

·健康中国研究·

大健康与大健康产业的概念、现状和前瞻

——基于健康社会学的理论分析

唐 钧

(中国社会科学院 社会学所 北京 100732)

[摘要] 近年来,“大健康”和“大健康产业”成为中国政界、商界和学界热议的话题。本文从健康社会学的视角指出,广义的大健康可分为狭义的大健康和大卫生(医疗卫生)。同样,广义的大健康产业也可以划分出狭义的医药产业和健康产业。数据表明,在大健康产业中,医药产业占据明显乃至绝对的优势,这样的态势压制了健康产业的发展,也不利于大健康产业的全面发展。广义的大健康和大健康产业应该是具有整合意义的概念,必须使医药产业和健康产业功能耦合,从而发挥1+1>2的整体效应。

[关键词] 大健康; 大健康产业; 医药产业; 健康产业; 整体效应

[中图分类号] C913.7 **[文献标识码]** A **[文章编号]** 1003-4145 [2020]09-0081-07

DOI: 10.14112/j.cnki.37-1053/c.2020.09.013

2016年迄今,“大健康”和“大健康产业”已成为中国政界、商界和学界热切关注的话题。近年来,笔者在深入研究“大健康”和“大健康产业”议题时,参加了很多以此为主题的“高峰”或“高端”论坛,也参观了很多“大健康产业园区”。然而,笔者发现,在此类会议和活动中,很多地方领导和企业老总乃至一些热衷此道的专家学者,似乎对“健康”的概念并不十分清楚;而在一些试点地区大家参观的多是三甲医院和大健康产业园区中的药企。如果按照这个趋势发展下去,真正的大健康理念的确立和大健康产业的发展恐怕难以如愿。为此,笔者不揣冒昧,尝试撰文发表一些粗浅的看法。

一、需要厘清的基本概念

要讨论大健康产业的发展路径,需要从厘清一些相关的基本概念开始。

1. 什么是“健康”?

早在1948年世界卫生组织(World Health Organization,缩写为WHO)诞生时,为给自己正名,曾经下过一个“健康(Health)”的定义,即“Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity”^①。此定义在WHO网站上表述为“健康不仅为疾病或羸弱之消除,而系体格、精神与社会之完全健康状态。”这样的表述,无疑很符合70年前的阅读习惯。但现在时代不同了,为了让公众更容易读懂和把握WHO的定义,笔者试图把它通俗地翻译成“健康不仅是不生病或不衰弱,而且还是身体的、精神的和社会的完好状态。”^②虽然这两个定义措辞不同,但意思却是完全一致的,只是WHO网站上的原创比较“文绉绉”,我们的译文更为“大白话”而已。

但是,在国内的中文网站上还盛传一些可能产生误导的“健康”定义,譬如,有的把Social Well-being单独翻译成“社会适应”,有的在定义中加入了“道德健康”,不一而足。在WHO网站上搜寻,并没有找到上述说法的出处,却看到了这样的声明“本定义的文獻资料出处为:1946年6月19日至7月22日在纽约召开

收稿日期:2020-03-01

作者简介:唐钧(1948—),男,中国社会科学院社会学所研究员,主要研究方向为社会政策。

^①Constitution, World Health Organization (<https://www.who.int/about/who-we-are/constitution>) .

^②唐钧、李军《健康社会学视角下的整体健康观和健康管理》,《中国社会科学》2019年第8期。

的国际卫生会议通过,61个国家代表于1946年7月22日签署《世界卫生组织正式记录》第2号第100页)并于1948年4月7日生效的世界卫生组织《组织法》的序言。自1948年以来,该定义未经修订。”^①这个声明,尤其是最后一句中对“未经修订”的强调,似有所指。

WHO的健康定义逐渐形成了广泛的国际共识,促使诞生于19世纪后半期的一门新兴学科——医学社会学从20世纪末逐渐转型为健康社会学,由此也催生了健康社会政策。即使是《医学社会学》一书的作者威廉·考克汉姆(William Cockerham),最近也提出:健康社会学的应用已经非常广泛,这一点在最新的理论中表现得尤为明显。相关理论包括健康的基本目标、社会医学化、社会资本、区域劣势和健康生活方式理论。^②在本文中,我们将用健康社会学的视角来分析与大健康和大健康产业相关的概念以及大健康产业的发展现状和未来前景。

我们再来解释WHO定义中的“社会的完好状态”指的是什么。WHO对健康的影响因素有专门的解释:1992年,WHO在维多利亚宣言中提出了人类健康的四大基石“合理膳食、适当运动、戒烟限酒和心理平衡”^③。此前发布的一份报告披露了与健康相关的各种影响因素所占的比重,其中物理环境占7%,社会环境占10%,遗传因素占15%,而人的行为和生活方式占比高达60%,最为国人青睐的医疗服务则仅占8%。^④社会因素对健康影响甚广:在上述诸因素中,除了占比10%的社会环境之外,恐怕最主要的是占比60%的人的行为和生活方式。上述两个社会因素相加,占比居然高达70%。

对此,健康社会学作出了这样的解释:首先是人类疾病谱已经转变,已经从20世纪前60年的“医学时代”转型为20世纪70年代的“后医学时代”^⑤。社会大众越来越清楚,慢性病如高血压、糖尿病、脑卒中、癌症等,单纯的医学手段其实无法治愈;其次是很多疾病是不良的生活方式造成的,譬如艾滋病和抽烟导致的肺癌,最新的发现还有因破坏自然环境、侵犯野生动物而感染冠状病毒引发的SARS(非典型肺炎)、MERS(中东呼吸综合症)和COVID-19(新冠肺炎);第三是面对复杂多变的健康威胁,医疗不再是唯一答案,可信的解决之道其实更多的是社会方案,譬如公共卫生和健康管理^⑥。

2. 怎样理解“大健康”?

“大健康”的说法,颇具中国特色,这个新名词在中国的医学界和医疗服务行业中的“存在感”已有一段历史。如果到知网上去搜寻,会发现这个概念最早在1991年就出现了^⑦,但早期使用大多局限于“圈内”。

在2016年的全国卫生与健康大会上,习近平总书记提出要“树立大卫生、大健康的观念,把以治病为中心转变为以人民健康为中心”^⑧之后,大健康的说法在全国范围内得到了广泛的传播。对于这个概念,专家学者也从各种角度给予解读:张立平提出,大健康围绕着人的衣食住行和生老病死,关注各类影响健康的危险因素和解决关系健康的重大及长远问题,以“健康服务全覆盖、优质公平可持续”为目标,大力倡导全民健康建设。^⑨闫希军等则认为,只有在大健康的认知框架下,人们才能对健康和疾病这个原本就是人类完整生命现象中无法分割的现象,进行更为合理和科学的认知,这种新的认知框架是人类在健康领域开始探索实践的逻辑起点。^⑩

以上种种在价值理念和认知框架层面上给出的大健康定义,相对来说比较务虚;而习近平在全国卫生与健康大会上的讲话精神,则有着明显的工作部署的意味。从健康社会学的角度去解读,习近平的这段讲话实际上包含两重意思:

第一层含义是把大健康和大卫生作为两个既有区别又有联系而且是亟待建立的“观念”相提并论提出

①《世卫组织对健康的定义是什么?》,世卫组织网站 <https://www.who.int/zh/about/who-we-are/frequently-asked-questions>。

②Cockerham, William, *Medical Sociology on the Move: New Directions in Theory*, Dordrecht: Springer, 2013。

③李扬《健康中国2030:健康生活行动议程研究》,《科学与现代化》2017年第2期。

④金磊《关于大健康产业的若干经济学理论问题》,《北京工业大学学报(社会科学版)》2019年第1期。

⑤WHO “Lifestyles and Health” *Social Science and Medicine*, 1986, P.117;考克汉姆《医学社会学》,高永平、杨渤彦译,中国人民大学出版社2012年版,第9页、第78页。

⑥考克汉姆《医疗与社会》,高永平、杨渤彦译,中国人民大学出版社2014年版,第41页。

⑦王东巨《第四医学:健康医学》,《医学与哲学》1991年第4期。

⑧《习近平:把人民健康放在优先发展战略地位》,新华网 http://www.xinhuanet.com/politics/2016-08/20/c_1119425802.htm。

⑨张立平《大健康概念的内涵与特征探讨》,《人民军医》2017年第1期。

⑩闫希军、吴迺峰、闫凯境《大健康与大健康观》,《医学与哲学》2017年第3A期。

©1994-2020 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved. <http://www.cnki.net>

来的。那么,是否可以这样认为,在实际工作中其实存在一个与大卫生并列的大健康。从这个意义上说,与学者们提出的广义但较为务虚的大健康相比,与大卫生并列的大健康可以被理解为一个更为务实的“狭义的”概念。亦即:(广义的)大健康=(狭义的)大健康+(狭义的)大卫生。

在两个狭义层面的概念中,我们先来讨论“大卫生”:在中文语境中,卫生是个百搭词,翻译成英语,竟也是 Health,即健康。但是,国家卫生与健康委员会翻译成英语却是“National Health Commission”。显而易见,这里的 Health 把卫生和健康都涵盖在内,言简意赅,相当于广义的“大健康”。

回到中文语境中,国家卫健委的名称中既然分别列出“卫生”与“健康”,其涵义必然有所区别。中文有一个组合词,就是“医疗卫生”。按国人的理解,这两者可以说是形影不离:若说医疗,就离不开卫生;反之也成立。从政府部门的历史传承看,从卫生部到国家卫计委再到国家卫健委,国务院对卫生领域的部门划分和行政职责的界定是相对稳定的,其核心内容就是医疗卫生,包括医疗服务、药品器械、公共卫生、疾病控制等。

无论是广义的还是狭义的“大健康”概念,之所以得到高层的重视,涉及习近平总书记讲话的第二层含义,即“把以治病为中心转变为以人民健康为中心”。在这里,“治病”和“人民健康”显然是两个概念。同时,卫健委的工作重心要从前者向后者转变,可见“以治病为中心”的观念及做法,肯定有所偏颇,我们称之为“传统健康观”^①。习近平的讲话将关于健康定义的国际共识与中国国情结合起来,形成现代意义上的整体健康观,指明了“以人民健康为中心”的改革方向。

但是,遗憾的是,上述的观念更新和改革方向虽然极为重要,但在实际工作中却仍然没能得到完全的贯彻落实。即使是先行一步的“试点”,也仅仅推进到“慢病管理”便止步不前。究其原委,传统健康观的顽固性仍然不容小觑。如今从理论工作者到实际工作者,似乎离开“医疗”和“疾病”来谈论健康,都会感到不适应。于是,一堵从价值理念到话语体系再到行为方式交织而成的无形幕墙遮蔽了我们的双眼,狭义层面的健康产业的发展也在此遭遇了障碍。

二、大健康产业的现状和问题

以上对与“健康”和“大健康”等概念的阐述和诠释,是为我们进一步研究和分析“大健康产业”做理论上的铺垫。以下,我们的探讨要从“健康”和“大健康”跨越到“大健康产业”。当然,按学术惯习,我们的讨论还是要从对大健康产业作界定开始。

1. 大健康产业的定义

和“大健康”一样,“大健康产业”的提法也有些历史了,但真正热起来却是在 2014 年以后。以大健康产业为主题词在知网上搜寻,在最近的 6 年中,相关文章共有 3682 篇之多。尤其是 2016 年以来,“大健康产业”更成为中国社会的一个热词。

首先看大健康产业的内涵,汤炎非提出“凡是直接影响健康,能直接改善、促进或保障健康的产业,或与健康紧密联系的服务及相关制造等产业均属于健康产业。”^②无独有偶,前瞻产业研究院的一份报告中也提出“大健康产业是指与维持健康、修复健康、促进健康相关的一系列健康产品生产经营、服务提供和信息传播等产业的统称”^③。显然,这两个定义都是在广义的大健康的层面给出的,但比较务虚。金碚也在广义大健康的层面界定大健康产业,他认为:大健康产业是“满足人民健康的各类活动中的那些具有‘产业’性质的领域”,“通常是以形成一定‘产品’或‘服务’的供求关系的方式所进行的市场化的生产性经济活动”^④。显而易见,这个定义的经济学意味比较浓郁。张车伟等同样在广义大健康层面界定大健康产业,他们指出,大健康产业是“以优美生态环境为基础,以健康产品制造业为支撑,以健康服务业为核心,通过产业融合发展满足社会健康需求的全产业链动”^⑤。相对而言,这个定义更接近社会学的立场。

再看大健康产业的外延,汤炎非认为“健康产业既包括直接影响健康水平的医疗服务业,为医疗服务等提供支持或保障的医疗器械、医药制造产业、保险,也包括健康服务评价、健康预防以及休闲健身、健康旅

①唐钧、李军《健康社会学视角下的整体健康观和健康管理》,《中国社会科学》2019年第8期。

②汤炎非《给健康产业发展找个“新标尺”》,《健康报》2018年12月18日,第7版。

③吴小燕《2018年我国大健康产业市场现状与发展趋势》,载《前瞻产业研究院研究报告》2018年版。

④金碚《关于大健康产业的若干经济学理论问题》,《北京工业大学学报(社会科学版)》2019年第1期。

⑤张车伟、赵文、程杰《中国大健康产业:属性、范围与规模测算》,《中国人口科学》2018年第5期。

游、健康养老等健康服务新业态。”^①这个关于大健康产业外延的界定作出了医疗服务和健康服务的划分,并且在下一个层次进行了细分。张车伟等在研究报告中指出“国际上将健康产业分为狭义和广义两种”,“狭义的健康产业一般是指经济体系中向患者提供预防、治疗、康复等服务部门的总和,这与中国的医疗卫生服务业相对应”^②。这个划分其实是试图在广义大健康产业之下,在狭义的层面上划分出“医疗卫生服务业”和“其他健康产业”两个部分。文中解释道:前者是“以医疗卫生知识和技术为基础,以维护与促进人类身体健康状况或预防健康状况恶化为主要目的,直接服务于人民健康相关活动的集合。它对应人类面临的不同健康问题,可以分为治疗服务、康复服务、长期护理服务、辅助性服务、药品和医疗用品零售、预防服务等”,后者则是指“对健康人群提供保健产品和保健服务的经济活动”。

前瞻产业研究院报告从实践层面对大健康产业作出划分:大健康产业具体包括五大细分领域:一是以医疗服务机构为主体的医疗产业;二是以药品、医疗器械、医疗耗材产销为主体的医药产业;三是以保健食品、健康产品产销为主体的保健品产业;四是以健康检测评估、咨询服务、调理康复和保障促进等为主体的健康管理服务产业;五是以养老市场为主的健康养老产业。^③将以上划分整合一下,其实也可以归为两大类:一是以医疗服务及产品为目标的,如上述前两个(细分)领域;二是以健康服务及产品为目标的,如后三个(细分)领域。

总而言之,从以上内涵的界定看,基本上都是在广义大健康的层面以不同学科的不同视角对同一事物作出描述和诠释;从外延的界定看,则是试图在狭义层面上对各种不同的范畴作出明晰的划分。

2. 大健康产业的现状

关于大健康产业的发展现状,我们主要讨论其规模和结构。需要说明的是,由于大健康产业内涵和外延的不确定,加上统计口径的不尽相同,在讨论其大健康产业的规模时,不同报告之间的差异也会比较大。先看中国大健康产业的规模,前瞻产业研究院的两份报告很有参考价值,我们从中引用了这样一些数据:

表1 2010—2018年中国大健康产业的规模及占GDP的比重

年份	规模(万亿元)	GDP占比(%)	年份	规模(万亿元)	GDP占比(%)	年份	规模(万亿元)	GDP占比(%)
2010	1.93	41.21	2013年	3.74	59.30	2016年	5.61	74.01
2011	2.60	48.79	2014年	4.50	64.13	2017年	6.22	82.08
2012	2.99	53.86	2015年	5.50		2018年	7.01	90.03

资料来源:吴小燕《2018年我国大健康产业市场现状与发展趋势》,载《前瞻产业研究院研究报告》2018年版;黄斌诚《2019年中国大健康产业全景图谱》,载《前瞻产业研究院研究报告》2019年版。

利用这些数据作预测,2020年中国大健康产业的规模是8万亿元,比2010年翻了两番;到2030年再翻一番,可达到16万亿元。^④无独有偶,这个预测结果和《“健康中国2030”规划纲要》提出的“我国健康服务业总规模”的要求相当一致。

张车伟等根据国家统计局编纂的2012年的“投入产出表”和2015年“投入产出表延长表”计算了居民医疗、保健消费、政府医疗、卫生支出、社会卫生支出和老年人非医疗保健消费等各项支出的数值,估算出当前大健康产业市场的经济规模。^⑤他们的预测结果如下:

表2 2012—2016年中国大健康产业的规模及占GDP的比重

年份	规模(万亿元)	GDP占比(%)	年份	规模(万亿元)	GDP占比(%)	年份	规模(万亿元)	GDP占比(%)
2012	2.5	4.64	2014	3.2	4.99	2016	5.4	7.30
2013	2.8	4.72	2015	4.4	6.41			

资料来源:张车伟、赵文、程杰《中国大健康产业:属性、范围与规模测算》,《中国人口科学》2018年第5期。

以2012—2016年大健康产业规模的统计数据为基础,他们设计了两套预测方案:方案1,假设大健康产业增加值实际增长率为8%。方案2,假设大健康产业增加值实际增长率2020年为8.7%,2025年为7.7%,

①汤炎非《给健康产业发展找个“新标尺”》,《健康报》2018年12月18日,第7版。

②张车伟、赵文、程杰《中国大健康产业:属性、范围与规模测算》,《中国人口科学》2018年第5期。

③吴小燕《2018年我国大健康产业市场现状与发展趋势》,《前瞻产业研究院研究报告》2018年版。

④吴小燕《2018年我国大健康产业市场现状与发展趋势》,《前瞻产业研究院研究报告》2018年版;黄斌诚《2019年中国大健康产业全景图谱》,《前瞻产业研究院研究报告》2019年版。

⑤张车伟、赵文、程杰《中国大健康产业:属性、范围与规模测算》,《中国人口科学》2018年第5期。

2030年为6.7%。按以上方案作预测,得到了以下数据:

表3 中国大健康产业未来发展趋势预测

	2020年		2025年		2030年	
	增加值(亿元)	GDP占比(%)	增加值(亿元)	GDP占比(%)	增加值(亿元)	GDP占比
方案1	10.4	9.9	17.4	11.1%	29.1	13.1%
方案2	10.7	10.2%	17.9	11.4%	28.5	12.9%

资料来源:张车伟、赵文、程杰《中国大健康产业:属性、范围与规模测算》,《中国人口科学》2018年第5期。

从以上的预测结果中可以看到:在2020年,这两个方案的预测结果比较接近,同时与《“健康中国2030”规划纲要》“8万亿以上”的要求也还比较接近。具体而言,两个方案的预测结果分别超出“规划纲要”要求30%和34%;在2030年,两个预测结果就有了差距,而且大大超过了“健康中国2030”提出的16万亿的要求。同时,方案1的预测结果超过了82%;方案2则超过78%。

再看中国大健康产业的结构,前瞻产业研究院2017—2019年的研究报告给出了中国大健康产业细分市场规模占比:

表4 中国大健康产业各细分领域的规模占总规模的比重

	医药产业(%)	健康养老(%)	医疗产业(%)	保健品产业(%)	健康管理产业(%)
2017年报告数据	50.82	32.67	9.07	4.72	2.72
2018年报告数据	50.05	33.04	9.49	4.72	2.71
2019年报告数据	45.60	36.79	9.55	5.01	3.05

资料来源:《前瞻产业研究院研究报告》2017年、2018年、2019年版。

如果把以上的细分市场规模加以整合,按前文的讨论划分成医药领域和健康领域。前者包括“医药产业”和“医疗产业”两项,后者包括“健康养老产业”“保健品产业”和“健康管理服务业”三项。按时间排序,以上三个年份的医药领域分别为59.89%、59.54%和55.15%;健康领域分别为40.11%、40.47%和44.85%。从以上的数据看,在大健康产业的总规模中,医药产业所占的比重明显大于健康产业。

在张车伟等的报告中,用居民医疗保健消费、政府医疗卫生支出、社会卫生支出、老年人非医疗健康支出、健康食品业、保健疗养旅游等六项一级指标(细分领域),以及38个二级指标(细分行业)来计算中国大健康产业的经济规模。为撰写这个报告,他们付出了很大的努力,主要是对38个细分行业做了细致的分析,筛选出每个行业中与大健康相关的部分。在报告中,他们列出了2012—2016年五年的数据,由于篇幅有限,我们只选取了其中2012年和2016年两年的数据来进一步作结构分析:

表5 中国大健康产业各细分领域的规模及占总规模的比重

	居民医疗保健消费		政府医疗卫生支出		社会卫生支出		老年人非医疗健康支出		健康食品业		保健疗养旅游	
	规模(万亿元)	占比(%)	规模(万亿元)	占比(%)	规模(万亿元)	占比(%)	规模(万亿元)	占比(%)	规模(万亿元)	占比(%)	规模(万亿元)	占比(%)
2012年	1.08	25.96	0.72	17.31	1.00	24.03	1.32	31.73	0.01	0.24	0.03	0.72
2016年	1.71	23.55	1.32	18.18	1.91	26.31	2.23	30.72	0.04	0.55	0.05	0.69

资料来源:张车伟、赵文、程杰《中国大健康产业:属性、范围与规模测算》,《中国人口科学》2018年第5期。

如果把以上六个一级指标加以整合,按前文的讨论划分成医药领域和健康领域。前者包括居民医疗保健消费、政府医疗卫生支出、社会卫生支出等三项,后者包括老年人非医疗健康支出、健康食品业、保健疗养旅游等三项。按时间排序,以上两个年份的医药领域分别为67.30%和68.04%;健康领域为32.69%和31.95%。从以上的数据看,医药领域所占的比重更是明显大于健康领域。

综上所述,我们引用的数据说明:(1)在过去几年中,大健康产业的规模是在逐年增长的。至于今后的发展趋势,预测结果也是逐年增长,增长的幅度还很大。与《“健康中国2030”规划纲要》的要求相比,到2020年的增长幅度是持平或超额1/3,到2030年的增长幅度是持平或超额3/5。(2)在过去几年中,大健康产业的结构是相对稳定的。若把大健康产业粗略地分为医疗领域和健康领域,所有的数据都表明,医药领域所占的比重明显大于健康领域。

三、大健康产业的发展前景

在以往讨论大健康产业时,我们发现,在狭义层面上有一对范畴被讨论最多,可能对实践的影响也会更大,这就是广义大健康产业中的医疗产业和健康产业。以下,我们的讨论主要围绕这一对范畴展开。

1. 医药产业和健康产业的有机整合

我们再来回顾和清理一下前文中相关讨论的思路:首先是广义的大健康可分为狭义的大健康和大卫生(医疗卫生)。讨论这个问题的理论基础是WHO的健康定义中“健康不仅是不生病和不衰弱”的论断和习近平要“以人民健康为中心”的讲话精神。其次是到实践中去,以上述理论观点来划分大健康产业,同样可以划分出医药产业和健康产业。接着,我们也对这个划分做了量化的考察:如表4所示:在前瞻产业研究院2017年、2018年和2019年的三份报告中,医药产业和健康产业之比分别约为60:40、60:40和55:45。在张车伟等的研究报告中,2012年和2016年的数据约为67:33和68:32。数据表明,在大健康产业的规模和结构中,医药产业占据明显乃至绝对的优势。

在一些大健康产业的试点地区参观及参加会议时的所见所闻,与上面的数据可以互为印证。本文一开头就对此提出疑问,因为笔者发现地方领导对大健康产业的兴趣似乎集中在药品制造,尤其是热心于发展生物制药;而对服务提供,尤其是对本地居民的服务提供,除了医疗服务,其他内容似乎都很难摆上他们的议事日程。因此,健康管理在整个大健康产业中的占比始终只在3%上下。

这就提出了一个社会政策和经济政策的路径选择问题,就是在广义的大健康产业的未来发展中,是医药产业继续单兵突进,还是和健康产业并肩前进?有学者认为“大健康产业中最为重要的就是医药”^①,的确,无论从什么角度说,医药产业的重要性肯定是毋庸置疑的。但现在是否可以换个思路,扪心自问一下:如果没有郑重其事地提出大健康和大健康产业的新概念,医药产业的重要性是否会因此而降低?其发展是否会受到压抑?

实际上,相对而言,医药产业本身已经是一个相对成熟的产业,具有充分的自我发展的实力。当然,若进行国际比较,我们的医药产业相对落后,但这也说明在这个领域中国的发展空间还很大。何况我们还有中医中药,这在当前抗击新冠肺炎疫情的行动中已经体现得非常明显。只要党和政府乃至全社会给予足够的重视,有好的政策和好的环境,有没有大健康和大健康产业这顶大帽子“罩着”,医药产业同样会发展迅速。

但是,如果一味在大健康产业中突出医药产业的地位,在实际工作中反倒会落入“以治病为中心”的传统健康观的泥淖,其结果可能适得其反。更令人担忧的是,医疗领域一些与生俱来的负面特质,譬如由医患双方信息和权利不对称造成的医方的天然垄断,也会向其他健康领域蔓延。用治病乃至治愈为标准来要求健康服务,必然使健康服务受到压制。

譬如营养保健产业,目前在中国尚处于起步阶段,普及率不及10%,美国却高达70%^②,因此发展空间可以说十分可观。营养保健品并不能用于疾病治疗,还需常年服用才能对改善体质有所助益。但无论对于慢性病还是烈性传染病,国人身体素质的提高是最重要的物质基础,而营养保健有益于建立和巩固这样的基础。因此,必须要建立一个有别于药品的评判标准,只有创造“友好的”外部环境,营养保健产业才能真正发展起来。

相似的例子在日常生活中可以说比比皆是,举不胜举。只要我们有用心去留意,就会发现,健康产业,无论是服务提供还是产品制造,都有极大的发展空间。

2. 整体健康观和健康大产业

针对“以治病为中心”的传统健康观,笔者提出了“整体健康观”的理念。从理论上说,人的健康状况其实并不是“有病”“没病”的零和判断。如果画一个线段,左右两个端点分别是“绝对健康”和“绝对不健康”,实际上我们的健康状况是在这条线段的任一点上。处于靠近左边“绝对健康”端点附近的某一段属于健康,反之属于不健康,中间则属于亚健康。据北京立方社会经济研究院对北京和甘肃等地3万多人的健康功能评测和分析,大约80—85%的人都属于健康和亚健康状态,没有必要将他们与疾病和医疗即刻挂起钩来而成为“患者”或“病人”。

因此,狭义的大健康和健康产业“初心”和“使命”,应该是根据WHO提出的健康四大基石和中医理论为基础,通过健康管理,包括营养干预、运动干预、心理干预和其他个人行为 and 生活方式干预等非医疗手段以及中医治未病、中医康复等,使健康者能保持健康,使亚健康者能逆转及恢复健康。只有对于不健康者,

^①黄斌城《2019年中国大健康产业全景图谱》,载《前瞻产业研究院研究报告》2019年版。

^②张凯《大健康产业的“2017—2019”》,《知识经济》2018年第35期。

才需要医疗服务①。

以下,我们试图用一张示意图来概括一下本文所阐述的学术观点:

如图1所示:(1)包括狭义的大健康和在大卫生在内的广义大健康领域,可以被视为一种人类社会的基本需要的系统(见图左方框)亦即马斯洛“需要层次论”中的第二个层次——健康的需要。但是健康并不能用“有病”“没病”的零和判断来定义,如前所述,人的健康状况可以分成健康的、亚健康的和不健康的(患病的)三类,这三类人群的需要是不一样的——健康人群的需要是保持健康,精力充沛;亚健康人群的需要是逆转亚健康的发展趋势,并力争恢复健康;不健康(患病的)人群的需要则是治愈疾病,至少是能够控制病情并恢复日常生活能力。

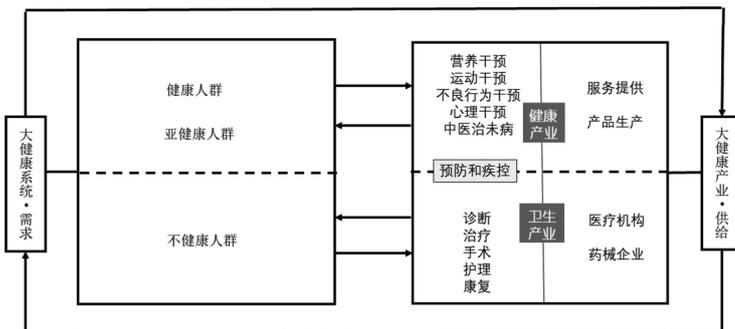


图1 大健康、大健康产业和大健康市场

(2)包括狭义的健康产业和医药产业在内的大健康产业,可以被视为是为了满足人类社会的健康需要而提供相应的服务和产品的行动系统(见图右方框)。其中的健康产业,亦即健康管理子系统,主要满足健康和亚健康人群的需要,采取的方式主要是非医疗的,包括运动干预、营养干预、个人行为 and 生活方式干预、心理干预等,以及为实施这些健康干预所配套的产品的产业,还有中医的“治未病”也应该包括在这个子系统内。其中的医药产业,亦即医疗服务子系统,主要满足不健康(患病的)人群的需要,采取的方式主要是诊断、治疗、手术、护理、康复等,以及为支持这些医疗服务而配套的药品和医械产业。

(3)研究表明,在总人口中,健康人群一般约占15—20%,亚健康人群约占60—70%,不健康(患病的)人群大约也约占15—20%。②因此,满足健康的和亚健康的大多数人需要的健康管理以及与之相配套的诸多领域,健康产业可谓天地广阔,大有作为。为此,我们提出一个口号:健康管理向前,医疗服务殿后。

(4)大健康和大健康企业本质上是具有整合意义的大系统。社会学的结构功能理论认为:大系统的结构分化以及分化后形成的各子系统的功能相互耦合,才能使整个大系统发挥出1+1>2的整体效应。在图1中,大健康系统(左边方框)提出了三类人群的不同需要,而大健康产业系统(右边方框)则回应以健康管理和医疗服务的供给,这就形成了第一层次的功能耦合;在大健康产业系统中,健康管理(右边方框上半部分)通过各种有效干预使人少生病乃至不生病,而一旦生病则由医疗服务(右边方框下半部分)进行诊治,这又形成了第二层次的功能耦合;在第三层次上,不管是健康管理还是医疗服务又都分化为服务提供和产品配套两个小系统,它们之间也应该形成功能耦合。预防和疾控这个小系统则处于健康产业和医药产业之间,横跨两个子系统,但实际上应该偏向于健康产业。只有以上三个层次的结构分化和功能耦合都趋向理想状态,作为大系统,亦即包括大健康和大健康产业的整个大健康市场,才能发挥最大的整合效应。

从这样的思路出发,我们可以发现,作为子系统,医药产业和健康产业之间要平起平坐,而且能够互通互联,互利互补。如果两个子系统一强一弱,整个大系统也很难正常运行。正如一些学者指出的那样:原有的医疗服务体系关注疾病人群,而忽视健康风险因素对80%的健康和亚健康人群带来的危害,这会导致疾病人群的不断扩大,随之而来的是医疗系统的不堪重负。③因此,即使在医学界,以健康替代疾病作为医学的中心问题的呼声也由来已久。如此种种,可以说包括大健康和大健康产业的大健康市场的诞生和发展是一种合力的结果,或者说是一种未来发展的大趋势。④

(责任编辑:陆影)

①唐钧、李军《健康社会学视角下的整体健康观和健康管理》,《中国社会科学》2019年第8期。

②唐钧、李军《健康社会学视角下的整体健康观和健康管理》,《中国社会科学》2019年第8期。

③金琳雅、尹梅《浅议“大健康”观:从疾病到健康》,《中国医学伦理学》2017年第7期。

④闫希军、吴迺峰、闫凯境《大健康与大健康观》,《医学与哲学》2017年第3A期。