·健康与社会行为·

我国健康体重管理政策的构成分析与优化路径

王耀羚[1],韩梦雪[2],杨畅[2],李睿[1],高鑫[1],李雪[1],顾雪非[1],郭武栋[1]
1.国家卫生健康委卫生发展研究中心,北京 100044;2.大连医科大学公共卫生学院

摘要:目的　系统分析我国健康体重管理政策的配置结构与短板,为政策优化提供依据。**方法**　基于 Rothwell & Zegveld 政策工具框架与全周期管理模型,构建"政策工具类型 – 体重管理过程"二维分析框架,对政策文件进行内容分析。**结果**　共纳入 2000—2025 年 39 份国家级政策文件。政策工具编码 592 条,供给型(42.9%)与环境型(35.8%)占比高于需求型(21.3%);全周期管理编码 386 条,干预治疗(36.3%)、预防准备(26.9%)、监测预警(24.6%)占比较高,维持恢复仅占 12.2%。二维交叉分析(n=146)显示,维持恢复阶段三类工具均处于低水平(6.8%),且需求型工具缺失,为全周期政策配置最突出的结构性缺口。**结论**　我国健康体重管理顶层政策存在工具类型失衡与周期覆盖不均的双重结构问题,突出表现为需求侧工具薄弱、维持恢复阶段政策供给严重不足。建议优化政策工具协同配置,强化需求型激励,将维持恢复纳入常规政策覆盖,推动体重管理向全周期、均衡化方向发展。

关键词:健康体重管理;政策工具;全周期管理;内容分析法;结构性失衡
中图分类号:R194.3　　**文献标志码:**A　　**文章编号:**1003-8507(2026)19-3588-07
DOI:10.20043/j.cnki.MPM.202605077

Structural analysis and optimization pathways for healthy weight management policies in China

WANG Yao-ling*, HAN Meng-xue, YANG Chang, LI Rui, GAO Xin, LI Xue, GU Xue-fei, GUO Wu-dong
China National Health Development Research Center, Beijing 100044, China

Abstract: Objective To systematically analyze the structural configuration and gaps of China's healthy weight management policies, providing an evidence base for policy optimization. **Methods** Drawing on the Rothwell & Zegveld policy instrument framework and the whole-cycle management model, a two-dimensional analytical framework of "policy instrument type-weight management process" was constructed to conduct a content analysis of relevant policy documents. **Results** A total of 39 national-level policy documents issued between 2000 and 2025 were included. Content analysis yielded 592 policy instrument codes, with supply-side instruments (42.9%) and environment-side instruments (35.8%) predominating over demand-side instruments (21.3%). A further 386 codes were assigned along the whole-cycle management dimension, with intervention and treatment (36.3%), prevention and preparation (26.9%), and monitoring and early warning (24.6%) accounting for the largest shares, while maintenance and recovery represented only 12.2%. Two-dimensional cross-analysis (n=146) revealed that all three instrument types were underrepresented in the maintenance and recovery stage (6.8%), with demand-side instruments entirely absent, constituting the most prominent structural gap across the entire policy cycle. **Conclusion** China's top-level healthy weight management policies exhibit a dual structural imbalance: an uneven distribution of policy instrument types and unequal coverage across management stages, manifested primarily in the weakness of demand-side instruments and a severe undersupply of policy provisions for the maintenance and recovery stage. It is recommended to optimize the synergistic configuration of policy instruments, strengthen demand-side incentives, incorporate maintenance and recovery into routine policy coverage, and advance weight management toward a whole-cycle, balanced policy framework.

Keywords: Healthy weight management; Policy instruments; Whole-cycle management; Content analysis; Structural imbalance

肥胖及相关代谢性疾病的持续流行,是当前全球公共卫生领域面临的重要挑战。世界卫生组织(World Health Organization,WHO)已将肥胖定性为全球性流行病[1],预计到 2030 年中国成人超重与肥胖人数将突破 5.51 亿[2],由此带来的糖尿病、高血压等慢性病负担及医疗卫生支出压力不容忽视[3-4]。2016 年《"健康中国 2030"规划纲要》将体重管理纳入顶层战

作者简介:王耀羚(1991—),女,硕士,助理研究员,研究方向:卫生技术评估、卫生政策等
通信作者:郭武栋,E-mail:guowudong@hotmail.com

略，到 2019 年《健康中国行动（2019—2030 年）》将超重肥胖防控指标纳入考核，再到 2024 年启动“体重管理年”专项行动，国家层面政策供给持续扩充，体系框架日趋完善。然而，政策数量的增长并不必然意味着配置结构的合理。当前实践中，部门协同不足、需求侧激励薄弱、减重后长期维持缺乏政策支撑等问题依然突出[5-6]，政策工具的配置结构与全周期覆盖状况尚未经过系统审视。现有研究在方法上，多停留于单维度工具分类[7-8]，尚未将政策工具配置与体重管理全周期阶段系统整合；在政策对象上，多聚焦儿童青少年等特定人群[7,9]，缺乏对全人群政策的整体性评价；在分析深度上，多数研究仅呈现工具分布的描述性特征[10]，未能揭示工具类型与管理阶段之间的结构性关联。上述局限使现有研究难以回答“政策工具短板集中在哪些管理阶段”这一核心问题。为此，本研究将 Rothwell 和 Zegveld 的三分类政策工具框架[11]与慢性病全周期管理模型相结合[12]，构建二维分析框架。两者结合，可从工具类型与管理阶段两个维度对政策配置结构进行系统量化分析，适用于健康体重管理政策的结构性评价。基于此，本研究据此纳入相关政策文件，识别政策配置短板，为健康中国行动框架下的政策优化提供实证依据。

1　资料与方法

1.1　资料来源　以中共中央及国务院、国家卫生健康委员会、国家药品监督管理局等部委官方网站为检索平台，以“肥胖”“体重管理”“超重”“健康管理”等为关键词，系统检索体重管理相关政策文件，检索时间范围为 2000 年 1 月 1 日—2025 年 12 月 31 日。检索流程如下：首先由两名研究者独立完成初检，导出全部候选文件清单；随后依据纳入排除标准对候选文件进行逐一筛查，记录排除原因；最终经双人核对确认纳入文件，分歧经第三方研究者仲裁解决。纳入标准：（1）发文机构为中共中央、国务院或相关部委等；（2）文件内容直接涉及肥胖或体重管理；（3）文本类型为法律法规、规章、通知、意见、公告及指南等。排除标准：仅含关键词而无实质内容、重复或已失效文件。本文以“健康体重管理政策”为核心概念，指以维护健康体重、预防和控制超重肥胖为直接目标的各类政策文件，涵盖超重肥胖防控、体重干预与维持等领域；“肥胖防控”为其描述性表述，侧重强调政策的干预对象与作用方向，“体重管理政策”为行文简称，三者同属一个概念框架，不作范围区分。

1.2　分析框架　X 维度采用 Rothwell & Zegveld 三分类框架[11]，划分供给型、环境型、需求型三类共 13 个子工具，见表 1。Y 维度参照慢性病防控全周期管理模型[12]，将体重管理全过程划分为四个阶段：（1）预防准备（全人群健康教育、营养干预、高危人群筛查）；（2）干预治疗（临床诊疗、行为干预、多学科综合管理）；（3）监测预警（动态监测、数据追踪、风险预警）；（4）维持恢复（减重后体重维持、复胖预防、长期行为巩固）。见图 1。

表 1　体重管理政策工具分类、定义与具体指向

Table 1　Classification, definition, and specific orientation of weight management policy

政策工具类别	子工具	核心定义	体重管理领域具体指向
供给型政策工具（强化资源与服务供给）	公共服务	政府主导提供的普惠性体重管理公共服务，保障服务可及性	健康体重筛查、体重管理门诊、社区干预、减重随访、高危人群管理
	标准制定	制定统一技术要求、操作规范、临床路径与评价指标体系	肥胖诊疗指南、体重管理服务规范、技术标准、评价指标、质控流程
	资金投入	财政专项、项目补助、经费保障等资金支持	体重管理专项经费、机构建设补助、人群干预项目资金、基层服务补贴
	科技信息支持	数字化、信息化、大数据与智能技术支撑	健康档案、体重监测平台、健康管理 APP、大数据预警、智能检测设备
	人才教育培训	专业人员培养、在岗培训与能力建设	营养师、全科医师、健康管理师、临床医师肥胖防治专项培训
	基础设施建设	服务场所、硬件设备与健康支持性环境建设	体重管理中心、体成分检测设备、健康步道、健身场地、监测站点
环境型政策工具（营造政策与社会支持环境）	目标规划	顶层设计、战略布局、明确总体目标与实施路径	肥胖防控专项规划、健康体重行动方案、中长期健康目标、重点人群计划
	监督考评	督导检查、绩效考核、评估问责，保障政策落地	纳入政府绩效考核、医疗机构质控、项目效果评估、督导通报与问责
	法规管制	法律法规、强制性规范、禁令与约束性制度	营养标签强制管理、高糖高脂食品广告限制、校园食品准入、诊疗行为规范
	策略性措施	指导性、引导性、协调性柔性政策举措	跨部门协作、健康支持性环境建设、财税引导、社会动员、行业自律
需求型政策工具（激发公众健康需求）	科普宣传	健康知识传播、行为引导与健康素养提升	人群健康教育、媒体宣传、科普材料、社区宣讲、健康生活方式倡导
	示范项目	试点先行、经验总结与模式推广	肥胖防控示范区、示范社区、示范学校、示范医院、示范门诊建设
	国际交流与合作	经验互鉴、技术引进、联合研究与全球协作	参与 WHO 全球防控网络、引进干预模式、跨国合作、学术交流

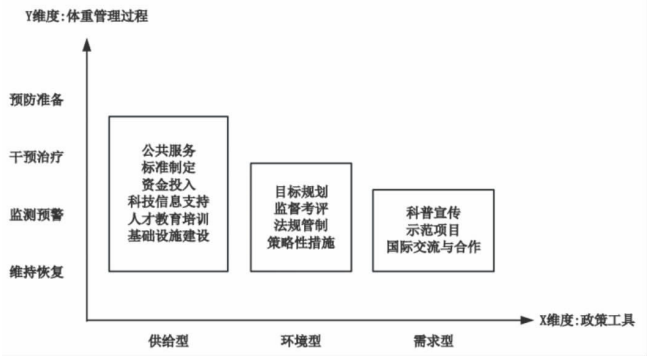


图 1　体重管理政策二维分析框架

Figure 1　Two-dimensional analysis framework of weight management policies

1.3　内容分析与编码　采用内容分析法[13]，借助 NVivo 15 软件对政策文本进行系统编码与量化分析。以“政策编号 - 章节 / 条款号 - 句子”为基本编码单元，其中“句子”界定为表达完整政策意图的语义单元，包括独立陈述句及以分号或逗号连接的并列条款中的单项内容，不以自然语言句号为唯一界定标准。同一条款涉及多种工具或多个阶段，采用多节点同步编码。编码工作由两名经统一培训的研究者独立完成，对分歧条目经第三方研究者仲裁后达成一致。编码信度检验采用 Cohen Kappa 系数，初始编码 Kappa 值分别为 0.83（X 维度）和 0.79（Y 维度），均达到良好一致性标准（≥0.75）[14]。本研究设置三个独立编码层次，X 维度（政策工具类型）和 Y 维度（体重管理过程）分别对全部政策条款进行单维标注；二维交叉编码则仅纳入工具类型与管理阶段均可明确判定的条款。三者编码数量依次递减，原因在于部分条款因表述笼统，可完成单维标注但无法明确对应某一具体管理阶段，因而不进入交叉分析。三个层次相互独立、分别揭示工具分布特征、阶段分布特征及二者之间的结构性关联，共同构成本研究的分析框架。

2　结　果

2.1　纳入文件基本特征　共纳入 39 份政策文件，见表 2。从发布时间看，2015 年以前仅 7 份（18.0%），以宏观健康规划和基础性营养标准为主；2016 年《“健康中国 2030”规划纲要》颁布后进入集中出台阶段，2016—2023 年间共发布 24 份（61.5%），2024 年“体重管理年”专项行动启动后新增 8 份（20.5%）。从文件类型看，以专项规划与行动方案为主（17 份，43.6%），其次为技术规范与指南（12 份，30.8%）、通知与意见（7 份，17.9%）及法律法规（3 份，7.7%）。从政策演进来看，工具配置呈现出与政策节点对应的阶段性变迁。2015 年及以前，政策工具以目标规划和标准制定为主导，维持恢复阶段尚未进入政策视野；2016—2023 年，供给型和环境型工具随《“健康中国 2030”规划纲要》颁布同步扩张，多部门协同推进格局初步形成；2024 年“体重管理年”专项行动启动后，科技信息支持与基层公共服务类工具有所增加，但维持恢复阶段配置不足的结构性问题仍未改善。纵观三个阶段，政策数量持续扩充，而工具结构失衡具有历史延续性，未随政策节点更迭发生实质性转变。

表 2　健康体重管理相关政策文件（部分示例）

Table 2　Relevant policy documents on healthy weight management (partial examples)

序号	政策名称	发文字号 / 部门	发布时间
1	2030 健康中国规划纲要	国务院	2016.10
2	中国防治慢性病中长期规划（2017—2025 年）	国务院〔2017〕12 号	2017.01
3	国民营养计划（2017—2030 年）	国务院〔2017〕60 号	2017.07
.....	.....	.....	.....
19	国务院关于印发全民健身计划（2021—2025 年）的通知	国务院〔2021〕11 号	2021.08
20	“十四五”国民健康规划的通知	国务院〔2022〕11 号	2022.05
.....	.....	.....	.....

2.2　政策工具维度（X 维度）分析　政策工具维度共编码 592 条，整体呈供给型主导、环境型居中、需求型不足的非均衡格局，见表 3。供给型工具 254 条（42.9%），以标准制定（10.6%）、科技信息支持（9.3%）为核心，但资金投入（3.5%）与基础设施建设（4.9%）占比偏低，供给结构内部存在失衡。环境型工具 212 条（35.8%），以策略性措施（12.8%）占比最高，法规管制（6.8%）相对薄弱，食品营销管控等领域刚性约束不足。需求型工具 126 条（21.3%），占比最低，且高度集中于科普宣传（14.2%），缺乏市场激励与社会动员相关机制，需求侧拉动路径单一、动能薄弱。

2.3　体重管理过程维度（Y 维度）分析　体重管理过程维度共 386 条编码，各环节分布呈“干预治疗为主、预防与监测居中、维持恢复薄弱”的特征。见表 4。干预治疗编码最多（140 条，36.3%），预防准备（104 条，26.9%）与监测预警（95 条，24.6%）居中，维持恢复仅

47 条(12.2%),不足干预治疗阶段的 1/3,政策体系对长效维持与复胖防控的关注严重不足，呈现典型的“重治疗、轻维持”倾向。

表 3　体重管理政策工具使用分布(*n*=592)

Table 3　Distribution of policy instrument use in weight management (*n*=592)

政策工具类别	子工具	频次(条)	占比(%)
供给型(合计)		254	42.9
	公共服务	47	7.9
	标准制定	63	10.6
	资金投入	21	3.5
	科技信息支持	55	9.3
	人才教育培训	39	6.6
	基础设施建设	29	4.9
环境型(合计)		212	35.8
	目标规划	47	7.9
	监督考评	49	8.3
	法规管制	40	6.8
	策略性措施	76	12.8
需求型(合计)		126	21.3
	科普宣传	84	14.2
	示范项目	23	3.9
	国际交流与合作	19	3.2
合计		592	100

表 4　体重管理过程的政策编码分布(*n*=386)

Table 4　Distribution of policy coding in the weight management process (*n*=386)

体重管理过程	频次(条)	占比(%)
预防准备	104	26.9
干预治疗	140	36.3
监测预警	95	24.6
维持恢复	47	12.2
合计	386	100.0

2.4　二维交叉(X-Y 维度)分析　二维交叉分析共编码 146 条，政策资源配置存在明显的“前重后轻”特征。干预治疗(37.7%)与预防准备(36.3%)合计占 74%,构成政策主体;监测预警(19.2%)与维持恢复(6.8%)环节的政策覆盖不足,见表 5。从工具结构看,三类工具均存在后端渗透不足的问题,尤其缺乏长效行为激励机制。从阶段内部看,各阶段均存在工具配置错位。预防准备阶段缺乏科技信息支持,制约高危人群精准识别;干预治疗阶段资金投入为零,临床服务缺乏稳定经费保障；监测预警阶依赖段行政督查;维持恢复阶段政策覆盖缺位严重。此外，资金投入(83.3%)集中于预防准备阶段,与临床需求最密集的干预治疗阶段严重脱节。

表 5　政策工具 – 体重管理过程二维交叉分析(*n*=146)

Table 5　Two-dimensional cross-analysis of policy instrument type-weight management process (*n*=146)

政策工具	预防准备		干预治疗		监测预警		维持恢复		合计
	频次	占比(%)	频次	占比(%)	频次	占比(%)	频次	占比(%)	
供给型小计	28	19.2	27	18.5	8	5.5	5	3.4	68
公共服务	3	2.1	7	4.8	2	1.4	0	0.0	12
标准制定	3	2.1	3	2.1	1	0.7	1	0.7	8
资金投入	5	3.4	0	0.0	0	0.0	1	0.8	6
科技信息支持	0	0.0	5	3.4	5	3.4	3	2.1	13
人才教育培训	8	5.5	4	2.7	0	0.0	0	0.0	12
基础设施建设	9	6.2	8	5.5	0	0.0	0	0.0	17
环境型小计	19	13.0	18	12.3	18	12.3	5	3.4	60
目标规划	0	0.0	1	0.7	1	0.7	0	0.0	2
监督考评	2	1.4	2	1.4	12	8.2	2	1.4	18
法规管制	2	1.4	3	2.1	1	0.7	0	0.0	6
策略性措施	15	10.3	11	7.5	4	2.7	3	2.1	33
需求型小计	6	4.1	10	6.9	2	1.4	0	0.0	18
科普宣传	5	3.4	8	5.5	1	0.7	0	0.0	14
示范项目	1	0.7	2	1.4	0	0.0	0	0.0	3
国际交流合作	0	0.0	0	0.0	1	0.7	0	0.0	1
合计	53	36.3	55	37.7	28	19.2	10	6.8	146

综合分析表明,我国健康体重管理政策在工具配置与阶段覆盖上均存在明显的结构性不均衡:供给型与环境型工具相对充裕,需求型持续不足;政策集中于干预治疗,维持恢复长期处于边缘。二维交叉分析显示,政策工具短板与该阶段干预薄弱的问题在体重维持恢复期相互叠加,是当前政策体系最突出的结构

性缺口。

3　讨　论

3.1　政策工具结构失衡具有历史延续性，关键政策节点未能实现结构性转型　以 2016 年《“健康中国 2030”规划纲要》和 2024 年“体重管理年”专项行动为两个关键政策节点，三阶段对比呈现以下规律。2016 年前，政策工具高度集中于目标规划和标准制定，以框架搭建为主；2016 年后，策略性措施与监督考评占比上升，政策数量大幅扩充，但需求型工具始终处于边缘；2024 年专项行动推动了基层服务与数字化工具的增量，政策重心向社区和技术端延伸，但维持恢复阶段的复胖防控与长期行为巩固内容依然极为有限。三阶段的共同特征在于：供给型和环境型工具主导的非均衡格局贯穿始终，需求型工具缺位与维持恢复阶段薄弱均未随政策节点的更迭得到实质性改善。这表明，工具结构失衡并非特定阶段的政策疏漏，而是具有历史延续性的系统性结构问题[15]。

3.2　需求侧工具长期薄弱，政策对公众行为的拉动能力不足　本研究显示，需求型工具占比仅 21.3%，且近七成集中于健康科普宣传，市场激励、示范推广和社会动员等工具缺席。这与既往慢性病政策研究的发现一致[6-7]，反映出我国卫生政策长期以供给推动代替需求激励的路径惯性：政府大力建设服务体系、出台技术规范，却较少通过经济和行为激励引导居民主动参与[16-17]。国际实践表明，英国、韩国、芬兰等国将医保费用减免、健康行为积分、食品税调节等需求侧工具与供给侧政策协同运用，可显著提升公众持续参与意愿[10,18]。我国现有工具结构中这一协同机制的缺失，是公众参与体重管理动力不足的重要制度根源。

3.3　政策资源向干预治疗阶段集中，维持恢复环节明显薄弱　维持恢复阶段政策编码仅占 12.2%，且无需求型工具，为全周期治理最大短板。当前医疗卫生体系以疾病诊疗为核心，肥胖人群完成阶段性减重后即脱离规范化管理，长期维持所需的行为指导、社区随访等连续性服务尚未纳入常规供给[19]。临床研究显示，减重人群 5 年内复胖率可超 80%[20]，仅靠一次性干预难以产生持久效果。仅靠一次性干预难以产生持久效果，体重维持有赖于持续的制度性支撑，若不将维持恢复阶段纳入系统性政策设计，干预阶段的大量投入将难以转化为长期健康收益[21-22]。

3.4　各阶段工具配置存在内部错位，全周期治理闭环尚未形成　二维交叉分析显示，各阶段政策不仅在总量上分布不均，内部工具配置亦存在明显错位：预防准备阶段科技信息工具缺失，高危人群精准识别缺乏数字化支撑；监测预警阶段过度依赖行政督查，缺乏主动化、连续性监测机制；维持恢复阶段三类工具近乎空白，尚未形成独立政策框架。这导致肥胖防控全周期各环节衔接不畅——健康认知难以转化为主动管理行为[23]，减重成效难以长期维持。整体而言，制度设计尚未构建起连贯协同的全周期治理闭环。

本研究存在以下局限：仅纳入国家级政策文件，省级及地方层面的政策创新与执行差异未能纳入分析；政策文本分析有待同实际效果相印证。后续研究可将扩展至省级政策文本，并结合实施科学方法对政策落地效果进行实证检验。

3.5　政策建议　一是强化需求侧政策激励强化需求测政策激励，补齐公众主动参与的制度缺口。当前需求侧工具以健康科普为主，居民持续参与的内动力不足。建议将体重管理门诊随访纳入医保报销，参照慢性病个案管理制定付费标准，在打包付费的医联体、人头付费统筹地区、慢性病群体中现行试点；同步推行健康行为积分制度，将自我监测、达标减重等行为与体检服务、基本药物兑换等激励挂钩，形成双向激励闭环。此类经济激励工具已有国际实证支持，韩国将体重管理纳入国家健康检查补贴的经验尤具参考价值[10]。

二是完善制度标准体系，将倡导型政策转化为可监管约束。法规管制工具编码仅 40 条（6.8%），在环境型工具中占比相对较低，而策略性措施（12.8%）居首，政策体系柔性有余、刚性不足。服务供给端，建议将体重管理随访纳入门诊技术规范，推动质控体系向基层延伸，上海浦东新区已有先行实践可供借鉴[24]。消费管控端，推动食品正面营养标签改革[25]，限制含糖饮料和高脂食品广告在儿童收视高峰时段投放[26-27]。依托《学校卫生工作条例》修订，将校园相关食品禁售纳入法治化条款[28]，以刚性规范替代软性倡导。

三是将维持恢复纳入常规政策覆盖，补齐全周期管理核心缺口。建议分三阶段推进维持恢复体系建设：近期参照慢病随访规范，制定体重管理维持期统一标准，明确年度随访频次（不少于 4 次）及核心服务内容[22]；中期将 12 个月以上长期维持随访纳入基本公卫项目并配套经费；长期将体重维持率纳入健康中国行动年度监测指标，构建“减重 – 维持 – 巩固”的全链条闭环管理格局。

四是补齐数字化支撑短板，以技术能力驱动全程管理。预防准备阶段数字化工具配置为零，监测预警阶段过度依赖行政督查，反映出技术能力建设的系统性滞后。建议在家庭医生签约服务中增设体重管理包，居民通过 APP 上传体重数据，系统自动触发随访提醒。上海健康云平台已有类似尝试[17]，在监测端，将

体重及代谢指标纳入全国慢性病监测信息系统，整合医保结算、健康体检、慢病随访等多源数据，逐步形成基于大数据的肥胖风险早期预警能力[29]，推动监测模式由行政督查向数据能力驱动转型。

五是制定跨部门职责清单，推动协同机制从倡导走向落实。策略性措施工具占比 12.8%，居所有工具之首，说明跨部门协调的倡导并不匮乏，真正缺失的是各方具体的责任边界。建议制定跨部门职责清单：卫健部门负责门诊规范，教育部门负责学校食育，市场监管部门负责食品广告监管，医保部门负责支付标准，体育部门负责运动干预资质。建立年度跨部门联席会议，纳入健康中国行动考核，形成制度闭环。

利益冲突声明　本研究不存在任何利益冲突

参考文献

[1] World Health Organization. Obesity and overweight[EB/OL]. [2026-07-09]. https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight.

[2] World Obesity Federation. World obesity Atlas 2025: overweight, obesity and non-communicable diseases: new global, regional and National estimates of the prevalence of overweight and obesity in adults from 2000 to 2030 [EB/OL]. [2026-07-09]. https://www.worldobesity.org/resources/resource-library/world-obesity-atlas-2025.

[3] Swinburn BA, Kraak VI, Allender S, et al. The global syndemic of obesity, undernutrition, and climate change: the Lancet Commission report[J]. Lancet, 2019, 393(10173): 791-846.

[4] Zhao W, Zhai Y, Hu J, et al. Economic burden of obesity-related chronic diseases in Mainland China [J]. Obesity Reviews, 2008, 9 (Suppl 1): 62-67.

[5] 董德峰，苏磊，李敏，等. 体卫融合背景下体重管理协同治理的现实困境与未来进路[C]// 中国体育科学学会. 第十四届全国体育科学大会学术成果汇编 -- 墙报交流. 武汉，2025，北京：中国体育科学学会，2025.
Dong D F, Su L, Li M, et al. The realistic dilemma and future path of collaborative governance of weight management under the background of integration of sports and health [C]//China Sport Science Society. Proceedings of the 14th National Congress of Sport Science——Poster Exchange, Wuhan, 2025, Beijing: China Sport Science Society, 2025.(In Chinese)

[6] Meng Q, Mills A, Wang L, et al. What can we learn from China's health system reform?[J]. BMJ (Clinical Research ed.), 2019, 365: l2349.

[7] 姚意，徐水源，方杏村. 政策工具视角下我国儿童青少年肥胖防控政策文本量化评价——基于 2016 年 10 月以来国家层面政策文本数据[J]. 中国妇幼卫生杂志，2024，15(6)：1-12.
Yao Y, Xu SY, Fang XC. Quantitative evaluation of children and adolescents obesity prevention policies in China from the perspective of policy tools: based on national-level policy texts since October 2016 [J]. Chinese Journal of Women and Children Health, 2024, 15 (6): 1-12.(In Chinese)

[8] 李芯瑶，李敏，巢健茜，等. 基于政策工具与利益相关者二维框架的我国公立医院薪酬政策文本量化分析[J]. 山东大学学报(医学版)，2025，63(9)：47-56.
Li XY, Li M, Chao JX, et al. Quantitative analysis of public hospital salary policy texts in China based on the Two-Dimensional framework of policy instruments and stakeholders [J]. Journal of Shandong University (Health Sciences), 2025, 63 (9): 47-56. (In Chinese)

[9] 唐本玉，李茵雅，林娟，等. 儿童青少年超重肥胖诊断与管理华南专家共识(2025)[J]. 中山大学学报(医学科学版)，2025，46(4)：541-557.
Li XY, Li M, Chao JX, et al. South China Expert Consensus on diagnosis and management of overweight and obesity in children and adolescents (2025)[J]. Journal of Sun Yat-sen University (Medical Sciences), 2025, 46(4): 541-557.(In Chinese)

[10] 王耀羚，杨畅，顾雪非，等. 日本、韩国、新加坡健康体重管理政策的经验及启示——基于 ICCC 框架[J]. 中国卫生政策研究，2025，18(7)：27-34.
Wang YL, Yang C, Gu XF, et al. Experiences and implications of healthy weight management policies in Japan, South Korea, and Singapore: Based on the ICCC framework [J]. Chinese Journal of Health Policy, 2025, 18(7): 27-34.(In Chinese)

[11] Rothwell R, Zegveld W. Reindustrialisation and technology[M]. London: Longman,1985.

[12] Wagner EH. Chronic disease management: what will it take to improve care for chronic illness?[J]. Effective Clinical Practice, 1998, 1(1): 2-4.

[13] Krippendorff K. Content analysis: an introduction to its methodology [M]. 3rd ed. thousand oaks: sage publications,2013.

[14] Landis JR, Koch GG. The measurement of observer agreement for categorical data[J]. Biometrics, 1977, 33(1): 159-174.

[15] Howlett M, Ramesh M, Perl A. Studying public policy: policy cycles and policy subsystems [M]. 3rd ed. New York : oxford university press,2009.

[16] Andreyeva T, Marple K, Marinello S, et al. Outcomes following taxation of Sugar-Sweetened beverages: a systematic review and meta-analysis[J]. JAMA Netw Open, 2022, 5(6): e2215276.

[17] 田翀，王湘蓉，方鹏骞. 数智技术驱动下体重管理模式的转型机制与实践路径 [J]. 中国卫生事业管理，2025，42(10)：1099-1102.
Tian C, Wang XR, Fang PQ. Transformation mechanism and practical pathways of weight management models driven by smart digital technologies [J]. Chinese Health Service Management, 2025, 42(10): 1099-1102.(In Chinese)

[18] World Health Organization. WHO European regional obesity report 2022[R]. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2022.

[19] Wadden TA, Tronieri JS, Butryn ML. Lifestyle modification approaches for the treatment of obesity in adults [J]. The American Psychologist, 2020, 75(2): 235-251.

[20] Hall KD, Kahan S. Maintenance of lost weight and Long-Term management of obesity [J]. Medical Clinics of North America, 2018, 102(1): 183-197.

[21] Garvey WT, Mechanick JI, Brett EM, et al. American association of clinical endocrinologists and American college of endocrinology comprehensive clinical practice guidelines for medical care of patients with obesity [J]. Endocrine Practice : Official Journal of the

（下转第 3620 页）

topics with respect to treatment decisions among individuals with type 2 diabetes [J]. Patient Preference and Adherence, 2023, 17: 719–729.

[31] Lin K, Yao M, Andrew L, et al. Exploring treatment burden in People with type 2 diabetes mellitus: a thematic analysis in China's primary care settings[J]. BMC Prim Care, 2024, 25(1): 88.

[32] Zink A, Wehrly D, Bozzi D, et al. Prescription use and spending after the introduction of a real–time prescription benefit tool [J]. JAMA Netw Open, 2025, 8(7): e2519038.

[33] Ride J, Goranitis I, Meng Y, et al. A reporting checklist for discrete choice experiments in health: the DIRECT checklist [J]. PharmacoEconomics, 2024, 42(10): 1161–1175.

[34] Mühlbacher AC, Sadler A, Juhnke C. Preferences for monitoring comprehensive heart failure care: a latent class analysis [J]. Patient, 2024, 17(1): 83–95.

[35] 卯润,蔡毅媛,杨程茗,等. 实施性研究利益相关方偏好评估[J]. 协和医学杂志,2024,15(6):1447–1455.
Mao R, Cai YY, Yang CM, et al. Stakeholder preference assessment in implementation research [J]. Medical Journal of Peking Union Medical College Hospital, 2024, 15(6): 1447–1455.(In Chinese)

收稿日期:2026–04–13

(上接第 3593 页)

American College of Endocrinology and the American Association of Clinical Endocrinologists, 2016, 22(Suppl 3): 1–203.

[22] Anderson JW, Konz EC, Frederich RC, et al. Long–term weight–loss maintenance: a meta–analysis of US studies [J]. American Journal of Clinical Nutrition, 2001, 74(5): 579–584.

[23] Prochaska JO, Velicer WF. The transtheoretical model of health behavior change[J]. American Journal of Health Promotion, 1997, 12 (1): 38–48.

[24] 浦东新区卫生健康委员会. 浦东新区体重管理服务体系建设实施方案(浦卫〔2026〕1 号)[EB/OL]. [2026–07–07]. http://wsjkw.pudong.gov.cn.
Implementation plan for the construction of weight management service system in Pudong New Area (Pu Wei [2026] No.1)[EB/OL]. [2026–07–07]. http://wsjkw.pudong.gov.cn.(In Chinese)

[25] Croker H, Packer J, Russell SJ, et al. Front of pack nutritional labelling schemes: a systematic review and meta–analysis of recent evidence relating to objectively measured consumption and purchasing [J]. Journal of Human Nutrition and Dietetics, 2020, 33 (4): 518–537.

[26] Taillie LS, Busey E, Stoltze FM, et al. Governmental policies to reduce unhealthy food marketing to children [J]. Nutrition Reviews, 2019, 77(11): 787–816.

[27] Dillman carpentier FR, Mediano Stoltze F, Reyes M, et al. Restricting child–directed ads is effective, but adding a time–based ban is better: evaluating a multi–phase regulation to protect children from unhealthy food marketing on television [J]. The International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity, 2023, 20(1): 62.

[28] 教育部,国家市场监督管理总局,国家卫生健康委员会. 学校食品安全与营养健康管理规定 [EB/OL]. [2026–07–07]. https://www.gov.cn/zhengce/zhengceku/2019–10/23/content_5443959.htm.
Ministry of Education, State Administration for Market Regulation, National Health Commission. Regulation on school food safety and nutrition health management [EB/OL]. [2026–07–07]. https://www.gov.cn/zhengce/zhengceku/2019–10/23/content_5443959.htm. (In Chinese)

[29] World Health Organization. Global strategy on digital health 2020–2025[R]. Geneva: WHO, 2021.

收稿日期:2026–05–07

读者·作者·编者

本刊对统计学符号的要求

按照 GB/T 3358.1 ~ 3–2009《统计学术语》的有关规定，统计学符号一律采用斜体排印。常用：（1）样本的算术平均数用英文小写 $\bar{x}$ 或 mean（中位数英文叙述中用 *M* 或 median）；（2）标准差用英文小写 *s* 或大写 *SD*（限英文文献中）；（3）标准误用英文小写 $s_{\bar{x}}$ 或大写 *SE*（限英文文献中）；（4）*t* 检验用英文小写 *t*；（5）*F* 检验用英文大写 *F*；（6）卡方检验用希文小写 χ^2；（7）相关系数用英文小写 *r*；（8）自由度用希文小写 ν 或 *df*（限英文文献中）；（9）概率用英文大写 *P*（*P* 值前应给出具体检验值，如 *t* 值、χ^2 值、*q* 值等）。