership. Taking charge is working in Greater Manchester [R/OL]. [2022-10-07]. <https://www.gmhsc.org.uk/wp-content/uploads/2020/03/Taking-Charge-is-Working-in-Greater-Manchester.pdf>
- [27] Pimperl A, Schulte T, Mühlbacher A, et al. Evaluating the Impact of an Accountable Care Organization on Population Health: The Quasi-Experimental Design of the German Gesundes Kinzigtal [J]. *Population Health Management*, 2017, 20(3): 239-248.
- [28] Hildebrandt H, Pimperl A, Schulte T, et al. Pursuing the triple aim: evaluation of the integrated care system

- Gesundes Kinzigtal: population health, patient experience and cost-effectiveness [J]. Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz, 2015, 58(4-5): 383-392.
- [29] Schubert I, Stelzer D, Siegel A, et al. Ten-Year Evaluation of the Population-Based Integrated Health Care System “Gesundes Kinzigtal” [J]. Deutsches Arzteblatt International, 2021, 118(27-28): 465-472.
- [30] 谭震, 朱艺, 肖苹, 等. 我国健康管理体系的发展现状及未来展望[J]. 中国社会医学杂志, 2022, 39(3): 247-251.
- [31] 崔亚男. 新媒体视阈下新冠肺炎疫情的健康传播特点及其传播策略探究[J]. 新闻文化建设, 2020(11): 148-150.
- [32] 张阳, 游永豪, 王广磊. “健康中国”背景下体医融合干预慢性病的模式研究[J]. 卫生经济研究, 2021, 38(10): 23-25, 29.
- [33] 毛树存, 李洁, 曹锦程, 等. 许昌市居民“三减三健”知行现状调查及影响因素分析[J]. 健康教育与健康促进, 2021, 16(1): 5-8, 61.
- [34] 白书忠, 武留信, 吴非, 等. “十四五”时期我国健康管理发展面临的形势与任务[J]. 中华健康管理学杂志, 2021, 15(1): 3-6.
- [35] 董寅, 李娜, 张高峰. 县级医疗卫生服务整合模式研究:以浙江省玉环市人民医院健共体集团为例[J]. 卫生经济研究, 2023, 40(3): 20-23.
- [36] “三个一”健康管理“郑州模式”落地生效[J]. 健康中国观察, 2021, 20(4): 10-11.
- [37] 马帅, 李晋磊, 张娟, 等. 国家慢性病综合防控示范区建设评估的定性研究[J]. 中国慢性病预防与控制, 2018, 26(5): 358-361.
- [38] 曹毛毛, 陈万青. 推进农村地区癌症早诊早治 提高居民健康水平[J]. 中国肿瘤, 2022, 31(12): 937-940.
- [39] 北京市人民政府. 北京市人民政府关于印发《“十四五”时期健康北京建设规划》的通知[EB/OL]. (2021-12-21) [2023-05-04]. https://www.beijing.gov.cn/zhengce/zhengcefagui/202112/t20211229_2575955.html
- [40] 国务院办公厅. 国务院办公厅关于印发健康中国行动组织实施和考核方案的通知[EB/OL]. (2019-06-24) [2023-05-04]. http://www.gov.cn/zhengce/content/2019-07/15/content_5409499.htm
- [41] 王秀峰, 苏剑楠, 王昊. “健康中国”建设监测评估框架和指标体系研究[J]. 卫生经济研究, 2020, 37(3): 3-6.
- [42] 魏娜, 罗雅玲, 刘莉, 等. 基于岗位需求的健康管理型护理本科毕业生培养质量评价体系的研究[J]. 护理研究, 2023, 37(8): 1317-1324.
- [43] 王保祥, 张卫茹, 付斌, 等. 全科住院医师健康管理能力提升的教学模式探索[J]. 中华健康管理学杂志, 2023, 17(3): 228-231.
- [44] 何慧, 吴伟晴, 廖淑萍, 等. 智慧健康管理的实践与探索[J]. 中华健康管理学杂志, 2023, 17(1): 63-66.
- [45] 李江, 陶沙, 李明, 等. 健康管理的现状与发展策略[J]. 中国工程科学, 2017, 19(2): 8-15.

[收稿日期:2023-02-01 修回日期:2023-05-19]

(编辑 薛云)