习近平总书记强调，卫生与健康事业具有全局性、基础性作用，必须坚定实施健康优先发展战略。人民健康是民族昌盛和国家强盛的重要标志，确保人民群众生命安全和身体健康，是我们党治国理政的一项重大任务。围绕实施健康优先发展战略，学习时报高端智库版展开深入探讨。

实施健康优先发展战略增进人民健康福祉

实施健康优先发展战略要着力补短板强弱项

□ 诸宏明

党的十八大以来，以习近平同志为核心的党中央始终坚持把人民健康放在优先发展的战略位置，作出实施健康中国战略的重大决策部署，推动我国卫生健康事业取得历史性成就。进入新发展阶段，人民群众对健康生活的向往持续升级，不再仅仅满足于看病就医，健康需求正从“治已病”向“治未病”转移，需求层次更趋个性化、精细化，更加追求高品质、全方位、全生命周期的健康服务。健康不仅是民生福祉，更是支撑劳动生产率提高、消费潜力释放和创新活力激发的重要基础，公共卫生安全构成国家总体安全的基础屏障，健康产业加快成长为国民经济支柱性产业，健康环境建设全面赋能美丽中国愿景，健康在经济社会发展中的全局性、基础性地位更加凸显。因此，必须坚定实施健康优先发展战略，明确健康优先发展战略的内涵要义，认清面临的困难和挑战，确定当前阶段的落实重点。

健康优先发展战略具有丰富内涵。这一战略的核心是将保障人民健康放在优先发展的战略位置，推动健康工作从卫生健康领域向经济、社会、文化、生态等各领域拓展，实现卫生健康事业发展同经济社会发展相协调、人民健康水平同现代化发展水平相适应。

健康优先发展是补短板强弱项的协调发展。实施健康优先，要扬优势、固根基，更要补短板、强弱项，直面优质健康资源供给不足、布局失衡等突出矛盾，通过改善资源投入、提升治理效能、提高保障水平，促进健康中国建设适应中国式现代化的战略需要。应聚焦健康领域同经济社会发展不相协调、同群众健康期盼不相适应的重点领域和关键环节精准施策，并对能够赋能全局的重点领域适度前瞻布局，以更好发挥其先导性带动作用。

健康优先发展是以健康事业创新发展为根本任务的高质量发展。这就要求把健康科技创新、高素质健康人才培育、健康产品与服务扩容提质、健康治理体制机制创新摆在突出位置，增强优质健康产品和服务供给能力，打造健康生产生活环境，促进全社会普及健康生产方式与文明生活方式。依靠理论创新、制度创新、管理创新、组织创新破除体制堵点，激活健康事业与健康产业发展的内生动力。

健康优先发展是坚持民生导向的普惠共享发展。健康优先发展始终坚持以人民为中心的发展思想，资源配置重点投向源头性、基础性健康领域，统筹兼顾健康保护、健康维护、健康促进之间的关系，统筹兼顾广大群众基本健康需求与多层次需求，以健康优先促进健康公平，让发展成果更多更公平惠及全体人民。

健康优先发展是涵盖思想文化、制度政策、策略措施的战略体系。在思想文化体系层面，需要建立一整套健康优先发展的价值和规范，系统回答健康优先发展的必然性与必要性、原则和法则等基本理论和认识问题，使健康优先成为全社会共识和共同价值追求。在制度政策体系层面，需要确保健康融入所有政策，规划制定、政策设计、项目论证、工程建设等都优先考虑对人民健康的安排。在策略措施体系层面，既需要在战略重点、优先次序、主攻方向等方面确立正确的发展策略，又要求在实施机制、推进方式和发展路径等方面制定科学的方法措施，确保战略部署落地见效。

实施健康优先发展战略需要补齐短板弱项。坚定实施健康优先发展战略，既要看到长期积累形成的坚实基础与有利条件，也要清醒研判内外部环境变化带来的风险挑战，正视深层次矛盾和短板，不断增强推进战略实施的前瞻性和主动性。

战略实施理论与制度设计尚在探索之中。走出一条符合我国国情的健康优先发展道路，属于开创性实践，面临不少未知课题。当前，健康优先发展战略的核心要求、制度框架、实施方略、标准规范、方法措施有待明确，推动健康优先由战略主张转向稳定可靠的政策实践仍有较长路程。

源头性、基础性短板弱项治理任务艰巨。基层医疗、公共卫生、中医药等是必须补强夯实的事业根基。这些短板成因复杂、积累时间长，具有长期性、反复性特征。经过持续改革建设，我国基层服务能力、公共卫生体系、中医药事业取得长足进步，但与健康事业高质量发展要求仍有差距，持续攻坚的难度较大。

统筹协调体制机制尚不完善。健康影响因素的广泛性、社会性，决定了健康治理必须跨部门、跨领域、跨地域协同推进。当前，战略落实的统筹协调机制尚未完善，治理体系与行政体制同跨领域复杂决策需求之间的适配度有待提升。

战略支撑保障能力有待加强。当前，人才供求矛盾较为突出，优秀领导管理人才、复合型公共卫生人才、高端医学创新人才紧缺，基层人才引育留用困难，难以支撑长远发展需要。医药健康领域的关键核心技术攻关仍需持续发力，新兴科学技术在健康管理、临床服务、公共卫生领域的应用深度不足。健康决策支撑体系建设滞后，战略谋划、循证决策、监测预警等智库支撑能力也不足。

国际国内形势深刻变化带来多重挑战。当前，世界百年未有之大变局加速演进，我国卫生安全和国际合作面临更多不确定性和风险挑战。我国经济已由高速增长阶段转向高质量发展阶段，经济增长面临下行压力，财政收入增速放缓，健康事业投入保障面临更大约束，如何在经济转型期保障健康投入、实现健康事业高质量发展，是战略实施必须应对的现实考验。

围绕重点领域和关键环节精准施策。实施健康优先发展战略是一项涉及全局的系统工程，必须立足中国国情、把握阶段特征，聚焦重点领域和关键环节精准发力，推动战略要求转化为实实在在的发展成效。

健全健康优先发展的制度体系。抓紧研究出台实施健康优先发展战略的指导性文件，明确阶段性目标、重点任务、协同机制和推进路径，细化时间表、路线图，统一思想共识、凝聚部门合力，为全国统筹推进落实提供系统行动遵循。健全高位统筹的领导体制，完善卫生健康与发展改革、财政、教育、科技、工业和信息化、生态环境、住房城乡建设等部门常态化联动机制，破除部门协同壁垒，形成同向发力的工作格局。完善试点推广工作机制，坚持全国“一盘棋”与地方差异化探索相统一，既统一底线标准、保障基本公平，又鼓励基础较好地区在健康影响评估立法、规划健康前置、投入保障机制等方面先行先试，及时总结形成可复制可推广的实践经验。健全与经济社会发展相适应的卫生健康投入机制，持续优化支出结构，加大对欠发达地区、基层医疗卫生和公共卫生领域的转移支付力度，筑牢基层网底、促进健康公平。健全以健康结果为导向的绩效考核评价制度，建立常态化健康绩效评估机制，压实各级各部门健康管理建设责任。完善高端决策咨询制度，建设高水平卫生健康智库，为战略实施提供坚实的理论支撑和智力保障。

聚焦重大民生需求形成资源供给的全社会合力。要持续扩大优质健康资源供给，紧扣慢性病管理、老年照护、康复护理、精神卫生、儿科医疗等群众急难愁盼问题，推动优质医疗资源扩容下沉和区域均衡布局。加快完善医疗卫生标准体系，修订康复、精神、中医、疾控、采供血、基层医疗卫生机构等专项建设规范，融入“平急转换”、智慧医疗、绿色低碳、适老化、人文服务等要求。加快创新医疗器械、居家照护耗材、应急医疗物资等领域标准研制，推动标准从重硬件达标向重服务质量转变。深化健康环境建设，推进空气质量改善、饮用水源安全保障、垃圾无害化处理等专项行动，构建健康宜居的人居环境。大力倡导文明健康的生活方式和生产方式，培育科学膳食、主动运动、文明无烟等健康生活方式，积极构建安全健康、职业友好的生产方式。

以科技创新与人才队伍建设引领健康供给提质升级。应牢牢把握“面向人民生命健康”的战略方向，聚焦公共卫生智能预警、重大疾病防治、高端医疗装备、数智健康应用等关键领域集中攻关，深化医产学研用深度融合，推动创新成果加快向临床服务转化。统筹推进卫生健康人才队伍建设，分层分类建强战略科学家、医学领军人才、基层实用人才和健康经营管理人才梯队，重点补齐全科医学、精神卫生、老年照护、公共卫生等紧缺领域人才短板，打造规模适宜、结构合理、能力过硬的专业化人才队伍。

强化健康优先发展战略与经济社会发展、其他战略统筹适配。健康优先发展战略是中国式现代化的重要组成部分，必须坚持系统观念，自觉放在发展大局中统筹谋划、协同推进。一方面，统筹健康发展与经济社会协调适配。立足发展阶段的特征和财政的社会承受能力，准确把握健康优先的阶段性要求，动态调整优先领域与支持力度。当前，应重点向公共卫生、基层医疗卫生、慢性病综合防控、老年健康照护、精神卫生服务等领域倾斜，兼顾前沿医学技术、创新药械研发等长远需求，坚持补短板与谋长远并重，避免结构失衡、资源错配。另一方面，深度对接国家重大战略体系。推动与各领域重大战略同向发力、双向赋能，如与教育强国、人才强国战略协同对接，共育高素质卫生健康人才梯队；与制造强国、质量强国战略协同发力，提升医药产业自主可控水平；与文化强国、旅游强国战略有机结合，丰富健康科普供给，培育康养文旅新业态；与乡村振兴、区域协调发展战略深度联动，持续缩小城乡区域健康服务差距。通过多战略深度融合、协同联动，强化政策系统集成，形成互促共进、整体提升的战略合力。

（作者系国家卫生健康委卫生发展研究中心主任）

治理之道

以科学健康观引领健康管理能力提升

□ 简伟研

世界卫生组织的一项研究表明，个人行为和生活方式对健康的影响占60%，因此，引导全社会树立正确健康观，进行有效的健康自塑和管理，就成为健康优先发展战略落地的必然之举。健康管理是增进和维护健康的基础和保障，外在表现为健康决策和健康行为，内在驱动力则是健康观念，即是否真正把健康当作最宝贵的财富，并愿为长远健康切实付诸行动。科学的健康观，既体现在“预防是最经济最有效的健康策略”“每个人是自己健康的第一责任人”，又体现在“将健康融入所有政策”。

全社会的科学健康观，包括3个相互支撑的层面。一是公众层面的“自塑”。健康不能完全依赖医生和药物，每个人都应当好自身健康的“第一责任人”。健康观的塑造，起点是树立“把健康主动权握在自己手中”的自觉，落点是通过健康素养提升，使健康生活方式内化为日常习惯，行之自然而无束缚之感。二是医务人员层面的“善导”。医务人员践行“医防融合”，不止于看好病，还要讲清健康道理，并做健康生活方式的表率。积极引导群众树立科学健康观，是高素质医务人员队伍核心素养的重要体现。三是各部门层面的“共担”。建设健康中国绝非卫生健康部门一家之事，各部门都应把健康视为发展的目的与前提，充分认识健康影响因素广泛存在、相互交织，做到规划制定、政策设计、项目论证、工程建设等都优先考虑对人民健康的影响，以政策与环境为群众健康兜底，让健康选择更容易、更自然，为公众“自塑”创造良好条件。

观而思

从社会具体情况来看，随着经济社会发展和健康知识普及行动的广泛开展，我国居民健康素养水平已由2012年的8.8%升至2025年的33.69%，但健康行为采纳明显滞后，2025年经常锻炼的人群比例仅38.5%，15岁及以上人群吸烟率下降缓慢，2022—2023年流感季老年人流感疫苗接种率仅4.16%，知行脱节的重要原因在于公众采纳健康生活方式的内驱力不足。医务人员已经普遍认可医防协同、医防融合，但“重治轻防”惯性仍然存在。医学教育对医学生大健康理论的引导和教育不足，健康风险研判和健康促进技能训练薄弱。同时，“没时间、没动力”的机制约束突出，健康教育多不计入工作量、不入收费目录、不进考核指标，健康宣教还存在“说起来重要、做起来次要”的情况。各级政府和各部门日益重视将健康融入所有政策，但在行动上一些地方和部门仍把健康视为卫生健康部门的分内事，开展健康影响评估尚未成为重大政策和项目决策的刚性程序。跨部门协作的常态化统筹协调、责任分担和考核评价机制不完善，卫生健康部门在提供健康证据、牵头协调上仍有主动作为空间。如何把权威倡导转化为长效机制、把部门共识转化为协同行动，是“十五五”时期健全健康促进政策制度体系必须破解的课题。

落实健康优先发展战略，公众“自塑”、医务人员“善导”、部门“共担”，三者缺一不可。公众层面，观念养成贵在趁早、重在坚持。大力营造良好社会氛围，提升公众“自塑”的意识和能力。将健康教育纳入国民教育体系，完善大中小学健康课程，推动健康知识、技能和价值观进教材、进课堂、进头脑，从源头培育科学健康观。加强健康传播治理，既纠治伪科学，也纾解“健康焦虑”。医务人员层面，发挥其作为科学健康观第一传播者的作用，把诊室变成健康教育前沿阵地。把健康促进作为医学院校必修课并纳入继续教育，使“会看病”与“会教人防病”并重。把健康教育和健康管理成效纳入医疗机构绩效考核和职称评审。促进形成良性循环，从“为治病买单”转向“为健康买单”，让民众越健康、医务人员越受肯定，越有动力带头践行健康生活方式。政府层面，健全跨部门协调机制和稳定投入保障，把居民健康素养、超重肥胖率等关键指标纳入经济社会发展评价，以健康影响评估为抓手，推动其从“软约束”变为“硬约束”。卫生健康部门应主动作为，当好技术支撑者和牵头协调者，主动“出题”、提供证据、搭建平台。

健康观是健康管理的“总开关”，开关打开，预防意识、就医理性和健康行为才会被持续激活。科学健康观的养成需要持久努力。唯有公众以“自塑”筑牢内因、医务人员以“善导”贯通内外、各部门以“共担”夯实外因，并以制度提供长效保障、用科学证据校准方向、以持久行动久久为功，才能提升全民健康管理能力，真正将健康优先发展战略落到实处。

（作者系北京大学公共卫生学院研究员）

从以治病为中心向以健康为中心转变

□ 潘 杰

习近平总书记强调，“现代化最重要的指标还是人民健康，这是人民幸福生活的基础”。我国以占国内生产总值6.7%的卫生总费用，服务着全球17%以上的人口，人均预期寿命已达79.25岁，成就有目共睹。从以治病为中心转向以健康为中心，是实施健康优先发展战略的核心要求，也是与人民对美好生活的向往相适应的理念更新。

从现代化建设看，健康是“1”，其他是后面的“0”。把保障人民健康放在优先发展的战略位置，体现的是人民至上、生命至上。从人民期盼看，随着疾病谱变化和老龄化加深，慢性病导致的死亡人数占总死亡人数的80%以上，60岁及以上老年人慢性病患病率接近八成，群众需求已不只是“看得上病、看得好病”，更希望少得病、晚得病、不得大病。这一转变不是否定医疗的基础性作用，而是在做强医疗长板的同时补上预防和健康管理的短板。

随着经济社会高质量发展和人民群众健康素养水平的提高，传统以治病为中心的理念已不适应人民群众的健康追求。一是价值导向应从“提供服务”转向“促进健康”。当前，预防为主已形成广泛共识，但健康结果只有转化为可考核、可评价的指标，预防为主才能真正从理念落到行动上。评价工作成效，不能只看完成了多少服务，更要看健康的改善、群众的获得。应完善以健康产出和服务质量为主的绩效考核体系，把指挥棒从服务量转向健康结果。健康结果类指标可以从不同角度设计，如一些疾病本可通过预防和基层门诊及时化解，最后却拖成了住院，这类“可以避免的住院”占总住院量的比重已超一成，每年直接医疗费用较为可观，既反映预防成效尚有提升空间，也指向以治病为中心的惯性。应把有限资源集中投向健康收益最大的领域，推动医保从为疾病付费转向为健康付费，把可避免住院率、慢性病规范管理率等作为支付调整依据，继续探索对紧密型医联体医保总额预付与健康结果挂钩与结余留用的运行机制，让“防住病”真正有受益主体。

二是运行模式应从“物理布局”转向“内生协同”。机构建在哪里，不等于体系就能连得起来。单体医院关注的是患者个体和诊疗质量，而一个地区人群的健康、服务体系的整体表现该由谁负责尚不明确。部分地区住院服务量偏高，却难以确定该由谁负责，往往只能采取临时性办法。责任落实不到具体主体，健康优先就缺少可问责的着力点。我国基层医疗卫生机构已超100万个，诊疗量却仅占52.6%，“建得多”不等于“用得好”。可在省域内打破市、县行政区划界限，划分若干医疗服务区，以区域为单位、以整体绩效为重点建立监测评价机制，统筹区域健康责任。医疗服务区既要有责任边界，也要有组织载体承接：在县域依托紧密型县域医共体、在城市依托紧密型城市医疗集团，形成责任、管理、服务、利益共同体；再进一步从“医共体”迈向“健共体”，探索将疾控机构纳入其中。相应地，监管考核也要从单体机构转向服务体系整体，并与医保支付、绩效工资总量挂钩。

三是服务重心应从“被动医疗”转向“主动健康”。现行体系长于治疗、短于预防和康复，全链条尚未贯通；部分诊疗服务科学依据不足、实际效果有限，减少这类低效服务、以更有效的服务替代，仍有较大空间。以职业人群为例，我国职业人群在入职健康筛查、在岗健康监护、离岗评估和离岗后慢性病接续管理等环节供给不足、效能不高，职业健康往往被窄化为“在岗期间的职业病防治”。工作年龄人群正处于健康风险的积蓄期，这一阶段的维护跟不上，老年阶段的疾病负担就无从化解。要把健康管理向前延伸到入职求职、向后覆盖离岗退休，推动职业健康检查与慢性病筛查相融合，让健康数据与档案“跟着人走”。同时，人工智能不只是辅助工具，也是改变医疗服务组织方式和治理规则的关键变量，其应用可以承担主动随访、健康评估、风险识别等连续性工作，大幅降低大规模人群筛查和连续性健康管理的成本，推动健康管理从碎片被动式向连续主动式转变，把优质资源引向基层和边远地区。

从以治病为中心到以健康为中心，是理念之变、机制之变、考核之变，事关“十五五”时期健康中国建设能否取得决定性进展。转变要落地，关键是把健康目标转化为可测量、可考核、可评价的政策工具，让有限的投入产出最大的健康效果，让人民群众少得病、晚得病、不得大病。

〔作者系四川大学华西公共卫生学院（华西第四医院）院长〕

深度观察