

WORLD
OBESITY



2025年世界肥胖报告

World Obesity Atlas 2025

超重、肥胖及非传染性疾病

- 2000年至2030年全球、区域及各国成人超重与肥胖患病率的最新预测
- 高身体质量指数 (Body Mass Index, BMI) 对成人主要非传染性疾病影响程度的最新评估
- 各国政策响应与卫生服务准备情况的最新比较分析
- 199个国家和地区成人超重、非传染性疾病及政策响应评分卡

2025年3月



数据来源：本报告由蒂姆·洛布斯坦 (Tim Lobstein) 、贾娜德·波威斯 (Jaynaide Powis) 、雷切尔·汤普森 (Rachel Thompson) 和蕾切尔·杰克逊-利奇 (Rachel Jackson-Leach) 整理汇编。世界肥胖联盟 (World Obesity Federation) 的传播与政策团队提供补充资料。

设计：霏滋莱姆公司(Fuzzytime) (www.fuzzytime.co.uk)

© 世界肥胖联盟 2025.

世界肥胖联盟

伦敦霍尔本 138 - 142 号沃特豪斯广场 3 号 邮政编码: EC1N 2SW

www.worldobesity.org

建议引用格式：

世界肥胖联盟. 《2025 年世界肥胖报告》[EB/OL]. 伦敦：世界肥胖联盟，2025.
<https://data.worldobesity.org/publications/?cat=23>

World Obesity Federation. World Obesity Atlas 2025. London: World Obesity Federation, 2025. <https://data.worldobesity.org/publications/?cat=23>

致谢：

《世界肥胖报告》是由世界肥胖联盟 (World Obesity Federation) 出版的非商业性出版物。本报告使用了世界卫生组织 (World Health Organization)、非传染性疾病风险因素协作组 (NCD Risk Factor Collaboration)、健康指标与评估研究所 (Institute for Health Metrics and Evaluation)、联合国人口司 (UN Population Division)、塔夫茨大学 (Tufts University) 的全球膳食数据库以及联合国粮食及农业组织 (Food and Agriculture Organization of the UN) 的公开数据，世界肥胖联盟特此表示感谢。以上机构对数据的具体使用不承担任何责任。

礼来公司 (Eli Lilly and Company) 和诺和诺德公司 (Novo Nordisk) 为本项目提供了部分资金支持，用于资助世界肥胖联盟《2025 年世界肥胖报告》的编制工作。礼来公司与诺和诺德公司均未对《世界肥胖报告》的内容或与此资助相关的任何材料/活动进行控制或施加影响。

所有数据均在获得直接许可或在知识共享 (Creative Commons) (4) 协议许可的情况下使用。版权所有，未经许可不得转载。

更多详细信息，请参阅附录 1 中的数据来源与研究方法部分。

本报告由中国营养学会肥胖防控分会、西安交通大学全球健康研究院、国际肥胖与代谢性疾病研究中心、青海省营养学会和青海大学医学部营养健康促进中心组织翻译完成。

工作组名单：

翻译：孙照彰，范育，张思晨，杜红，孟向阳，周珂葶，孙美晨，李娟

审校：彭雯，孙照彰，薛杰，马德福，齐欣，苟波，王友发

设计：杜红，孙美晨，赵雨桐

免责声明：

工作组尽最大努力及时完成翻译报告及确保译文的准确性，中文版报告仍可能存在与世界肥胖联盟原版报告不一致之处，特此声明。

■ 目录

表格和图形列表	5
缩略词表	7
前言	8
推动系统变革，塑造健康人生：声音	10
《2025年世界肥胖报告》要点概览	11
第一部分 全球超重和肥胖情况	13
第二部分 非传染性疾病与高身体质量指数	26
第三部分 推动系统变革，塑造健康人生	36
第四部分 国家评分卡	72
附录1：数据来源和研究方法	77
附录2：各国（地区）成人高BMI终身风险评估	79
参考文献	87

表格和图形列表

表格

- 表 1.1:** 全球 20 岁及以上高 BMI 男性和女性的患病率及预测数量（2010，2015，2030）
- 表 1.2:** 非洲地区 20 岁及以上高 BMI 人数及患病率（2010，2015，2030）
- 表 1.3:** 美洲地区 20 岁及以上高 BMI 人数及患病率（2010，2015，2030）
- 表 1.4:** 东地中海地区 20 岁及以上高 BMI 人数及患病率（2010，2015，2030）
- 表 1.5:** 欧洲地区 20 岁及以上高 BMI 人数及患病率（2010，2015，2030）
- 表 1.6:** 东南亚地区 20 岁及以上高 BMI 人数及患病率（2010，2015，2030）
- 表 1.7:** 西太平洋地区 20 岁及以上高 BMI 人数及患病率（2010，2015，2030）
- 表 1.8:** 世界银行低收入组国家 20 岁及以上高 BMI 人数及患病率（2010，2015，2030）
- 表 1.9:** 世界银行中低收入组国家 20 岁及以上高 BMI 人数及患病率（2010，2015，2030）
- 表 1.10:** 世界银行中高收入组国家 20 岁及以上高 BMI 人数及患病率（2010，2015，2030）
- 表 1.11:** 世界银行高收入组国家 20 岁及以上高 BMI 人数及患病率（2010，2015，2030）
- 表 2.1:** 四大 NCDs 致过早死亡的前 15 位风险因素排序（2021）
- 表 2.2:** NCDs 致过早死亡人数估计值（2021）
- 表 2.3:** 四大 NCDs 致相关成人患病生存年数的前 15 位风险因素排序（2021）
- 表 2.4:** NCDs 致相关成人患病生存年数估计值（2021）
- 表 3.1:** 国家卫生系统准备度指标: 健康覆盖指标
- 表 3.2:** 国家卫生系统准备度指标: 公共卫生系统准备情况指标
- 表 3.3:** 国家卫生系统准备度指标: 政策准备指标

图

图 1.1: 20 岁及以上男性高 BMI 比例 (2000-2030)

图 1.2: 20 岁及以上女性高 BMI 比例 (2000-2030)

图 1.3: 成年男性高 BMI 终身风险预估 (2022)

图 1.4: 成年女性高 BMI 终身风险预估 (2022)

图 1.5: 成年男性重度肥胖 ($\text{BMI} \geq 35 \text{ kg/m}^2$) 终身风险预估 (2022)

图 1.6: 成年女性重度肥胖 ($\text{BMI} \geq 35 \text{ kg/m}^2$) 终身风险预估 (2022)

图 2.1: 四种 NCDs 的 70 岁以下人群死亡率 (每 10 万人) (2010-2021)

图 2.2: 20 岁以上成人患病生存年数 (每 10 万人) (2010-2021)

图 2.3: 高 BMI 对 NCDs 所致过早死亡人数的估算 (2021)

图 2.4: 高 BMI 对 NCDs 相关患病生存年数的估算 (2021)

图 2.5: 高 BMI 致过早死亡人数的区域差异 (2021)

图 2.6: 高 BMI 致成人患病生存年数的区域差异性 (2021)

图 2.7: 国家收入水平与高 BMI 致过早死亡人数 (2021)

图 2.8: 国家收入水平与高 BMI 成人患病生存年数 (2021)

图 3.1: 全球 2 型糖尿病未治疗人群分布 (2022)

图 3.2: 全球肥胖治疗障碍因素 (2022)

图 3.3: 成年男性体育锻炼不足比例 (2022)

图 3.4: 成年女性体育锻炼不足比例 (2022)

图 3.5: 超加工食品高摄入导致的健康成本估算 (2024)

缩略词表

BMI (Body Mass Index)	身体质量指数
FAO (Food and Agriculture Organization)	联合国粮食及农业组织
GBD (Global Burden of Disease)	全球疾病负担研究
IHME (Institute for Health Metrics and Evaluation)	健康指标与评估研究所
NCD (Non-Communicable Disease)	非传染性疾病
NCD-RisC (Non Communicable Disease Risk Factor Collaboration)	非传染性疾病风险因素协作组
NICE (National Institute for Health and Care Excellence)	英国国家卫生与临床优化研究所
PPP (Purchasing Power Parity)	购买力平价
SDG (Sustainable Development Goal)	可持续发展目标
UN (United Nations)	联合国
WHO (World Health Organization)	世界卫生组织
WHO-GHO (World Health Organization Global Health Observatory)	世界卫生组织全球健康观察
YLD (Years Living with Disability/Ill Health)	残疾/患病生存年数

>>> 前言



世界肥胖联盟主席
西蒙·巴奎拉(Simón Barquera)



首席执行官
乔安娜·罗尔斯顿(Johanna Ralston)

2025 年世界肥胖日正值推动肥胖防控行动的关键时刻。今年 9 月，各国政要将齐聚联合国大会第四届非传染性疾病（Non-Communicable Diseases, NCDs）与心理健康问题高级别会议，评估全球 NCDs 防治进展，并制定下一阶段的行动纲领。本报告中的最新数据显示，全球在实现 NCDs 防治目标方面进展滞后。报告同时强调，优先关注肥胖问题并采取行动是减少 NCDs 全球影响的关键契机。

报告第一部分展示了 2000 至 2030 年全球及地区成人超重、肥胖及主要 NCDs 患病率的最新预测。按当前发展趋势，到 2030 年全球将有近 30 亿成人（约占成年人口 50%）受超重或肥胖影响。此外，需终身接受医疗干预的肥胖患者数量激增，这将对全球医疗体系带来严峻挑战。

肥胖既是一种疾病，也是包括部分癌症、心脏病、中风及 2 型糖尿病等在内多种 NCDs 的主要诱因。报告第二部分聚焦此类疾病的分析。同《2024 年全球肥胖报告》中的数据一样，我们发现因超重和肥胖导致的残疾和死亡率最高的国家主要分布在美洲、东南亚和西太平洋地区。本报告进一步证实，肥胖已成为真正的全球性问题，且未来至 2030 年，中等收入国家的增长幅度最为显著。

WORLD OBESITY

2025 年世界肥胖日主题为“推动系统变革，塑造健康人生”（Changing Systems, Healthier Lives），强调全球肥胖与 NCDs 患病率攀升是多重系统失效的综合结果。医疗体系缺乏有效应对肥胖的能力，同时助长偏见和污名化；食品体系中，企业不仅生产不健康食品，还投入巨资进行营销推广；城市规划与交通系统不利于民众积极出行与锻炼身体。报告第三部分首次深入分析了各国的政策指标，尖锐指出：鲜有国家具备应对肥胖流行的系统性机制。

单一干预措施无法遏制肥胖的蔓延。值此世界肥胖日，我们呼吁深入审视肥胖与 NCDs 背后的系统性因素，推动结构性变革，为全人类创造更健康的生活环境。各方须以肥胖患者的需求为行动核心，携手推动全面变革。

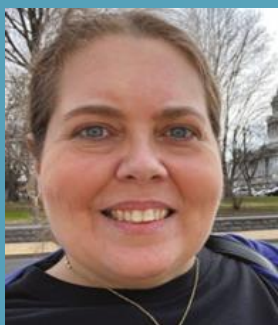
许多肥胖防控和管理政策同时有助于降低 NCDs 的影响。这些政策既能对共同风险因素（如不健康饮食、缺乏体育锻炼及商业驱动因素如营销）进行干预，又能通过控制超重和肥胖来降低疾病风险。因此，肥胖防控行动是实现公共健康福祉的“双赢”举措。

报告的最后重点介绍世卫组织发布的《终止肥胖技术方案》，其中包含一系列优先行动事项和干预措施建议。这些行动和措施对遏制肥胖率上升的影响已被证实且具有较高的成本效益。

此外，报告附录包含 199 个国家和地区的成人超重、NCDs 及政策响应国家计分卡，旨在为决策者制定变革性政策提供科学依据。

WORLD OBESITY

推动系统变革，塑造健康人生：声音



萨拉·布拉姆布利特
(Sarah Bramblette)
肥胖行动联盟（美国）
高级倡导经理

关于肥胖的流行及对医疗系统造成的沉重负担，我们都时常听闻。令人遗憾的是，我本人却难以获得有效的医疗服务来治疗这一疾病。与其他疾病相比，肥胖人群在求医过程中面临着诸多限制和障碍，这显然有失公平，也进一步加大了我们获取医疗资源的难度。

因此，我呼吁所有肥胖病友勇敢发声，为自己争取应有的医疗服务，捍卫自己的治疗权益。同时，我也希望社会各界能将我们视为普通人，让我们像其他疾病患者一样享有平等的治疗机会。我一直在努力改善自己的健康状况，但我也深知，要实现真正的改变，还需要更多人的支持和努力，共同推动医疗体系的变革，以消除这一不公平的现象。

在南非，三分之二的女性正面临超重或肥胖问题，但这一现象仍未引起足够的重视……很多人将其归咎于个人的失败，而非看作一个系统性的问题。肥胖被视为“未来的危机”，但事实上，它已迫在眉睫。面对肥胖危机，我们逐渐认识到问题的严重性，并开始思考如何应对。然而，当前更大的挑战在于我们各自为政，缺乏合作……但令我感到鼓舞的是，我们正努力推动来自不同领域的人们携手共进，共同应对肥胖以及其与非传染性疾病的交织问题。

因此，我在 2025 年世界肥胖日发出的呼吁是：推动系统变革，实现人生改变。在肥胖问题上，如果不作为，将让我们付出巨大的代价。它不仅危及我们的生命，还将对经济造成重创，并在社会各个方面产生深远影响。我们曾经成功应对过类似的挑战，如今，我们同样需要在系统层面采取行动，而非仅仅停留在个人层面。



诺马特姆巴·昌迪瓦纳博士
(Nomathemba Chandiwana)
德斯蒙德·图图 (Desmond Tutu) 健康基金会 (南非)
首席科学官

《2025 年世界肥胖报告》要点概览

按照目前的发展趋势，全球将难以实现世界卫生大会（World Health Assembly）制定的 2025 年 NCDs 防控目标，包括“遏制糖尿病与肥胖患病率上升趋势”和“以 2010 年为基准年，将心血管疾病、癌症、糖尿病或慢性呼吸系统疾病导致的总体过早死亡率相对降低 25%”（世卫组织，2013 年）。

全球亦难以实现 2015 年联合国可持续发展峰会确立的可持续发展目标，即到 2030 年“通过预防和治疗将 NCDs 导致的过早死亡率减少三分之一”（联合国，2015 年）。

全球 NCD 防治目标进展滞后。

多种风险因素加剧 NCD 患病风险，包括吸烟、缺乏体育锻炼、不良饮食和超重等。这些因素导致全球半数以上 NCDs 过早死亡（2021 年约 1070 万例）。其中 160 万例（15%）过早死亡归因于高身体质量指数（Body Mass Index, BMI^{*}，衡量超重的替代指标）（全球疾病负担研究，Global Burden of Disease, GBD, 2024 年）。在 2 型糖尿病相关过早死亡中，该比例攀升至 55%。

高 BMI 是 NCDs 的主要驱动因素，每年导致 160 万例 NCDs 相关的过早死亡。

除了导致过早死亡的全球负担，还有大量患者虽存活但饱受 NCDs 带来的健康问题困扰。2021 年，成人因 NCDs 在已知风险因素影响下累计损失 1.611 亿健康寿命年，其中 4430 万（27%）健康寿命年损失归因于高 BMI（GBD，2024 年）。

NCDs 对健康造成严重影响，每年因 NCDs 相关疾病损失的寿命超过 1.6 亿年，其中超过 25% 由高 BMI 导致。

有证据表明，除非采取强有力的政策干预，否则降低成人高 BMI 患病率的目标将难以实现。根据当前趋势，到 2030 年，高 BMI 将影响近 30 亿成人（约占全球成年人口 50%）。这一数值显著高于 2015 年可持续发展目标设定的低于 20 亿（40%）和 2010 年世卫组织 NCD 防控目标基准年的 16 亿（36%）。

按当前发展趋势，高 BMI 人数预计将持续上升，中等收入国家尤为显著。

高 BMI 的可能性随着年龄增长而增加，因此到 65 岁或 70 岁时，大部分人群将经历超重或肥胖。2022 年数据显示，全球 200 个国家中，147 个国家的成人终身高 BMI 风险超过 52%，其中 62 个国家该风险超过 80%。

以 $\text{BMI} \geq 35 \text{ kg/m}^2$ 为阈值，全球多数国家超过 10% 的成人一生中都会超过该值。根据 2022 年数据，在近五分之一国家中，超过 20% 的成人一生中早晚会超过该值。这是对需要接受医疗干预的肥胖人群比例的保守估计。

多数国家的医疗体系尚未做好充分应对肥胖的准备，且肥胖防控政策仍显不足。

各国应对成人高 BMI 的能力可以通过以下因素评估：国家卫生系统提供肥胖和 NCDs 治疗的能力、监测实现国家目标进展的能力以及实施全国性政策和行动以预防全民体重增加的能力。最新数据通过 8 个“卫生系统准备度”指标表明，仅有 13 个国家在全部 8 个准备度指标上具备能力（包括监测和引导）。在 5 项肥胖预防政策指标中，没有任何国家将 5 项政策和行动全部落实。总体而言，只有一个国家（汤加）在 13 项综合指标中满足 12 项，另有 5 个国家（墨西哥、印度、英国、芬兰和马来西亚）满足 11 项。67 个国家在 13 项指标中仅有一项或没有任何一项达标。

*本报告中，“高 BMI”包括超重（ $\text{BMI} 25\text{--}30 \text{ kg/m}^2$ ）、肥胖 I 级（ $\text{BMI} 30\text{--}35 \text{ kg/m}^2$ ）和肥胖 II 级及以上（ $\text{BMI} \geq 35 \text{ kg/m}^2$ ）。我们将肥胖分为两类：1) $\text{BMI} < 35 \text{ kg/m}^2$ ；2) $\text{BMI} \geq 35 \text{ kg/m}^2$ ，因为 $\text{BMI} \geq 35 \text{ kg/m}^2$ 是当前临床指南中临床干预转诊的常用参考阈值。

尽管 BMI 被广泛使用，但仍存在固有局限。作为一种衡量体型而非健康状况的指标，BMI 适用于个体筛查及群体超重/肥胖评估，但不建议将其单独作为临床诊断的依据。

壹

第一部分

全球超重和肥胖现状

第一部分 | 全球超重和肥胖情况

按当前趋势推算，全球将无法实现世界卫生大会设定的 2025 年 NCDs 防控目标，其中包括“遏制糖尿病和肥胖的增长”和“以 2010 年为基准，将心血管疾病、癌症、糖尿病及慢性呼吸道疾病导致的总体过早死亡率相对降低 25%”。（世卫组织，2013 年）。

正如历年《世界肥胖报告》所揭示的，当前非传染性疾病与肥胖流行趋势表明，绝大多数国家，甚至可能无一例外，都将难以达成既定防控目标。相反，众多中等收入国家的超重肥胖率正加速攀升，而部分高收入国家的肥胖率则在高位趋于平稳。

在本部分，我们展示全球及各地区成人高身体质量指数（BMI）的变化趋势。高 BMI 包含超重（BMI 25-30 kg/m²）、肥胖 I 级（BMI 30-35 kg/m²）以及肥胖 II 级及以上（BMI 超过 35 kg/m²）。我们将肥胖划分为两个类别（BMI 35 kg/m²以下和以上），因为 BMI 35 kg/m²是当前临床指南中常见的临床治疗转诊阈值（参见例如 NICE, 2024）。最新全球高 BMI 预测表明，到 2030 年即全球可持续发展目标（Sustainable Development Goal, SDG）的目标年份，将有近 30 亿成人（约占成年人口的 50%）受到影响。这一数据相比 2015 SDGs 设定的不足 20 亿人（40%）和 2010 年世界卫生大会目标基线的 16 亿人（36%），均有显著增长。

高 BMI 的发生风险随年龄增长显著上升，到 65 或 70 岁时，较大比例人口在一生中都会经历高 BMI。2022 年，大多数国家的成人终身高 BMI 风险已超过 50%。在许多国家，这一比例甚至超过 80%（具体数据详见图 1.3、图 1.4 及附录 2）。

此外，报告展示了成年期 BMI≥35 kg/m²的最高患病率，以估算肥胖 II 级及以上的终身患病风险（详见图 1.5、图 1.6 及附录 2）。对于当前将 BMI≥35 kg/m²作为医疗干预转诊条件的卫生服务机构而言，这些患病率数据在 2022 年数据基础上给出了一生中可能需要医疗干预的成人比例的保守估算。结果显示，在大多数国家中，该比例超过成年人口总量的 10%，在约五分之一的国家，该比例达到 20%及以上。

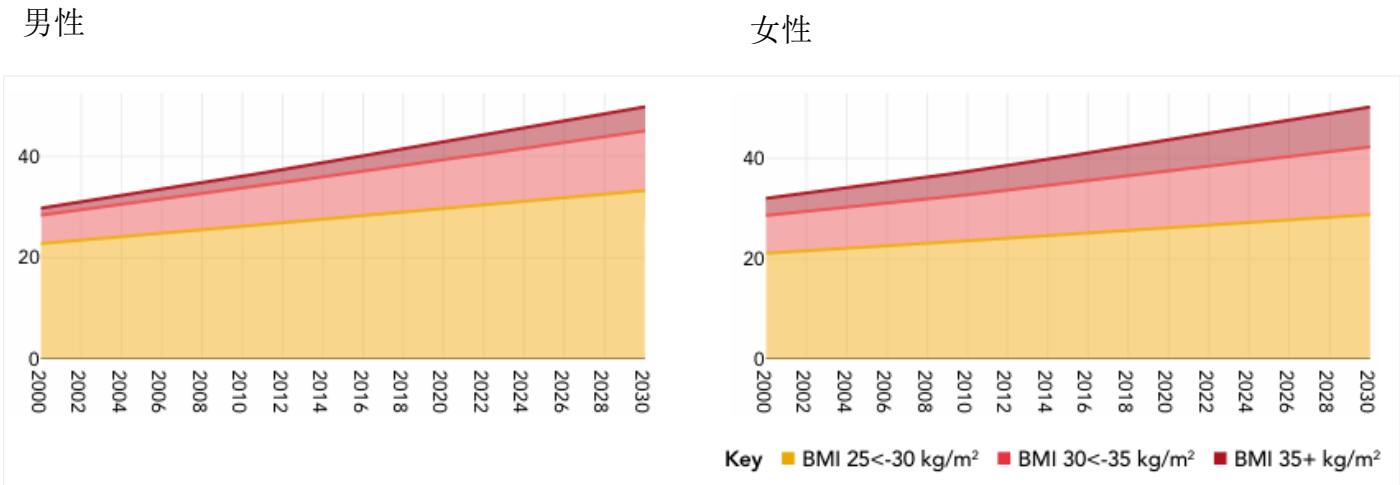
本报告第二部分将重点探讨高 BMI 对 NCD 患病风险的推动作用以及超重和肥胖的高患病率如何阻碍 NCD 防控目标的实现。

本报告第三部分将分析应对高 BMI 及其引发的 NCDs 所需的政策及干预措施。鉴于世界卫生大会设定的肥胖与 NCD 防控目标可能难以实现，世卫组织已发布加速行动应对肥胖的提案，并为其成员国提供技术支持。这些提案基于现有政策和正在推进的干预措施，相关内容将在第三部分进行论述。

1.1 全球成人高 BMI 趋势

NCD-RisC 对全球超重和肥胖患病率的最新估计显示了从 1990 年到 2022 年的趋势（NCD-RisC, 2024）。若缺乏有效干预来改变这一趋势，这一态势将延续至 2030 年，如图 1.1 和 1.2 所示。模型预测表明，到 2030 年，全球 50% 的成年男性和女性将处于高 BMI 状态，全球 17% 的男性和 22% 的女性将达到肥胖水平。

图 1.1 和图 1.2 20 岁及以上男性和女性高 BMI 比例（2000-2030）



数据来源：非传染性疾病风险因素协作组 NCD-RisC（2024 年）及世界肥胖联盟预测

患病率数据反映了高 BMI 人群在总人口中的比例，而通过结合人口规模变化趋势，我们还能推算出实际受影响的成年人数量。表 1.1 基于图 1.1 和图 1.2 显示的患病率趋势，列出了主要年份受高 BMI 影响的男性和女性预估人数。预计到 2030 年，全球将有超过 29 亿成年人处于高 BMI 状态，其中 11 亿（男性 4.87 亿，女性 6.43 亿）将达到肥胖水平（BMI ≥30 kg/m²）。值得注意的是，届时肥胖Ⅱ级及以上（BMI ≥35 kg/m²）的人口规模将接近 4 亿，且以女性群体为主。这些预测数据对卫生服务资源的规划和配置具有特殊指导意义——预计每三位 BMI>35 kg/m² 的成人中有两位生活在低收入国家（详见表 1.8 至表 1.11）

表 1.1 全球 20 岁及以上高 BMI 男性和女性的患病率及预测数量（2010，2015，2030）

男	BMI 25 - <30 kg/m ²		BMI 30 - <35 kg/m ²		BMI 35+ kg/m ²		所有高 BMI 类型	
2010	570m	26%	164m	7%	51m	2%	786m	36%
2015	665m	28%	203m	8%	69m	3%	936m	39%
2030	966m	33%	346m	12%	141m	5%	1,453m	50%
女	BMI 25 - <30 kg/m ²		BMI 30 - <35 kg/m ²		BMI 35+ kg/m ²		所有高 BMI 类型	
2010	518m	23%	203m	9%	106m	5%	826m	37%
2015	592m	24%	244m	10%	133m	5%	968m	40%
2030	834m	28%	399m	14%	244m	8%	1,477m	50%

数据来源：NCD-RisC（2024）、联合国人口估计（2024）以及世界肥胖联盟的预测

1.2 世界卫生组织各区域成人高 BMI 人数及患病率

世卫组织通过其区域办事处开展工作，因此，我们基于 NCD-RisC 的预估数据和世界肥胖联盟截至 2030 年的最新预测，计算了各区域高 BMI 成年人的数量及患病率。

表 1.2 非洲地区 20 岁及以上高 BMI 人数及患病率（2010，2015，2030）

男	BMI 25 - <30 kg/m ²		BMI 30 - <35 kg/m ²		BMI 35+ kg/m ²		所有高 BMI 类型	
2010	31m	15%	7.4m	4%	2.5m	1%	41m	20%
2015	38m	16%	9.8m	4%	3.3m	1%	51m	21%
2030	67m	18%	21m	6%	8.2m	2%	96m	26%
女	BMI 25 - <30 kg/m ²		BMI 30 - <35 kg/m ²		BMI 35+ kg/m ²		所有高 BMI 类型	
2010	40m	19%	17m	8%	9.3m	4%	66m	31%
2015	49m	20%	22m	9%	12.5m	5%	84m	34%
2030	91m	24%	47m	13%	29m	8%	167m	45%

数据来源：NCD-RisC（2024）、联合国人口估计（2024）以及世界肥胖联盟的预测

表 1.3 美洲地区 20 岁及以上高 BMI 人数及患病率（2010，2015，2030）

男	BMI 25 - <30 kg/m²		BMI 30 - <35 kg/m²		BMI 35+ kg/m²		所有高 BMI 类型	
2010	117m	38%	53m	17%	23m	8%	193m	63%
2015	126m	38%	62m	19%	29m	9%	217m	66%
2030	144m	37%	92m	23%	51m	13%	287m	73%
女	BMI 25 - <30 kg/m²		BMI 30 - <35 kg/m²		BMI 35+ kg/m²		所有高 BMI 类型	
2010	98m	31%	55m	17%	40m	12%	193m	60%
2015	107m	31%	64m	19%	49m	14%	220m	64%
2030	131m	32%	91m	22%	85m	21%	307m	75%

数据来源： NCD-RisC（2024）、联合国人口估计（2024）以及世界肥胖联盟的预测

表 1.4 东地中海地区 20 岁及以上高 BMI 人数及患病率（2010，2015，2030）

男	BMI 25 - <30 kg/m²		BMI 30 - <35 kg/m²		BMI 35+ kg/m²		所有高 BMI 类型	
2010	53m	31%	20m	12%	6.6m	4%	80m	47%
2015	63m	33%	27m	15%	9.9m	5%	100m	53%
2030	97m	37%	51m	19%	24m	9%	172m	65%
女	BMI 25 - <30 kg/m²		BMI 30 - <35 kg/m²		BMI 35+ kg/m²		所有高 BMI 类型	
2010	46m	29%	27m	17%	15m	10%	88m	56%
2015	53m	30%	34m	19%	21m	12%	108m	61%
2030	77m	31%	61m	25%	44m	18%	182m	74%

数据来源： NCD-RisC（2024）、联合国人口估计（2024）以及世界肥胖联盟的预测

表 1.5 欧洲地区 20 岁及以上高 BMI 人数及患病率（2010，2015，2030）

男	BMI 25 - <30 kg/m²		BMI 30 - <35 kg/m²		BMI 35+ kg/m²		所有高 BMI 类型	
2010	131m	41%	48m	15%	13.3m	4%	192m	60%
2015	136m	41%	53m	16%	16m	5%	205m	62%
2030	141m	40%	65m	18%	25m	7%	231m	65%
女	BMI 25 - <30 kg/m²		BMI 30 - <35 kg/m²		BMI 35+ kg/m²		所有高 BMI 类型	
2010	101m	28%	52m	14%	28m	8%	181m	50%
2015	102m	28%	54m	15%	30m	8%	186m	51%
2030	103m	27%	57m	15%	38m	10%	198m	52%

数据来源： NCD-RisC（2024）、联合国人口估计（2024）以及世界肥胖联盟的预测

表 1.6 东南亚地区 20 岁及以上高 BMI 人数及患病率（2010，2015，2030）

男	BMI 25 - <30 kg/m²		BMI 30 - <35 kg/m²		BMI 35+ kg/m²		所有高 BMI 类型	
2010	78m	14%	12.4m	2%	2.6m	<1%	93m	16%
2015	107m	17%	19m	3%	3.9m	<1%	130m	20%
2030	221m	28%	47m	6%	11.3m	1%	279m	35%
女	BMI 25 - <30 kg/m²		BMI 30 - <35 kg/m²		BMI 35+ kg/m²		所有高 BMI 类型	
2010	98m	18%	25m	5%	6.7m	1%	130m	24%
2015	127m	21%	36m	6%	10.2m	2%	173m	29%
2030	231m	30%	83m	11%	26m	3%	340m	44%

数据来源： NCD-RisC（2024）、联合国人口估计（2024）以及世界肥胖联盟的预测

表 1.7 西太平洋地区 20 岁及以上高 BMI 人数及患病率（2010，2015，2030）

男	BMI 25 - <30 kg/m ²		BMI 30 - <35 kg/m ²		BMI 35+ kg/m ²		所有高 BMI 类型	
2010	161m	25%	24m	4%	3.8m	1%	189 m	30%
2015	195m	28%	33m	5%	6.7m	1%	235m	34%
2030	294m	39%	69m	9%	22m	3%	385m	51%
女	BMI 25 - <30 kg/m ²		BMI 30 - <35 kg/m ²		BMI 35+ kg/m ²		所有高 BMI 类型	
2010	134m	20%	26m	4%	5.5m	<1%	166m	24%
2015	153m	22%	33m	5%	8.2m	1%	194m	28%
2030	199m	26%	57m	8%	21m	3%	277m	37%

数据来源： NCD-RisC（2024）、联合国人口估计（2024）以及世界肥胖联盟的预测

1.3 按世界银行收入群体划分的成年人高 BMI 人数及患病率

根据世卫组织各区域数据显示，不同地区呈现出的差异趋势可能反映出文化及经济因素的双重影响。与此同时，世界银行依据各国人均国民总收入将各国划分为四个收入等级。基于 NCD-RisC 的评估数据以及世界肥胖联盟截至 2030 年的预测，我们计算了各收入等级成年高 BMI 人群的数量及患病率。数据显示，高收入国家超重人群（BMI 25-<30 kg/m²）的患病率已趋于稳定，而这一趋势尚未在其他收入水平的国家出现。然而，所有收入水平的国家高 BMI 的总体患病率仍在持续攀升，其中肥胖II级及以上（BMI≥35 kg/m²）人群的患病率增幅尤为显著。

表 1.8 世界银行低收入组国家 20 岁及以上高 BMI 人数及患病率（2010，2015，2030）

男	BMI 25 - <30 kg/m ²		BMI 30 - <35 kg/m ²		BMI 35+ kg/m ²		所有高 BMI 类型	
2010	14.3m	13%	3.4m	3%	1.0m	1%	19m	17%
2015	17m	14%	4.3m	4%	1.3m	1%	23m	19%
2030	35m	17%	11.5m	6%	4.6m	2%	51m	25%
女	BMI 25 - <30 kg/m ²		BMI 30 - <35 kg/m ²		BMI 35+ kg/m ²		所有高 BMI 类型	
2010	17m	15%	6.0m	5%	2.6m	2%	26m	22%

2015	22m	17%	8.0m	6%	3.6m	3%	34m	26%
2030	46m	22%	21m	10%	11.1m	5%	78m	37%

数据来源： NCD-RisC（2024）、联合国人口估计（2024）以及世界肥胖联盟的预测

表 1.9 世界银行中低收入组国家 20 岁及以上高 BMI 人数及患病率（2010，2015，2030）

男	BMI 25 - <30 kg/m²		BMI 30 - <35 kg/m²		BMI 35+ kg/m²		所有高 BMI 类型	
2010	118m	17%	27m	4%	7.1m	1%	152m	22%
2015	156m	19%	38m	5%	10.7m	1%	205m	25%
2030	301m	28%	87m	8%	29m	3%	417m	39%
女	BMI 25 - <30 kg/m²		BMI 30 - <35 kg/m²		BMI 35+ kg/m²		所有高 BMI 类型	
2010	134m	19%	45m	6%	20m	3%	199m	28%
2015	171m	22%	62m	8%	28m	4%	261m	34%
2030	304m	29%	135m	13%	66m	6%	505m	48%

数据来源： NCD-RisC（2024）、联合国人口估计（2024）以及世界肥胖联盟的预测

表 1.10 世界银行中高收入组国家 20 岁及以上高 BMI 人数及患病率（2010，2015，2030）

男	BMI 25 - <30 kg/m²		BMI 30 - <35 kg/m²		BMI 35+ kg/m²		所有高 BMI 类型	
2010	250m	28%	58m	6%	13.5m	2%	322m	36%
2015	296m	31%	76m	8%	20m	2%	392m	41%
2030	424m	39%	140m	13%	51m	5%	615m	57%
女	BMI 25 - <30 kg/m²		BMI 30 - <35 kg/m²		BMI 35+ kg/m²		所有高 BMI 类型	
2010	230m	25%	81m	8%	34m	4%	345m	37%
2015	260m	27%	100m	19%	45m	5%	405m	51%
2030	338m	31%	161m	15%	88m	8%	587m	54%

数据来源： NCD-RisC（2024）、联合国人口估计（2024）以及世界肥胖联盟的预测

表 1.11 世界银行高收入组国家 20 岁及以上高 BMI 人数及患病率（2010，2015，2030）

男	BMI 25 - <30 kg/m ²		BMI 30 - <35 kg/m ²		BMI 35+ kg/m ²		所有高 BMI 类型	
2010	187m	38%	76m	15%	30m	6%	293m	59%
2015	195m	38%	85m	16%	36m	7%	316m	61%
2030	205m	37%	107m	19%	57m	10%	369m	66%
女	BMI 25 - <30 kg/m ²		BMI 30 - <35 kg/m ²		BMI 35+ kg/m ²		所有高 BMI 类型	
2010	136m	26%	70m	14%	49m	9%	255m	49%
2015	139m	26%	74m	14%	56m	10%	269m	50%
2030	146m	25%	82m	14%	78m	14%	306m	53%

数据来源： NCD-RisC（2024）、联合国人口估计（2024）以及世界肥胖联盟的预测

1.4 高 BMI 的终身风险

高 BMI 的发生风险随年龄增长而上升，到 65 岁或 70 岁时，较大比例的人群在一生中都会经历高 BMI 状态。2022 年，大多数国家的成年人一生中患高 BMI 的风险已超过 50%，而在许多国家，该比例甚至超过 80%。

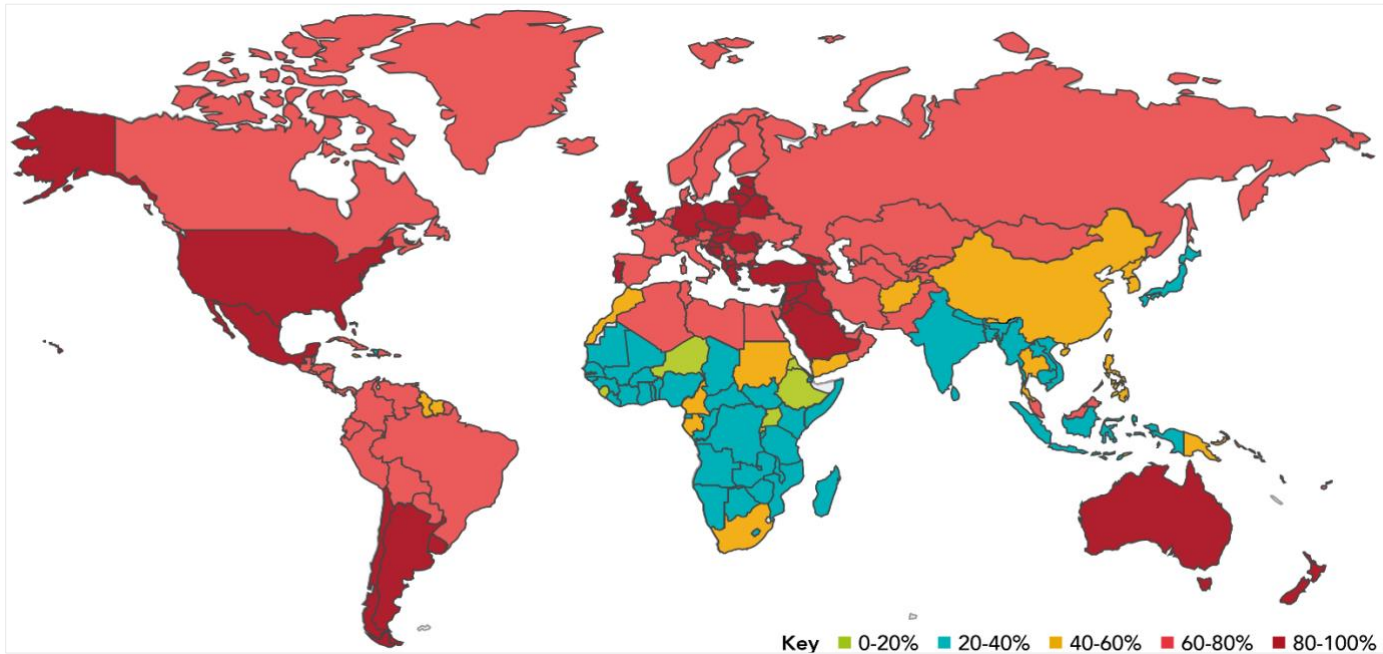
前文报告的成年人肥胖率涵盖了从 20 岁至 85 岁以上的所有年龄段。然而，已有充分证据表明，肥胖风险在成年后数十年内会持续上升，因此中年群体的超重或肥胖比例通常高于全国平均水平。NCD-RisC 对各国肥胖率的估算具体到每 5 岁为一个年龄组。我们提取了 20-85 岁年龄范围内各年龄组肥胖率的峰值（即任一年龄组中的最高患病率），作为对个体一生中可能出现高 BMI 风险的初步估算。这一数据可能较为保守，因为峰值年龄段的高 BMI 人群并不包括那些尚未经历 BMI 升高阶段或已经从早期较高 BMI 水平减重成功的个体，详见附录 1 数据来源与研究方法。

在绝大多数国家，超重和肥胖患病率最高的年龄段为男性 40-65 岁、女性 40-70 岁。如图 1.3 和图 1.4 所示，全球较大比例的人口在一生中都可能经历超重或肥胖。2022 年，200 个国家中有 147 个国家的成人一生中患高 BMI 的风险超过 50%，其中 62 个国家该风险超过 80%。

在高收入国家，高 BMI 的最高患病率往往更高，且主要集中在老年人群；而在中低收入国家，最高患病率相对较低，且多集中在较年轻的人群。下列地图直观展示了各国最高患病率的估算值（各国详细数据见附录 2）。

图 1.3 成年男性高 BMI 终身风险预估

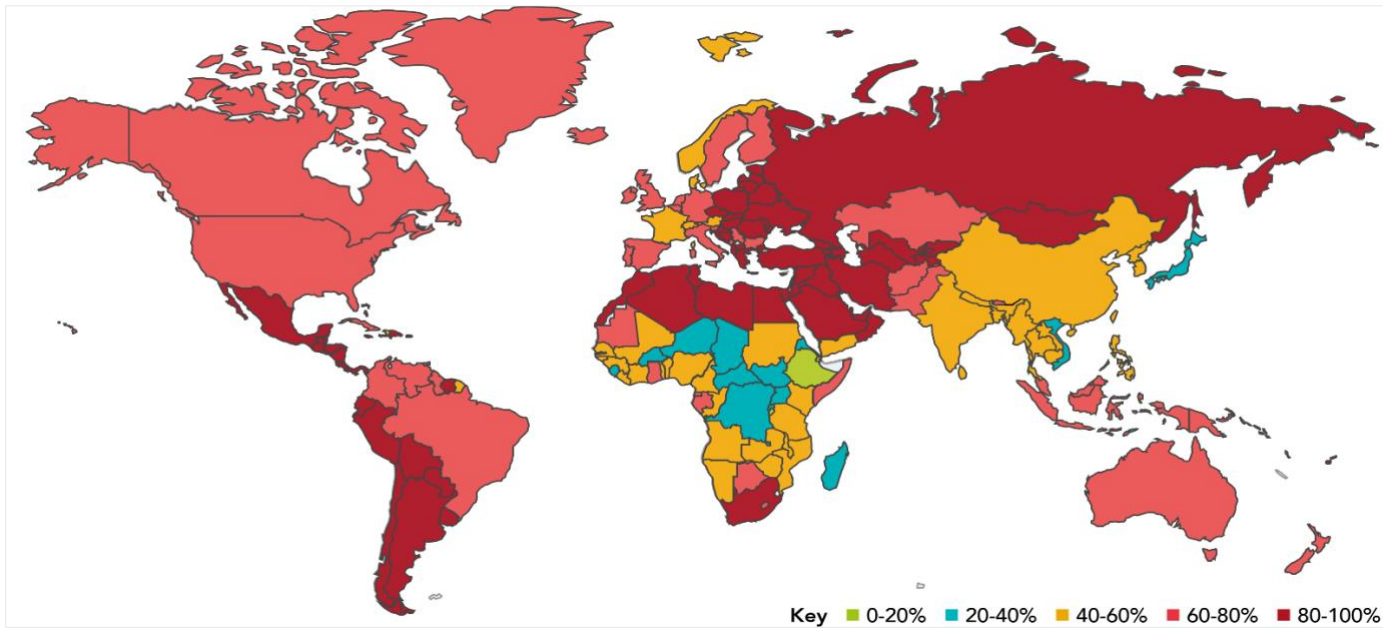
成年期 BMI $\geq$ 25 kg/m²的最高患病率（%）（2022 年）



数据来源：2024 年世界肥胖联盟基于 NCD-RisC（2022 年数据）的分析

图 1.4 成年女性高 BMI 终身风险预估

成年期 BMI $\geq$ 25 kg/m²的最高患病率（%）（2022 年）

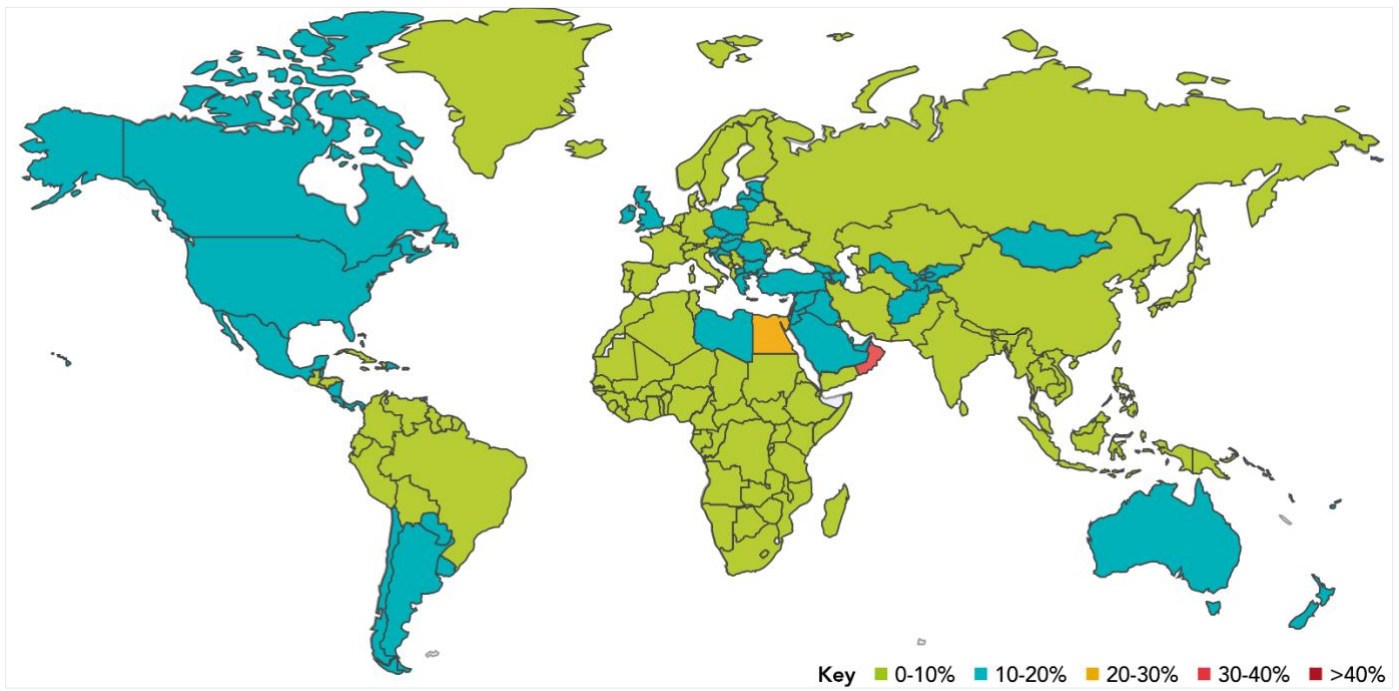


数据来源：2024 年世界肥胖联盟基于 NCD-RisC（2022 年数据）的分析

此外，我们还提供了成年期 BMI $\geq$ 35 kg/m²的最高患病率数据，以估算肥胖 II 级及以上的终身患病风险（详见图 1.5、图 1.6 及附录 2）。对于目前将 BMI $\geq$ 35 kg/m²作为临床干预转诊标准的卫生服务机构而言，这些患病率数据在 2022 年数据基础上给出了一生中可能需要医疗干预的成人比例的保守估算。研究发现，在大多数国家（121 个，占比 60.5%），该比例超过成年人口总数的 10%；更有部分国家（36 个，占比 18%），超过 20%成年人可能患有肥胖 II 级。

图 1.5 成年男性重度肥胖（BMI $\geq$ 35 kg/m²）终身风险预估

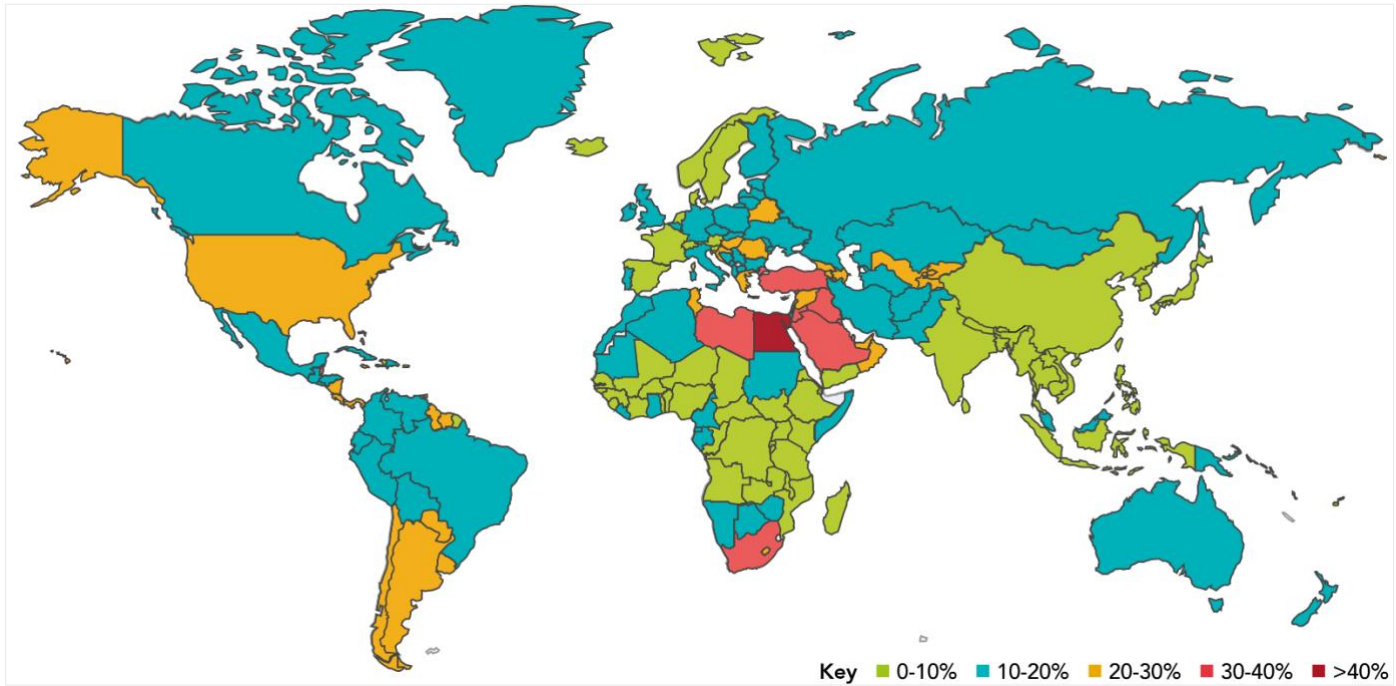
成年期 BMI $\geq$ 35 kg/m²的最高患病率（%）（2022 年）



数据来源：2024 年世界肥胖联盟基于 NCD-RisC（2022 年数据）的分析

图 1.6 成年女性重度肥胖（BMI≥35 kg/m²）终身风险预估

成年期 BMI≥35 kg/m²的最高流行率（%）（2022 年）



数据来源：2024 年世界肥胖联盟基于 NCD-RisC（2022 年数据）的分析

这些分析结果表明：1）与目前仅基于 BMI 的研究（Stokes 等，2017）相比，更大比例人口受肥胖及其健康后果的影响；2）BMI 历史数据应成为肥胖流行病健康监测的一部分，以便全面评估肥胖对健康损害和过早死亡的影响。

貳

第二部分

非传染性疾病与高身体质量指数

第二部分 | 非传染性疾病与高身体质量指数

2021 年，全球有超过 1700 万 70 岁以下人口死于 NCDs，其中 1100 万例死亡归因于可避免的风险因素。在这些可预防的过早死亡案例中，高 BMI 作为致病因素占比 15%。对某些特定 NCDs 而言，这一比例更高，例如 2 型糖尿病，55% 的可预防过早死亡与高 BMI 有关。

同样，高 BMI 也与 NCDs 导致的长期健康状况不佳密切相关。2021 年，NCDs 造成全球可避免健康损失 1.61 亿成人年，其中 27% 可归因于高 BMI。

除世界卫生大会提出的“到 2025 年将四大 NCDs 导致的过早死亡率降低 25%”外，SDG 还增加了“通过预防和治疗，将 NCDs 导致的过早死亡率降低三分之一”的目标。然而，按当前趋势，这两个目标均难以实现。高 BMI 是持续推高 NCDs 患病风险的重要因素，若不采取针对超重和肥胖的行动，这些目标恐难达成。

2025 年目标涵盖的四种 NCDs 包括糖尿病、心血管疾病（含心脏病和中风）、癌症和慢性呼吸系统疾病。其中，慢性呼吸系统疾病主要由空气污染和吸烟引起，但其他三类 NCDs 的风险增加均与高 BMI（定义为 $BMI \geq 25 \text{ kg/m}^2$ ）显著相关。

本部分主要呈现两项核心指标：

1. **因 NCDs 导致的过早死亡（70 岁前）**。不同国家与地区差异主要反映医疗干预措施的可用性和可及性以及发病率上升趋势。
2. **因 NCDs 导致的成人残疾/患病生存年数（YLD）**。不同国家之间的差异主要反映风险暴露水平（如致胖因素、不良饮食或体育锻炼不足）和医疗干预措施的可及性。

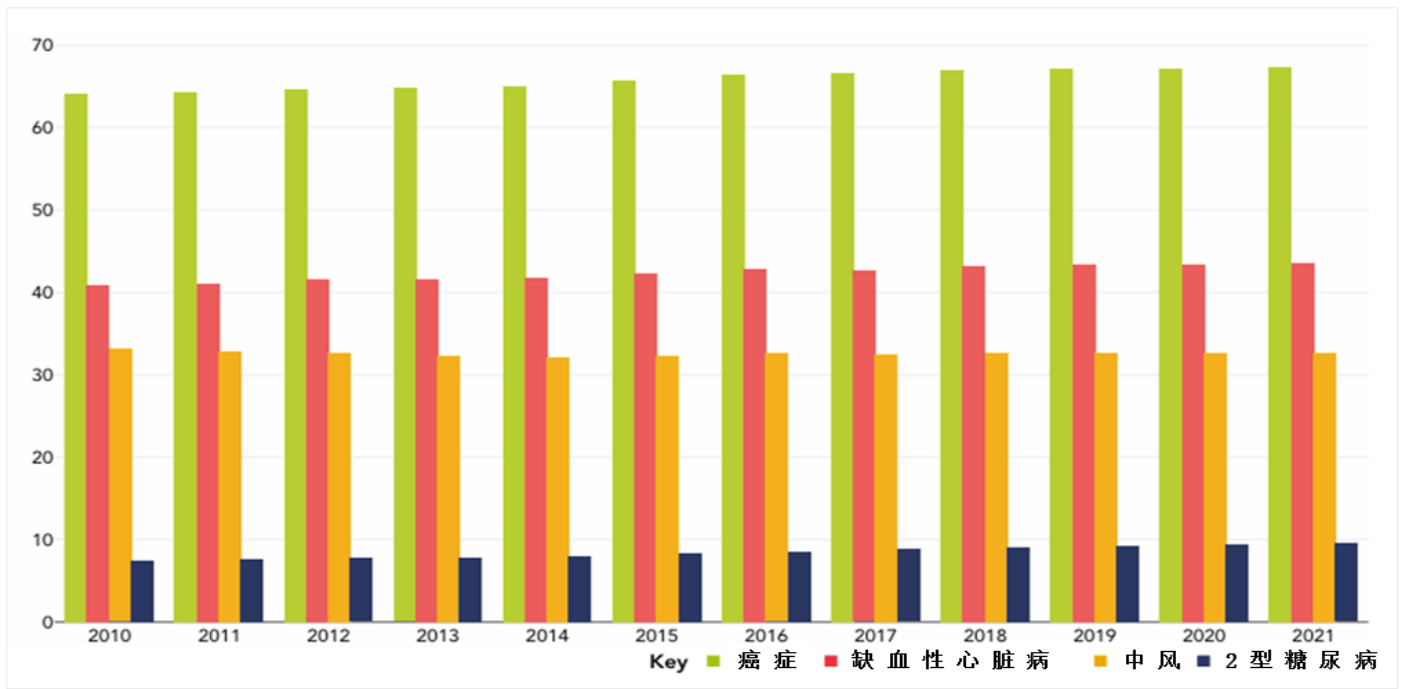
高 BMI 导致多种健康问题

本报告聚焦四大 NCDs：癌症、缺血性心脏病、中风和 2 型糖尿病。这些疾病也是世界卫生大会 2025 年目标的重要方面（此外还有主要由吸烟和空气污染导致的慢性呼吸系统疾病）。同时，高 BMI 也是其他 NCDs（如肝病、肾病、肌肉骨骼疾病）的风险因素，并可能加剧神经系统疾病（如痴呆症、阿尔茨海默病）和精神健康问题（如抑郁症）。高 BMI 还会增加罹患传染性疾病的风险，例如感染 SARS-CoV-2 病毒后的健康损害。

2.1 NCDs 的全球流行趋势

如前所述，实现世界卫生大会 2025 年全球目标或 2030 年可持续发展目标的可能性微乎其微，这些目标要求将主要 NCDs 导致的过早死亡人数大幅削减。如图 2.1 所示，自目标设定以来，本报告重点关注的四种 NCDs 死亡率（每 10 万人口）几乎没有变化。这表明这一期间治疗服务的可及性未显著改善，抑或改善成效被不断攀升的发病数量所抵消。

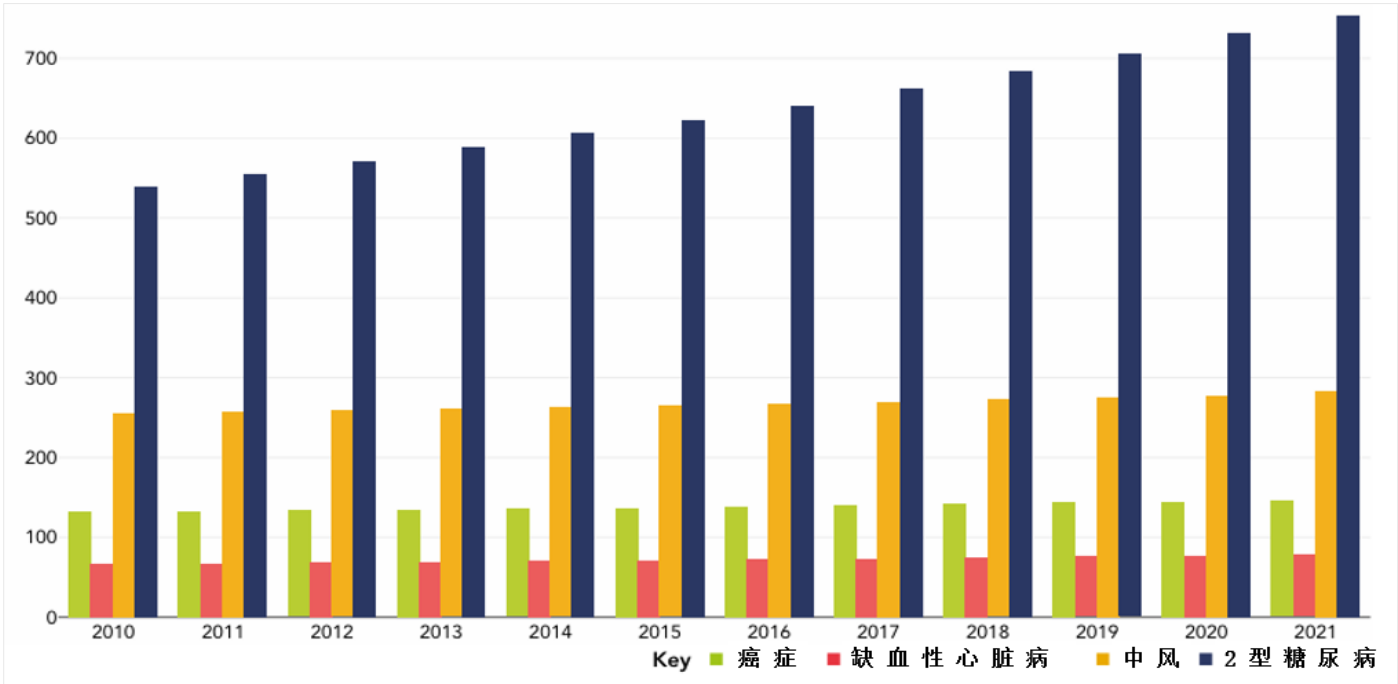
图 2.1 四种 NCDs 的 70 岁以下人群死亡率（每 10 万人）（2010-2021）



数据来源：健康指标与评估研究所（2024 年）

此外，成年人因主要 NCDs 导致的患病生存年数趋势显示（图 2.2），除 2 型糖尿病显著上升外，其他 NCDs 每 10 万成人中的患病率保持相对稳定。这表明，导致这些疾病的风险暴露未降低，糖尿病风险暴露甚至有所增加。未能有效遏制高 BMI 患病率的持续攀升，很可能是推动这种趋势的主要因素。

图 2.2 20 岁以上成人患病生存年数（每 10 万人）（2010-2021）



数据来源：健康指标与评估研究所（2024 年）

需注意的是，疾病风险因素并非孤立存在。这意味着：1) 不同风险因素可能相互增强影响；2) 风险因素之间可能存在因果关系。例如，高 BMI 会增加罹患高血压的风险，而某些饮食相关风险因素（如高盐、高脂饮食）可能同时增加高血压和高 BMI 的风险。

2.2 高 BMI 对四大 NCDs 发病风险的相对影响

Zhou 等人（2024 年）的研究发现，过去 30 年（1990-2021）间，本可通过降低高 BMI 患病率而避免的死亡人数和患病生存年数实际上增加了一倍以上。本报告使用同一数据库分析高 BMI 以及其他慢性疾病发病的风险因素，重点关注四种主要的 NCDs：癌症、缺血性心脏病、中风和 2 型糖尿病。下列表格显示，高 BMI 是过早死亡（表 2.1 和 2.2）和成人患病生存年数（表 2.3 和 2.4）的主要风险因素之一。

表 2.1 四大 NCDs 致过早死亡的前 15 位风险因素排序（2021）

排名	癌症	缺血性心脏病	中风	2 型糖尿病
1	吸烟	高血压	高血压	高空腹血糖
2	酗酒	高 LDL 胆固醇	空气污染	高 BMI
3	空气污染	空气污染	吸烟	空气污染
4	高 BMI	吸烟	高钠饮食	吸烟
5	职业风险	全谷物摄入不足	高 LDL 胆固醇	加工肉类高摄入
6	高空腹血糖	高 BMI	肾功能障碍	非适宜温度
7	红肉高摄入	高空腹血糖	水果摄入不足	体育锻炼不足
8	全谷物摄入不足	肾功能障碍	高空腹血糖	全谷物摄入不足
9	牛奶摄入不足	ω-6 脂肪酸摄入不足	非适宜温度	水果摄入不足
10	钙摄入不足	水果摄入不足	酗酒	红肉高摄入
11	高钠饮食	坚果类摄入不足	高 BMI	含糖饮料高摄入
12	药物滥用	海鲜中的 ω-3 脂肪酸不足	纤维摄入不足	酗酒
13	水果摄入不足	高钠饮食	全谷物摄入不足	蔬菜摄入不足
14	蔬菜摄入不足	纤维摄入不足	蔬菜摄入不足	纤维摄入不足
15	体育锻炼不足	非适宜温度	体育锻炼不足	

数据来源：健康指标研究所（2024 年）

值得注意的是，许多导致癌症、缺血性心脏病、中风和 2 型糖尿病过早死亡的风险因素彼此之间存在因果关系，尤其是高 BMI。而且四种 NCDs 的风险因素存在高度重叠。这印证了全球 NCDs 防控需要跨疾病协同行动的观点。肥胖是少数被列为 NCDs“风险因素”的 NCDs 之一。因此，遏制并降低肥胖患病率对实现全球 NCDs 防控目标至关重要。

健康指标与评估研究所（IHME）还估算了不同风险因素（含高 BMI）导致的死亡和成人患病生存年数。表 2.2 显示，可归因于风险因素的所有 NCDs 过早死亡中，15%由高 BMI 导致，而在 2 型糖尿病导致的死亡病例中，这一占比高达 55%。

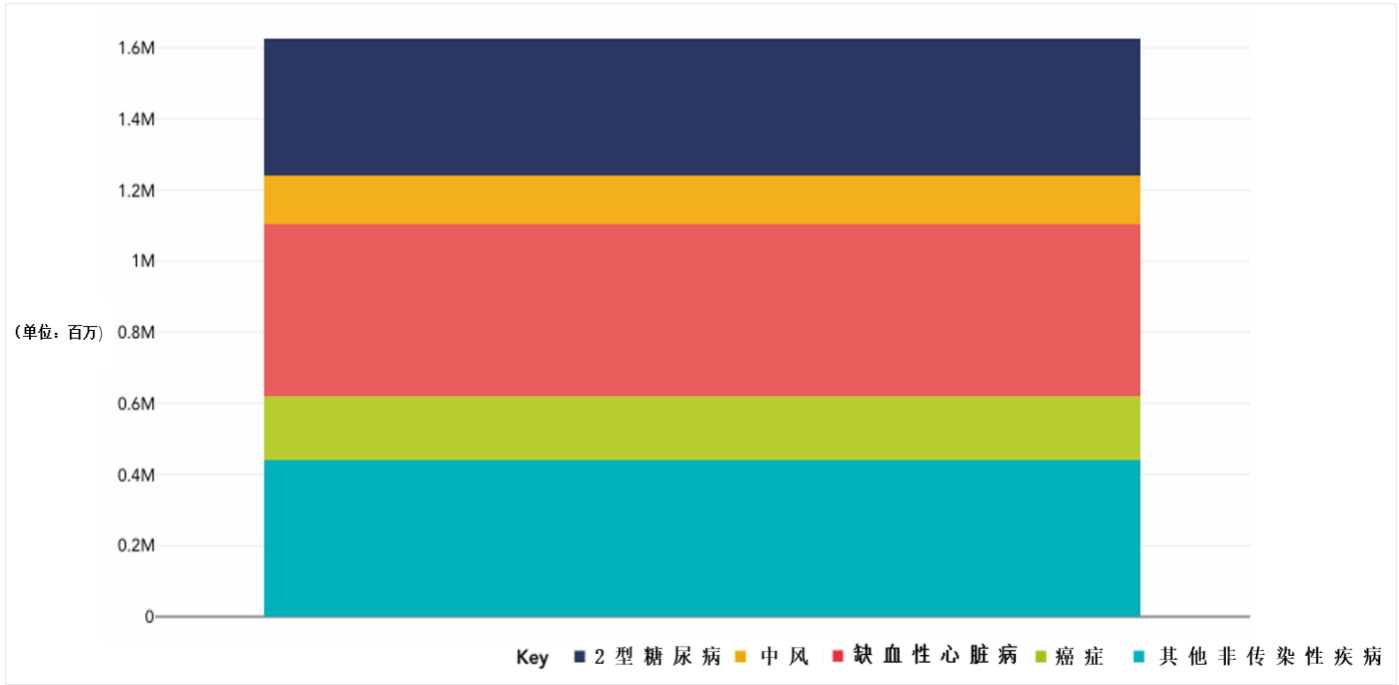
表 2.2 NCDs 致过早死亡人数估计值（2021）

	总死亡数	已知风险导致的死亡数	高 BMI 导致的死亡数	高 BMI 占比
癌症	5.0m	2.1m	0.2m	9%
缺血性心脏病	3.2m	3.0m	0.5m	16%
中风	2.4m	2.1m	0.1m	7%
2 型糖尿病	0.7m	0.7m	0.4m	55%
其他 NCDs	6.0m	2.8m	0.4m	16%
总计	17.3m	10.7m	1.6m	15%

数据来源：世界肥胖联盟对健康指标研究所数据的分析（2024 年）

表 2.2 第 4 列数据（高 BMI 导致的过早死亡）也可以通过堆积图展示（图 2.3）。图中可见，2021 年超过 160 万例 NCDs 过早死亡归因于高 BMI。

图 2.3 高 BMI 对 NCDs 所致过早死亡人数的估算（2021）



数据来源：健康指标与评估研究所（2024 年）

除分析癌症、缺血性心脏病、中风和 2 型糖尿病导致的过早死亡风险因素排名外，还可统计这些疾病患病生存年数的风险因素排名。表 2.3 显示高 BMI 在癌症和 2 型糖尿病风险因素中位列第二，在缺血性心脏病和中风风险因素中位列前十。

表 2.3 四大 NCDs 致相关成人患病生存年数的前 15 位风险因素排序（2021）

排名	癌症	缺血性心脏病	中风	2 型糖尿病
1	吸烟	高收缩压	高收缩压	高空腹血糖
2	高 BMI	高 LDL 胆固醇	高 LDL 胆固醇	高 BMI
3	红肉高摄入	空气污染	空气污染	空气污染
4	酗酒	吸烟	吸烟	吸烟
5	高空腹血糖	高空腹血糖	高空腹血糖	加工肉类高摄入
6	全谷物摄入不足	全谷物摄入不足	高钠饮食	全谷物摄入不足
7	牛奶摄入不足	肾功能障碍	肾功能障碍	体育锻炼不足
8	职业风险	高 BMI	高 BMI	红肉高摄入
9	空气污染	ω-6 脂肪酸摄入不足	其他环境风险	含糖饮料高摄入
10	体育锻炼不足	高钠饮食	酗酒	水果摄入不足
11	加工肉类高摄入	坚果种子摄入不足	水果摄入不足	酗酒
12	钙摄入不足	海鲜 ω-3 脂肪酸不足	全谷物摄入不足	纤维摄入不足
13	高钠饮食	水果摄入不足	体育锻炼不足	蔬菜摄入不足
14	其他环境风险	其他环境风险	纤维摄入不足	
15	药物滥用	纤维摄入不足	蔬菜摄入不足	

数据来源：健康指标研究所（2024 年）

与过早死亡风险因素类似，多数患病生存年数的风险因素之间也存在因果关联，尤其是与高 BMI 密切相关。同时，四大 NCDs 的主要风险因素也存在显著重叠。这表明，减少 NCDs 导致的健康损害和死亡需要跨疾病领域的协同行动。

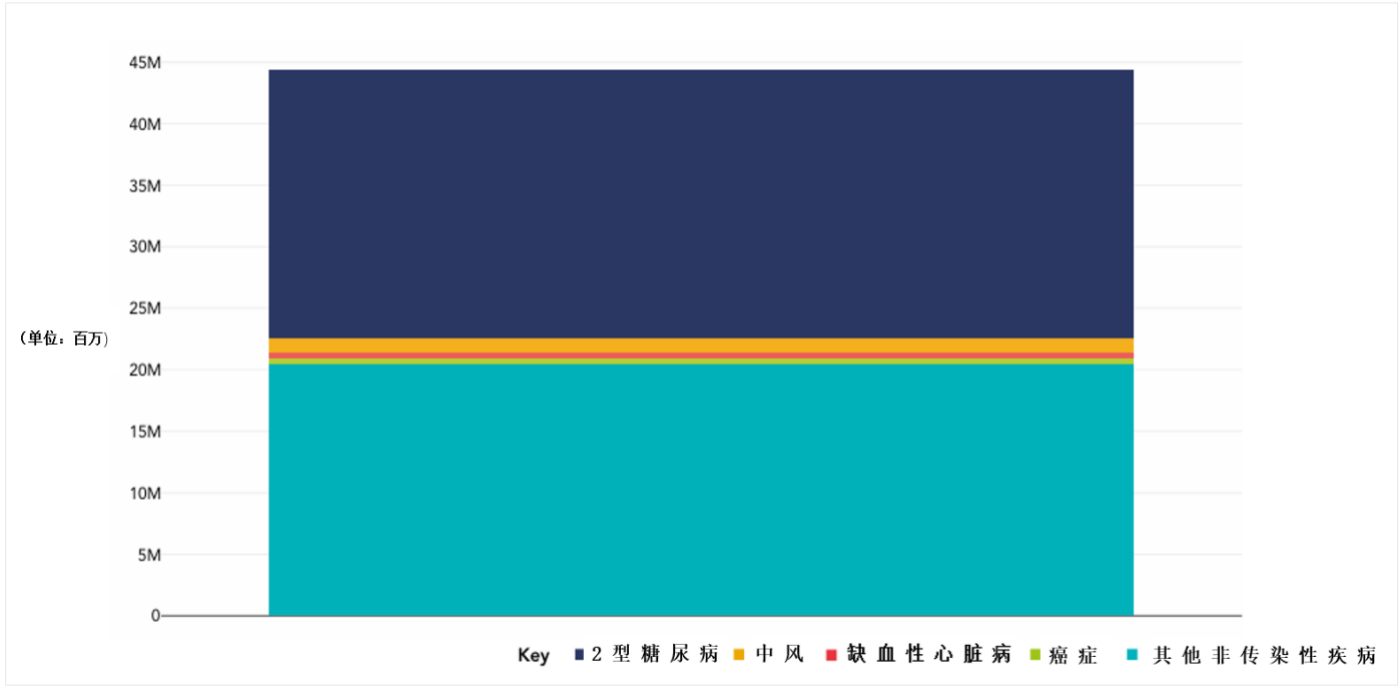
表 2.4 估算了不同风险因素（含高 BMI）导致的成人患病生存年数。总体而言，可归因于风险因素的 NCDs 成人患病生存年数中，27%由高 BMI 导致，这一比例在 2 型糖尿病中高达 55%。图 2.4 通过堆积图展示了因高 BMI 导致的成人患病生存年数。数据显示，超过 4000 万成人患病生存年数可归因于高 BMI。

表 2.4 NCDs 致相关成人患病生存年数估计值（2021）

	总死亡数	已知风险导致的死亡数	高 BMI 导致的死亡数	高 BMI 占比
癌症	7.9m	2.6m	0.4m	16%
缺血性心脏病	4.1m	3.7m	0.5m	14%
中风	14.8m	12.7m	1.1m	9%
2 型糖尿病	39.6m	39.6m	21.8m	55%
其他 NCDs	577.8m	102.6m	20.5m	20%
总计	644.2m	161.1m	44.3m	27%

数据来源：世界肥胖联盟对健康指标研究所数据的分析（2024 年）

图 2.4 高 BMI 对 NCDs 相关患病生存年数的估算（2021）

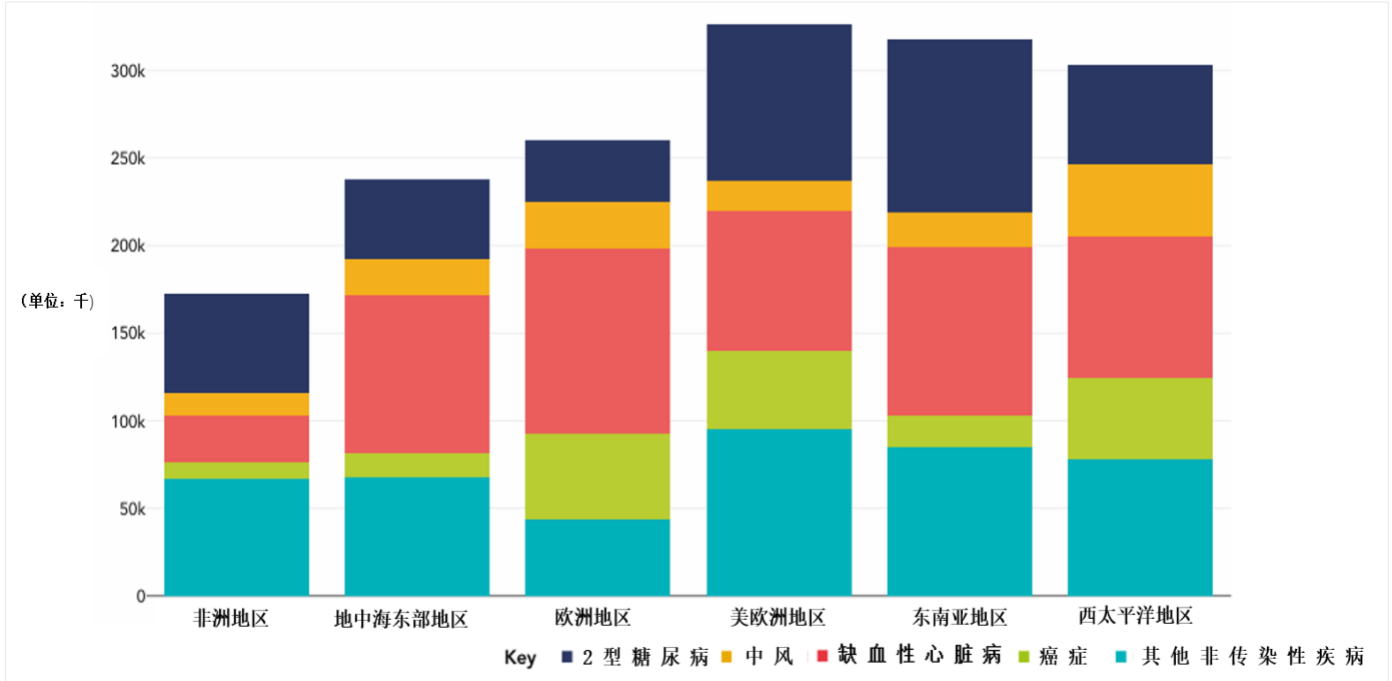


数据来源：健康指标与评估研究所（2024 年）

2.3 世界卫生组织各区域高 BMI 导致的过早死亡和成人患病生存年数

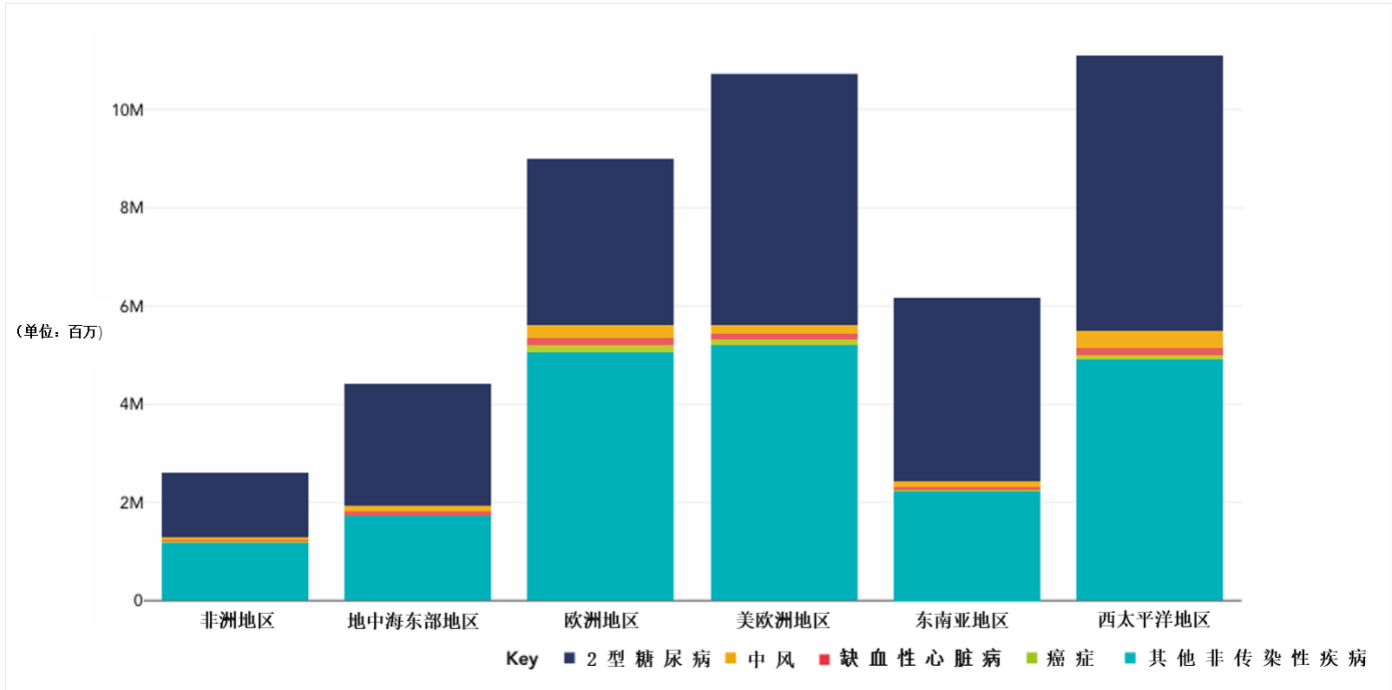
图 2.5 和 2.6 展示了世卫组织划分的各区域内由特定 NCDs 引发且可归因于高 BMI 的过早死亡人数和成人患病生存年数。

图 2.5：高 BMI 致过早死亡人数的区域差异（2021）



数据来源：健康指标与评估研究所（2024 年）

图 2.6 高 BMI 致成人患病生存年数的区域差异（2021）

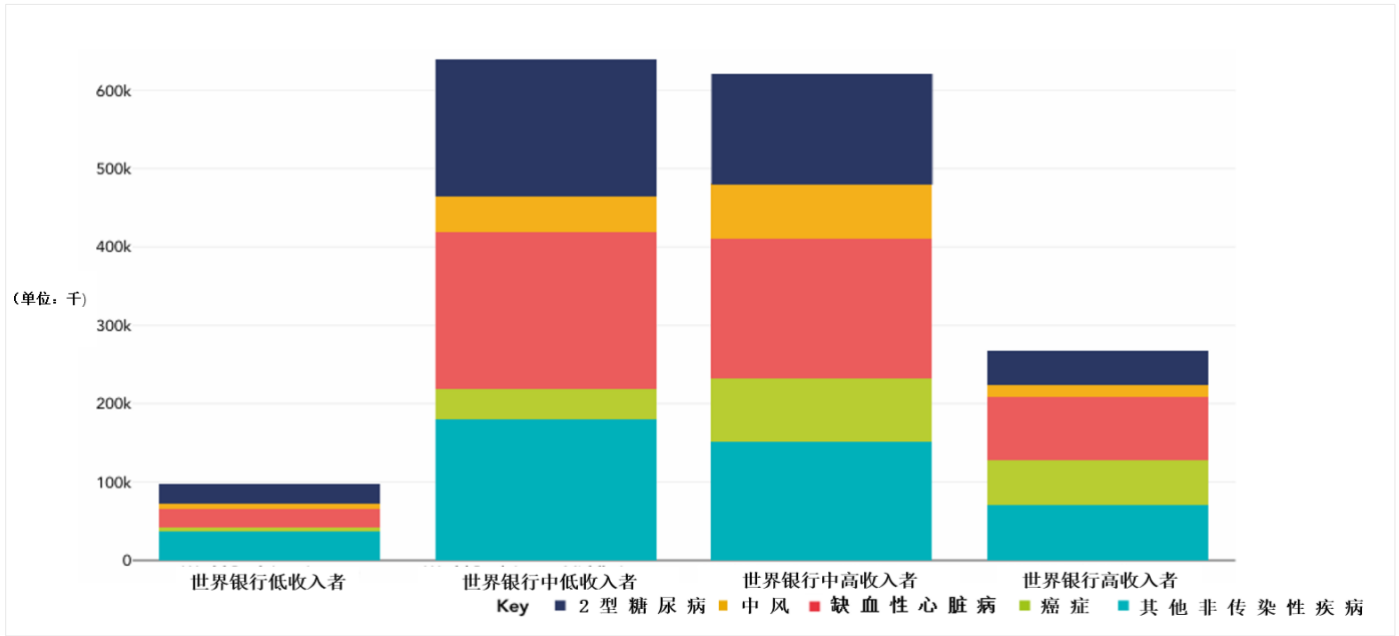


数据来源：健康指标与评估研究所（2024 年）

2.4 按世界银行收入水平划分的过早死亡和成人患病生存年数

迄今为止，高 BMI 导致的过早死亡人数最多的是中低收入国家（图 2.7），表明其医疗救治水平相对滞后。

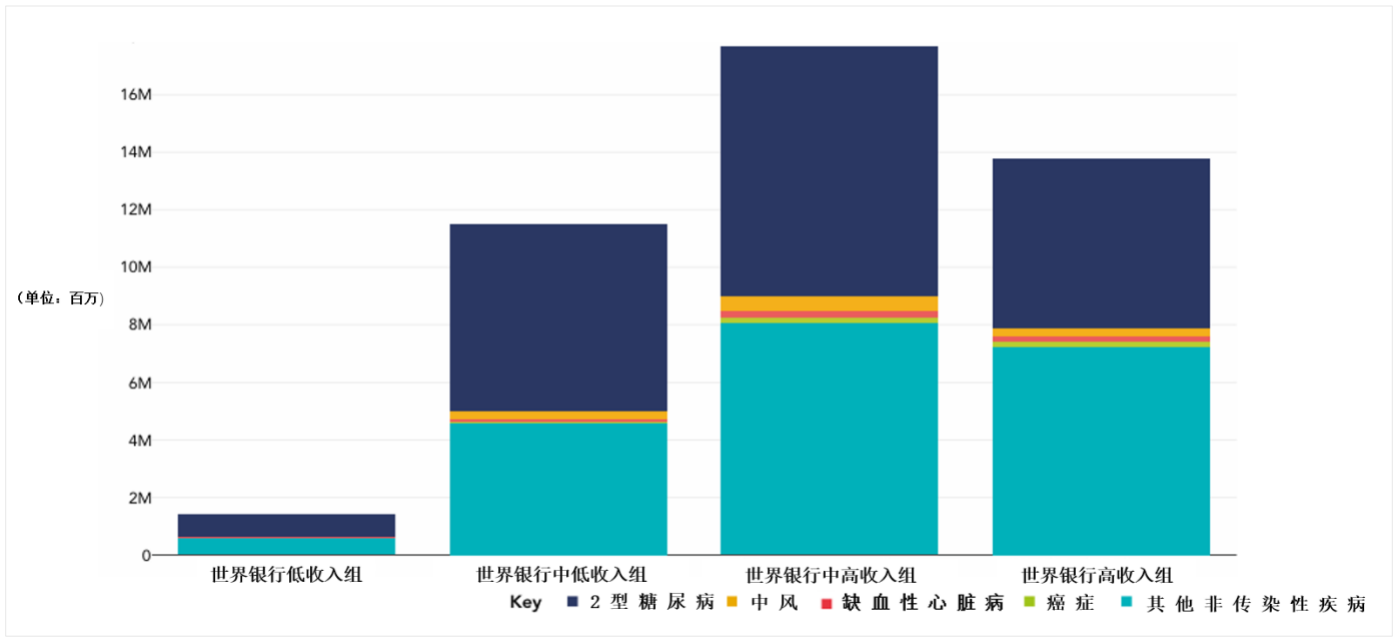
图 2.7 国家收入水平与高 BMI 致过早死亡人数（2021）



数据来源：健康指标与评估研究所（2024 年）

图 2.8 显示，高 BMI 导致了较高的成人患病生存年数，这在中高收入和高收入国家尤为显著，表明这些国家虽然具备可及的治疗手段，但预防措施却相对薄弱。

图 2.8 国家收入水平与高 BMI 成人患病生存年数（2021）



数据来源：健康指标与评估研究所（2024 年）

卷

第三部分

推动系统变革，塑造健康人生

第三部分 | 推动系统变革，塑造健康人生

全球肥胖率的持续攀升折射出多重系统性短板：首先，医疗卫生体系在肥胖诊疗能力建设方面存在不足，且针对肥胖人群的偏见与污名化现象长期未能消除；其次，跨国食品企业主导的产业格局助推高热量食品过度生产，并通过巨额营销投入影响公众消费选择；再次，现行公共政策框架受限于滞后的健康统计数据 and 单一归因的肥胖认知范式；同时，城市规划与交通资源配置未能有效支持居民开展日常体育锻炼。面对这一公共卫生挑战，亟须凝聚社会共识，推动系统性改革。目前，肥胖患者群体正以实际行动引领这一变革进程，这一态势将在 2025 年世界肥胖日主题活动中得到充分展现。

本报告第一部分和第二部分概述了当前面临的挑战规模，并着重强调了肥胖在主要 NCD 相关的死亡和疾病中的影响。显而易见，为实现世卫组织及 SDG 中涉及肥胖和 NCDs 的各项目标，必须采取紧急行动：既要从政策层面入手综合应对多种风险因素，又要确保肥胖及其他 NCDs 患者能够在医疗保健领域获得所需服务。为有效遏制肥胖及相关 NCDs 的上升趋势，亟需对现行基本制度进行全面审视，并通过政策和制度改革弥补现有制度中的主要不足。

本报告第三部分首先阐述应对肥胖和 NCDs 所需的政策类型以及可用于监测进展和推动行动的国家级数据指标；其次介绍世卫组织新发布的多领域行动框架（《终止肥胖技术方案》其中一部分），该框架包含 12 项优先行动和 18 项建议干预措施。这些行动和措施的影响力和成本效益均已得到证实，将有力推动肥胖和 NCDs 防治工作加速开展。

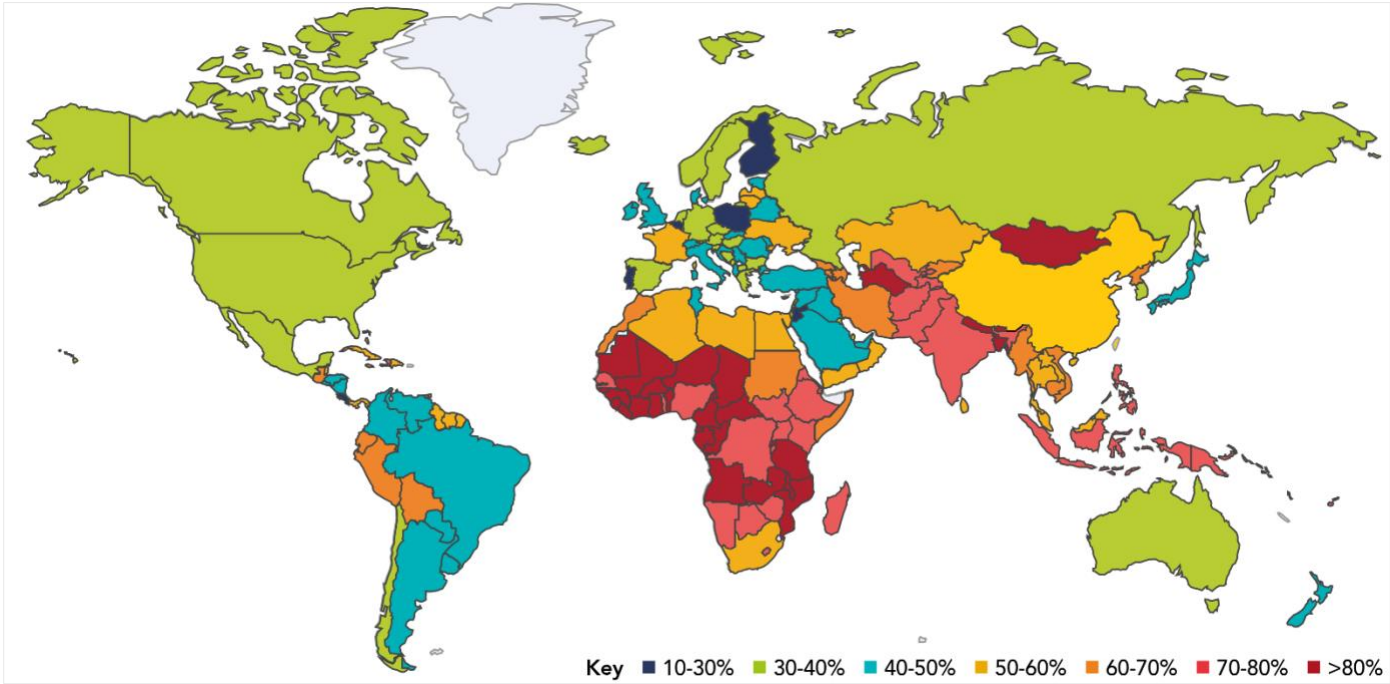
3.1 卫生系统

通过对 NCDs 导致的过早死亡率以及未经治疗的 2 型糖尿病患病率等现有数据的分析，可初步评估卫生系统是否具备提供 NCDs 预防与管理服务的能力。本节末尾的表格列出了世卫组织全球健康观察给出的上述指标的国家估算数据。图 3.1.1 展示了未经治疗的 2 型糖尿病在各地区的分布情况。

该图显示，全球多数人口所在国家中，超过 30% 的 2 型糖尿病患者未能获得治疗（具体数据见本部分末，表 3），比利时、哥斯达黎加、芬兰、约旦、波兰和葡萄牙等国除外。此外，该图还揭示了各国在 2 型糖尿病治疗可及性方面的显著差异：中低收入国家（如非洲和亚洲的部分国家）的患者获得治疗的可能性远低于其他国家。如第一部分所述，这些地区正是肥胖及相关 NCDs（如 2 型糖尿病）发病率上升最快的区域。

图 3.1 全球 2 型糖尿病未治疗人群分布（2022）

2 型糖尿病未治疗成人患者百分比

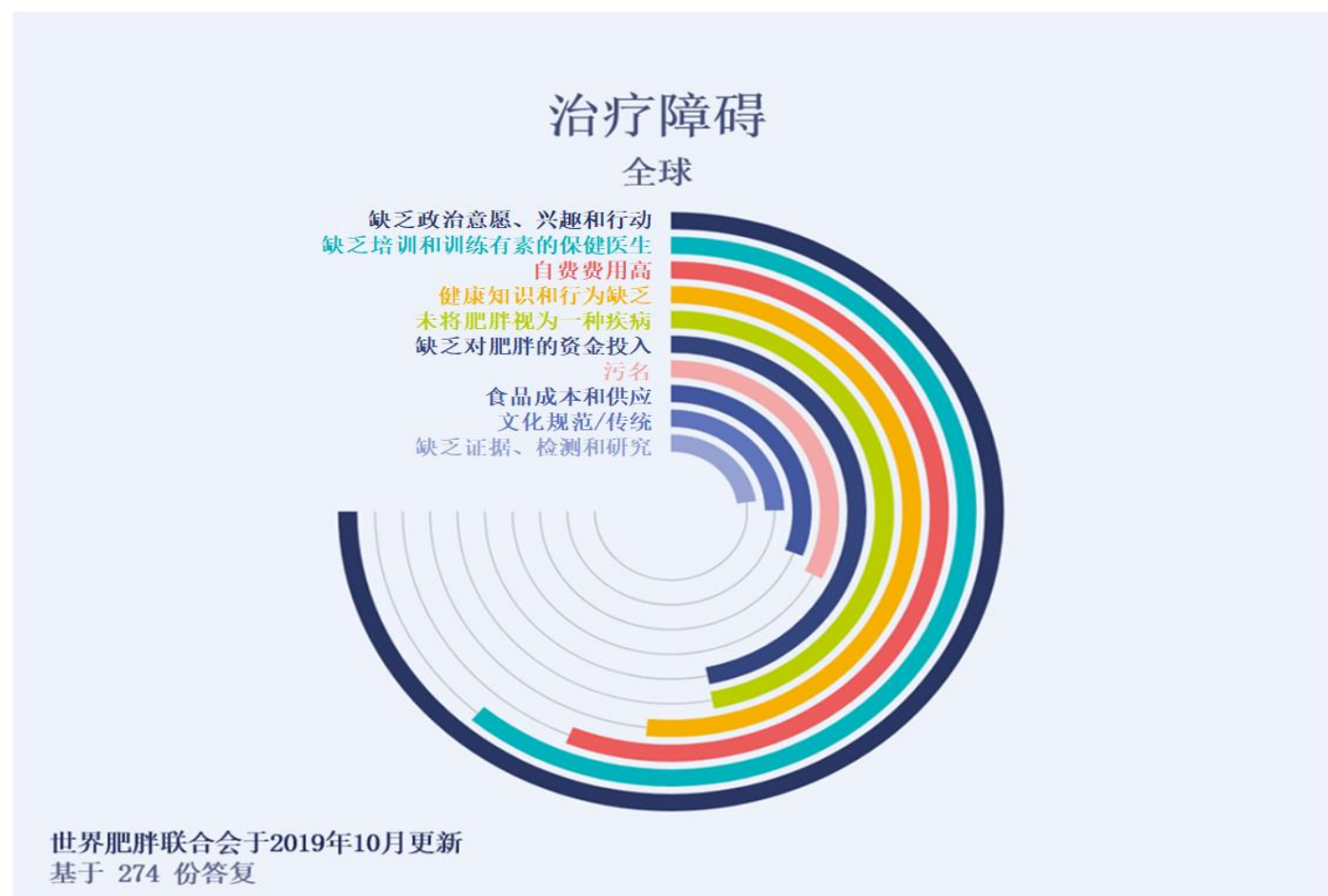


数据来源：2024 年世界卫生组织全球健康观察（2022 年数据）

表 3 列出了评估卫生系统能力（通过 UHC NCD 指数衡量）及其结果（未接受治疗的糖尿病患者百分比和 NCDs 患者过早死亡百分比）的指标。同时，我们记录了哪些国家已制定超重/肥胖管理和 NCD 初级保健管理的国家级指南/方案/标准（见第 3.4 节）。

目前尚未收集肥胖相关服务的全球覆盖情况，但在所有收入水平国家中，获取肥胖相关服务的障碍普遍存在。世界肥胖组织“提供者、患者和系统的管理与宣传”项目指出，肥胖医治仍面临许多障碍，解决这些障碍才能加强医疗卫生系统应对肥胖问题的能力（见图 3.1.2，资料来源：Jackson Leach 等，2024 年）。当前，该项目第二阶段正在进一步探讨上述挑战，针对不同国家、地区及收入水平差异进行具体分析，增进对全球肥胖政策与应对现状的了解。

图 3.2 全球肥胖治疗障碍因素（2022）



3.2 健康环境

规律的体育锻炼是预防和控制肥胖的重要手段，同时有助于降低高血压、多种癌症、骨质疏松症、2 型糖尿病、中风、心脏病发病风险，并可有效预防痴呆症和抑郁症（世卫组织，2018 年）。然而，当前许多人的生活环境并不利于体育锻炼的开展。从全球范围来看，人均体育锻炼水平尚未达到最低要求，见图 3.2。

“体育锻炼是指所有形式的身体运动。常见的体育锻炼方式包括步行、骑自行车、轮滑、体育运动、积极的娱乐活动以及游戏等，这些活动适合任何技能水平的人群参与，且可以从中获得乐趣。然而，目前估计全球约三分之一的成年人和 81% 的青少年未能达到足够的体育锻炼水平。此外，随着各国经济的发展，体育锻炼不足的水平也在上升，部分地区比例甚至高达 70%。坐姿时间和屏幕时间是久坐时间增加的主要形式，随着交通方式的改变、技术在工作 and 娱乐中的广泛应用以及文化价值观的影响而不断增加。”（世界卫生组织，2024 年）

世卫组织在《全球体育锻炼行动计划（Global Action Plan on Physical Activity）》中建议采取一系列措施以改善健康生活环境，其中包括：加强政策支持，促进积极出行；改善公共空间和绿色开放空间的利用；提供支持计划，鼓励不同能力人群参与体育锻炼（世卫组织，2024 年）。此外，实施促进体育锻炼的税收激励政策和补贴（例如自购买行车的免税优惠、降低体育用品的消费税、对课外体育锻炼项目提供财政补贴等）也有助于减少肥胖和其他 NCDs 的健康风险。

关于成年人体育锻炼不足的各国估计数据，可在本报告末尾的国家评分卡中查看。各地区的分布情况见图 3.2。

图 3.3 成年男性体育锻炼不足比例（2022）

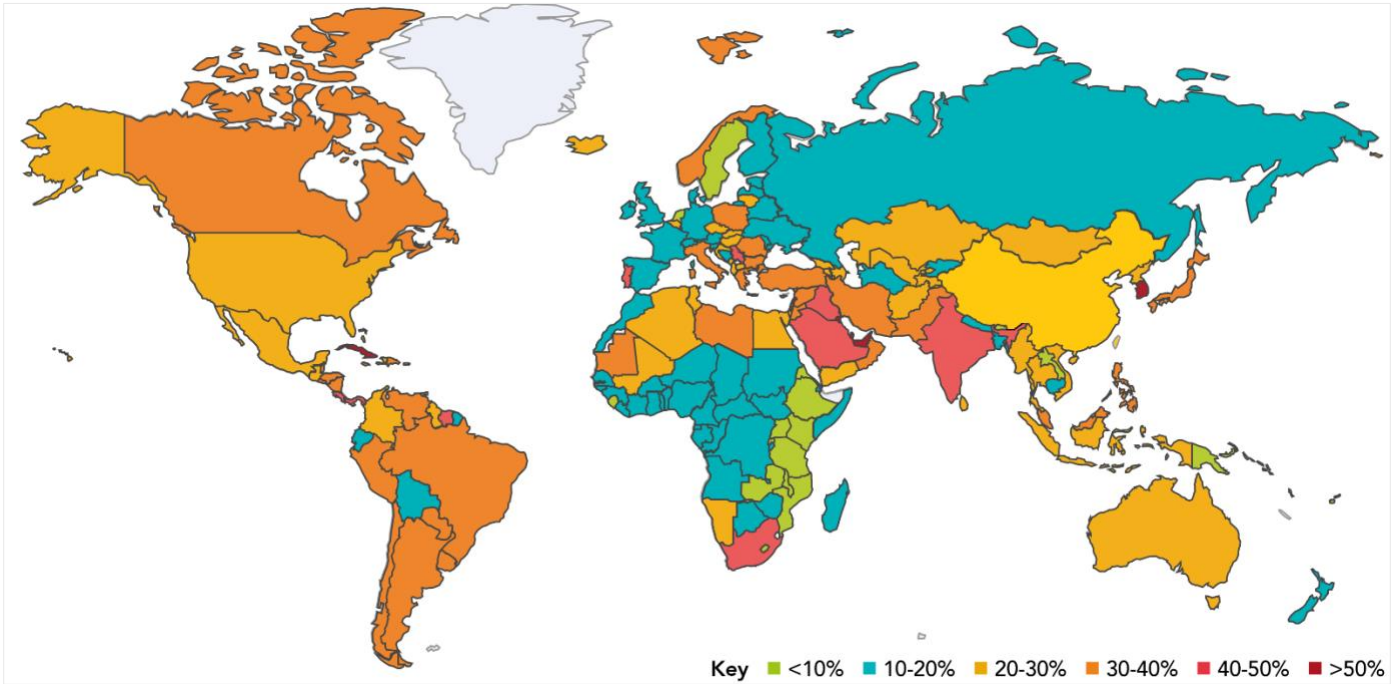
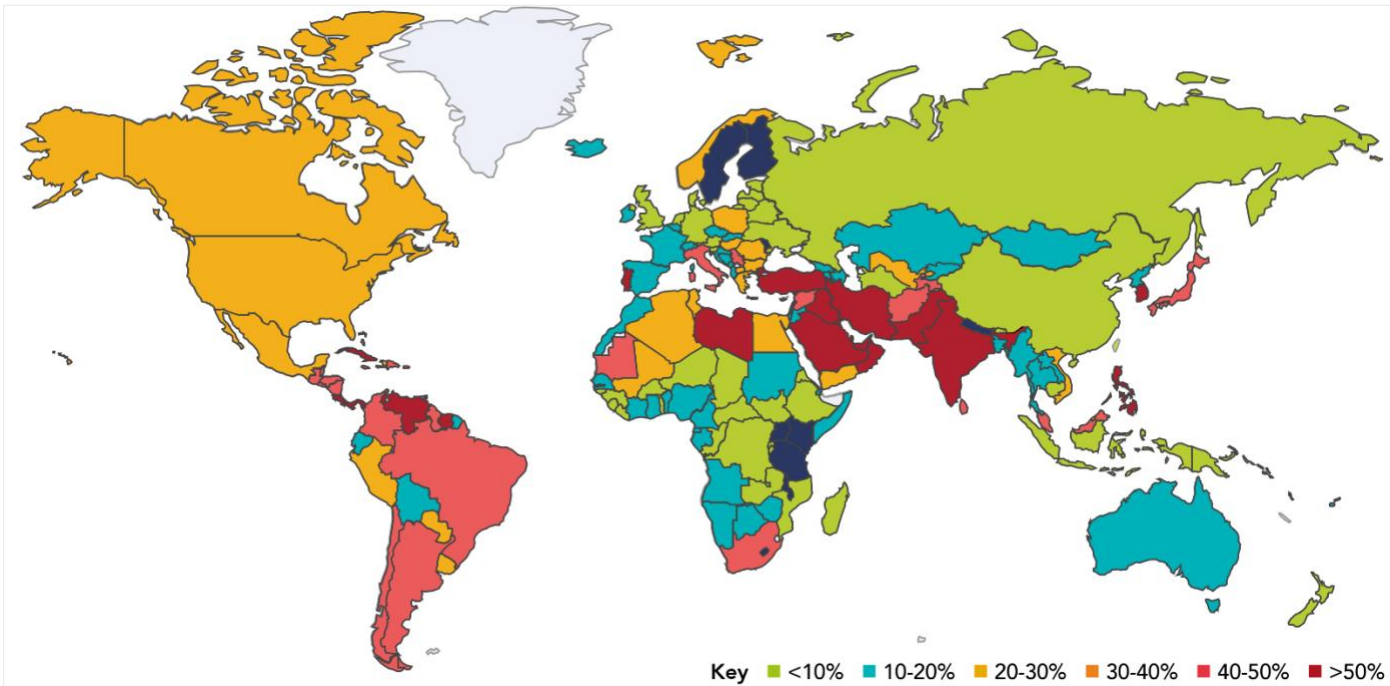


图 3.4 成年女性体育锻炼不足比例（2022）



数据来源：2024 年世界卫生组织全球健康观察（2022 年数据）

如以上图表（及第三部分末尾，表 3）所示，在体育锻炼不足存在性别差异的国家中，女性体育锻炼不足比例普遍高于男性。这一现象凸显了制定促进性别平等政策和计划的必要性。此类政策和计划应作为推动和保障各年龄段人群权利的一部分，鼓励人们根据自身能力公平参与常规体育锻炼。表 3 记录了各国是否已制定体育锻炼和管控体育锻炼不足的国家级指导方针以及是否出台促进体育锻炼的税收激励政策（相关内容亦见第 3.4 节小结）。

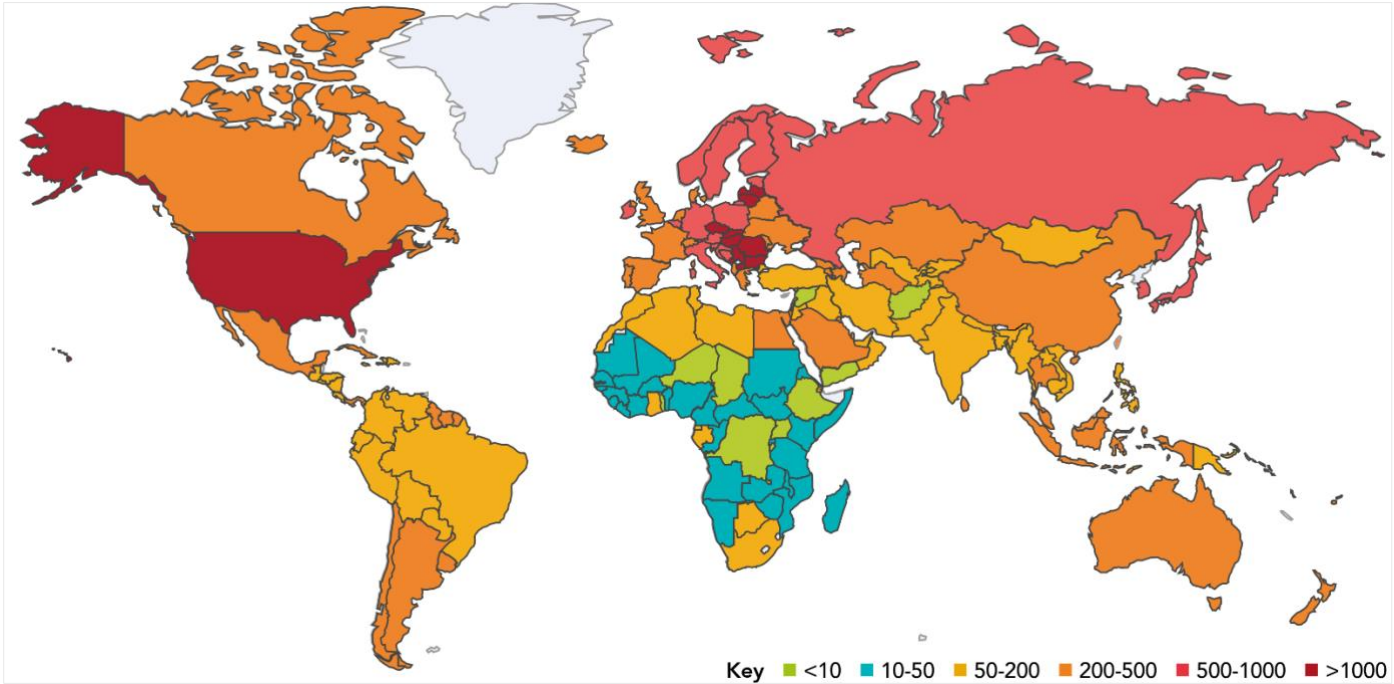
3.3 食品体系

本报告第一部分指出，2010 年以来全球肥胖的增加与不健康食品消费的上升密切相关。这一现象与同一时期超加工食品（ultra processed food, UPF）占比较高的饮食结构转变以及含糖饮料消费有关（Lane 等，2024 年）。除增加超重和肥胖的风险外，近期分析表明，仅含糖饮料的大量消耗每年就导致超过 200 万例 2 型糖尿病和 100 万例以上的心血管疾病（Lara-Castor 等，2025 年）。

联合国粮食及农业组织（FAO）的估算显示，深度加工食品占比较高和植物性食品占比较低的饮食结构导致全球每年因健康不良造成的经济损失超过 6 万亿美元，同时也进一步对环境和社会福祉造成了负面影响（FAO 等，2024 年）。图 3.4 展示了超加工食品对全球健康成本的影响。

图 3.5 超加工食品高摄入导致的健康成本估算（2024）

人均健康成本，以 PPP 调整的美元计算。



数据来源：《2024 年粮食和农业状况》 FAO：罗马总部，基于 2024 年联合国人口估计

如表 2.1 所示，诸多与不健康饮食相关的风险因素均与 NCDs 导致的过早死亡密切相关。这一现象凸显了制定强有力的食品系统政策的必要性，以同步应对超重和肥胖问题。

非传染性疾病导致过早死亡的首要饮食相关风险因素

- 高钠饮食
- 全谷物摄入不足
- 加工肉类高摄入
- 含糖饮料高摄入
- 水果和蔬菜摄入不足

3.4 国家比较：系统准备情况

基于现有最新数据，本报告通过 13 项指标（详见下文）对各国应对肥胖的系统准备情况进行了评估。评估内容包括国家卫生系统提供肥胖及相关 NCDs 治疗的能力、监测实现国家目标进展的能力以及实施预防和管理政策的能力。完整数据集见表 3。

总体来看，仅 1 个国家（汤加）在 13 项综合指标中满足 12 项；另有墨西哥、印度、英国、芬兰和马来西亚 5 个国家在 13 项指标中满足 11 项。67 个国家在 13 项指标中仅一项达标或未满足任何一项。

3.4a 公共卫生系统指标

国家指导方针/标准：	过去 5 年关于以下方面的全国成人调查：
高 BMI 管理： 制定针对超重/肥胖管理的循证国家指导方针/方案/标准	超重和肥胖： 近期开展涵盖超重和肥胖的全国成人风险因素调查
体育锻炼： 制定国家体育锻炼指导方针	不健康饮食： 近期开展涵盖不健康饮食的全国成人风险因素调查
体育锻炼不足管理： 制定针对体育锻炼不足管理的循证国家指导方针/方案/标准	体育锻炼不足： 近期开展涵盖体育锻炼不足的全国成人风险因素调查
初级保健中的 NCD 管理： 通过初级保健制定管理主要 NCD 的国家指导方针/方案/标准	NCD 风险因素逐步监测（STEPS）或健康检查： 每 5 年开展一次基于 STEPS 方法的 NCD 风险因素监测调查或进行一次全面健康检查调查

上文整理了世卫组织全球健康观察提供的 2021 年八项指标的最新数据。令人担忧的是，全球三分之一的国家（197 个国家中的 67 个）仅有一项或更少的指标落实到位。这些国家大多位于撒哈拉以南的非洲地区，也包括受冲突影响的国家（如巴基斯坦、阿拉伯叙利亚共和国和缅甸）以及小岛屿发展中国家，其肥胖率和 NCDs 发病率正在快速上升。仅有 13 个国家在所有指标上均作出“是”的回答，分别为：白俄罗斯、不丹、加拿大、中国、芬兰、伊朗、马来西亚、俄罗斯联邦、汤加、土耳其、土库曼斯坦、英国和乌兹别克斯坦。

然而必须指出，指导方针或标准的存在并不等同于实际落实。政治、技术和资源方面的挑战可能限制各国政府落实建议行动的能力。同样，近期开展调查的证据并不意味着决策者必然使用这些数据，可

能存在“知识-行动差距”。这进一步凸显了各国民间社会在推动公共卫生措施问责制以应对肥胖和 NCDs 方面的重要作用。

3.4b 政策准备指标

基于世卫组织数据库（GIFNA，2024 年）和全球健康观察（Global Health Observatory，2024 年）的数据，我们整理了 5 项促进健康饮食和体育锻炼的最新政策相关数据（均为 2021 年数据）：

- 1) 含糖饮料税收：是否对含糖饮料征税；
- 2) 高脂肪、高糖食品税收：是否对高脂肪、高饱和脂肪、高糖或高盐食品征税；
- 3) 健康食品补贴：是否对健康食品提供价格补贴；
- 4) 限制儿童食品营销：是否制定政策，限制儿童接触不健康食品的宣传营销；
- 5) 体育锻炼税收激励：是否实施促进体育锻炼的税收激励措施。

研究发现，没有任何一个国家同时制定并实施了全部 5 项政策。仅有 17 个国家制定了其中 3 项或 4 项政策。令人担忧的是，126 个国家仅制定其中一项预防肥胖的政策或没有任何政策。这些国家大多为中低收入国家。少数经济合作与发展组织（OECD）成员国也未针对肥胖问题采取充分的政策行动。另一方面，制定了 3 项或 4 项政策的 17 个国家多数为中低收入国家。其中，印度、墨西哥、塞舌尔和汤加在 5 项指标中落实了 4 项；巴西、文莱达鲁萨兰国、厄瓜多尔、斐济、芬兰、匈牙利、拉脱维亚、马来西亚、马尔代夫、葡萄牙、萨摩亚、图瓦卢和联合王国在 5 项指标中落实了 3 项。

尽管多项政策的制定值得肯定，但仍存在诸多问题。例如，食品系统政策的有效实施可能受到跨国食品公司阻挠（Slater 等，2024 年）。政策制定不受政策制定者与食品行业之间利益冲突影响至关重要（Cullerton 等，2024 年）。食品行业中的游说和阻挠策略已成为各国在肥胖问题上采取全面行动的主要障碍，无论其收入水平如何（Chavez-Ugalde，2021 年）。目前，墨西哥、印度和巴西等国家已制定预防肥胖的食品相关政策，这一事实说明民间社会在倡导并成功推动变革方面发挥重要作用。

3.5 2025 年世界肥胖日——亟待采取集体行动

我们必须认识到，仅依靠单一政策或仅聚焦某一系统的政策，均不足以有效遏制肥胖及相关 NCDs 的上升趋势。鉴于肥胖成因复杂且多因素相互关联，必须采取全面政策，推动卫生系统、食品系统、社区以及人们生活和工作环境的多部门协同行动。

本报告所提供的数据旨在助力相关系统及社会层面的变革。肥胖和 NCDs 发病率的持续上升凸显了应对这一日益严峻的公共卫生危机的紧迫性，亟需采取协调一致的多部门行动。

世卫组织近期发布的《遏制肥胖的技术方案》（2025 年）提供了一系列循证干预措施，旨在营造更健康的环境，提升个人的知识与技能，并改造卫生系统以提供公平且高质量的服务。这一综合方案强调了解决导致肥胖的环境、社会 and 结构性健康决定因素的重要性。对于致力于制定肥胖预防与控制综合策略的国家而言，该技术方案是一项重要资源。

该方案的核心内容包括三个战略变革领域：

1) 改善生活环境，以促进健康生活方式

该领域聚焦于营造支持性环境，使健康选择更为便捷且触手可及。主要措施包括：

- a) 通过适宜的政策推动母乳喂养，并为哺乳期母亲提供支持；
- b) 改善食品配方，减少食品中的不健康成分，如盐、糖和反式脂肪；
- c) 规范不健康食品和饮料的营销行为，特别是针对儿童的营销；
- d) 制定并执行公共食品采购政策，确保学校、医院和公共机构提供营养丰富的食品选择；
- e) 建设安全的步道、自行车专用道和娱乐活动空间，营造积极的健康环境。

2) 培养健康行为的知识、动力和技能

该领域强调公众教育和宣传活动对促进健康行为的重要性。主要措施包括：

- a) 开展大众媒体宣传活动，提升公众对健康饮食和体育锻炼益处的认知；
- b) 推动以社区为基础的项目，帮助个人养成更健康的生活方式；
- c) 针对特定群体（如学生和职场人员）设计定制化的健康教育计划，包括学校健康计划和工作场所健康计划；
- d) 为医疗卫生专业人员提供培训和资源支持，使其能够为患者提供营养、体育锻炼和体重管理方面的专业咨询。

3) 改善卫生系统

该领域关注改善卫生系统以有效预防和管理全生命周期的肥胖问题。主要措施包括：

- a) 将肥胖预防和管理服务纳入初级保健体系；
- b) 确保肥胖或高危人群获得公平优质的医疗服务；
- c) 制定并实施肥胖管理临床指南；
- d) 加强数据系统建设，以监测和评估肥胖预防与护理的进展情况。

以上干预措施共同构成系统导向型策略，旨在从根本上解决肥胖问题，支持个人实现健康生活方式。为推动持久性变革，该方案强调卫生系统、社区环境与个人行为之间的相互依存关系。该方案的实施将有助于确保为肥胖患者及高危人群提供及时、适宜且公平的医疗服务。

随着肥胖及其相关健康影响对社会构成的挑战日益严峻，系统方案的重要性愈发凸显。政府、民间社会和私营部门必须加强合作，协同调整卫生、农业、教育和城市规划等领域的政策，以实现共同的健康目标。各项干预措施应相互关联、协同增效，以确保可持续的改善效果。

2025 年世界肥胖日

有效防控肥胖问题已成为减轻全球慢性病疾病负担的重要抓手。当前亟需凝聚多方共识，推进协同治理：首要任务是深化医疗卫生服务体系改革，构建覆盖肥胖及相关代谢性疾病的全周期健康管理服务体系；必须同步推进社会认知革新，系统性消除对肥胖人群的社会偏见与污名；亟需通过食品工业供给结构变革，构建健康膳食供给体系。在此关键节点，呼吁政府部门、医疗卫生机构、食品生产企业、雇主及媒体等切实履行社会责任，通过政策协同与机制创新系统施策，共同破解这一重大公共卫生难题。

2025 年世界肥胖日“推动系统变革，塑造健康人生”的行动号召，强调了整合各部门和多领域的必要性，以实施全面且持续的肥胖应对措施。当前，我们比以往任何时候都更需要集体、制度驱动的解决方案，来应对当今时代最为紧迫的公共卫生挑战之一。唯有采取大胆且变革性的行动，我们才能营造更健康、更公平的环境，为全体人民的福祉提供有力支持。

表 3.1 国家卫生系统准备度指标：健康覆盖指标

非洲地区	全民健康覆盖非传染性疾病（NCD）指数（2021年）	2015年至2021年全民健康覆盖（UHC）非传染性疾病NCD指数变化	未接受治疗的糖尿病患者百分比（2022年）	70岁以下死于非传染性疾病的人数百分比（2019年）
阿尔及利亚	60.71	0%	52%	36%
安哥拉	53.76	5%	88%	68%
贝宁	60.77	5%	88%	63%
博茨瓦纳	60.17	4%	74%	59%
布基纳法索	54.76	7%	93%	72%
布隆迪	59.39	6%	77%	71%
佛得角	56.77	5%	68%	44%
喀麦隆	49.14	5%	86%	70%
中非共和国	43.77	5%	88%	69%
乍得	58.54	6%	82%	70%
科摩罗	56.05	7%	69%	65%
刚果共和国	52.47	4%	85%	63%
科特迪瓦	58.65	7%	82%	69%
刚果民主共和国	59.59	5%	79%	62%
赤道几内亚	50.27	4%	80%	69%
厄立特里亚	60.09	6%	71%	56%
斯威士兰	62	4%	73%	59%
埃塞俄比亚	52.49	6%	79%	55%
加蓬	53.8	4%	81%	55%
冈比亚	57.74	6%	82%	66%
加纳	70.51	6%	80%	66%
几内亚	58.4	7%	81%	68%

几内亚比绍	61.51	6%	82%	70%
肯尼亚	50.91	6%	77%	71%
莱索托	65.78	4%	74%	65%
利比里亚	53.05	6%	86%	61%
马达加斯加	45.77	10%	77%	64%
马拉维	58.77	9%	83%	66%
马里	67.76	5%	81%	68%
毛里塔尼亚	60.5	6%	84%	59%
毛里求斯	61.3	4%	44%	47%
莫桑比克	49.78	7%	87%	69%
纳米比亚	64.71	4%	77%	54%
尼日尔	49.3	8%	89%	70%
尼日利亚	62.66	8%	75%	69%
卢旺达	44.01	8%	82%	65%
圣多美和普林西比	62.61	5%	84%	57%
塞内加尔	55.65	6%	77%	61%
塞舌尔	57.3	4%	48%	48%
塞拉利昂	54.72	9%	82%	68%
南非	60.66	3%	60%	63%
南苏丹	59.48	6%	77%	56%
坦桑尼亚	56.9	7%	78%	70%
多哥	54.5	6%	77%	70%
乌干达	50.72	8%	85%	63%
赞比亚	57.47	6%	86%	69%
津巴布韦	66.74	4%	77%	62%

美洲地区	全民健康覆盖非 传染性疾病 (NCD) 指数 (2021年)	2015年至2021年全民 健康覆盖 (UHC) 非 传染性疾病NCD指数 变化	未接受治疗的糖尿 病患者百分比 (2022年)	70岁以下死于非传染 性疾病的人数百分比 (2019年)
安提瓜和巴布达	65.7	1%	57%	41%
阿根廷	61.04	1%	45%	33%
巴哈马	66.55	0%	57%	55%
巴巴多斯	72.18	0%	56%	28%
伯利兹	70.67	1%	59%	51%
玻利维亚	72.92	2%	61%	35%
巴西	75.9	3%	47%	44%
加拿大	84.06	2%	33%	26%
智利	66.54	4%	36%	31%
哥伦比亚	75.76	3%	43%	34%
哥斯达黎加	84.98	3%	28%	37%
古巴	71.21	3%	51%	33%
多米尼克	59.96	1%	63%	无信息
多米尼加共和国	74.7	1%	53%	43%
厄瓜多尔	73.22	1%	62%	38%
萨尔瓦多	79.39	2%	45%	39%
格林纳达	67.68	1%	58%	42%
危地马拉	62	5%	61%	53%
圭亚那	66.81	2%	56%	52%
海地	63.08	-1%	74%	57%
洪都拉斯	79.22	2%	49%	43%
牙买加	70.86	1%	62%	36%
墨西哥	67.43	4%	38%	45%

尼加拉瓜	80.98	2%	46%	43%
巴拿马	73.91	3%	51%	35%
巴拉圭	67.41	3%	46%	47%
秘鲁	70.72	1%	66%	40%
圣基茨和尼维斯	67.76	1%	57%	无信息
圣卢西亚	69.78	1%	63%	37%
圣文森特和格林纳丁斯	68.62	1%	42%	45%
苏里南	68.45	2%	52%	47%
特立尼达和多巴哥	63.91	1%	61%	45%
美国	69.71	1%	34%	32%
乌拉圭	65.66	3%	47%	27%
委内瑞拉	80.33	4%	43%	43%

东地中海地区	全民健康覆盖非 传染性疾病 (NCD) 指数 (2021年)	2015年至2021年全民 健康覆盖 (UHC) 非 传染性疾病NCD指数 变化	未接受治疗的糖尿 病患者百分比 (2022年)	70岁以下死于非传染 性疾病的人数百分比 (2019年)
阿富汗	64.54	4%	76%	67%
巴林	57.31	2%	49%	54%
吉布提	58.18	6%	77%	60%
埃及	62.37	0%	54%	55%
伊朗	68.66	2%	61%	43%
伊拉克	64.02	1%	44%	55%
约旦	58.25	0%	28%	47%
科威特	60.4	1%	35%	75%
黎巴嫩	54.16	1%	52%	42%
利比亚	52.46	1%	57%	54%

摩洛哥	57.21	1%	62%	46%
阿曼	58.2	2%	53%	50%
巴基斯坦	55.09	2%	73%	59%
卡塔尔	62.06	2%	35%	57%
沙特阿拉伯	48.63	1%	49%	65%
索马里	60.56	6%	70%	68%
苏丹	53.59	5%	62%	55%
阿拉伯叙利亚共和国	65.42	1%	49%	48%
突尼斯	56.9	3%	47%	38%
阿拉伯联合酋长国	60.63	1%	42%	79%
也门	61.59	2%	60%	62%

欧洲地区	全民健康覆盖非 传染性疾病 (NCD) 指数 (2021年)	2015年至2021年全民 健康覆盖 (UHC) 非 传染性疾病NCD指数 变化	未接受治疗的糖尿 病患者百分比 (2022年)	70岁以下死于非传染 性疾病的人数百分比 (2019年)
阿尔巴尼亚	59.83	4%	40%	16%
安道尔	65.11	2%	39%	无信息
亚美尼亚	50.27	1%	70%	37%
奥地利	68.82	4%	39%	20%
阿塞拜疆	55.28	1%	62%	46%
白俄罗斯	61.2	3%	44%	37%
比利时	71.58	2%	19%	21%
波斯尼亚和黑塞哥维纳	62.37	4%	39%	30%
保加利亚	59.09	4%	40%	30%

克罗地亚	61.8	1%	42%	25%
塞浦路斯	64.87	2%	39%	22%
捷克	67.88	2%	37%	26%
丹麦	53.54	2%	41%	21%
爱沙尼亚	57.8	4%	47%	26%
芬兰	67.02	2%	25%	20%
法国	64.91	1%	52%	22%
格鲁吉亚	48.93	0%	63%	33%
德国	73.46	3%	34%	24%
希腊	67.55	5%	31%	20%
匈牙利	63.92	3%	35%	32%
冰岛	80.32	2%	36%	21%
爱尔兰	65.84	2%	46%	24%
以色列	71.6	1%	37%	24%
意大利	70.87	2%	44%	16%
哈萨克斯坦	67.16	3%	57%	47%
吉尔吉斯斯坦	60.59	3%	69%	54%
拉脱维亚	58.6	2%	50%	27%
立陶宛	57.65	3%	58%	25%
卢森堡	68.75	4%	32%	23%
马耳他	75.3	3%	35%	22%
摩尔多瓦	54.27	0%	48%	48%
摩纳哥	69.34	2%	100%	无信息
黑山	65.94	3%	40%	32%
荷兰	65.58	4%	34%	22%
北马其顿	66.89	3%	40%	30%
挪威	65.92	4%	35%	20%

波兰	72.7	5%	26%	33%
葡萄牙	73.92	1%	30%	20%
罗马尼亚	68.67	3%	44%	31%
俄罗斯联邦	62.48	2%	35%	40%
圣马力诺	67.59	2%	100%	无信息
塞尔维亚	62.82	3%	40%	30%
斯洛伐克	66.44	1%	42%	33%
斯洛文尼亚	67.79	2%	40%	24%
西班牙	68.35	2%	31%	18%
瑞典	63.84	4%	40%	16%
瑞士	66.7	2%	40%	18%
土耳其	65.96	0%	50%	36%
塔吉克斯坦	52.95	1%	78%	55%
土库曼斯坦	59.07	1%	87%	63%
乌克兰	64.81	3%	56%	36%
英国	68.2	2%	48%	21%
乌兹别克斯坦	62.97	0%	73%	56%

东南亚地区	全民健康覆盖非 传染性疾病 (NCD) 指数 (2021年)	2015年至2021年全民 健康覆盖 (UHC) 非 传染性疾病NCD指数 变化	未接受治疗的糖尿 病患者百分比 (2022年)	70岁以下死于非传染 性疾病的人数百分比 (2019年)
孟加拉国	51.08	5%	81%	47%
不丹	47.09	4%	84%	38%
朝鲜	68.62	2%	62%	42%
印度	53.78	8%	71%	54%
印度尼西亚	44.07	2%	77%	53%
马尔代夫	58.07	4%	45%	36%

缅甸	50.3	8%	62%	57%
尼泊尔	46.38	8%	84%	47%
斯里兰卡	59.68	2%	59%	34%
泰国	67.23	3%	58%	42%
东帝汶	47.4	5%	80%	49%

西太平洋地区	全民健康覆盖非 传染性疾病 (NCD) 指数 (2021年)	2015年至2021年全民 健康覆盖 (UHC) 非 传染性疾病NCD指数 变化	未接受治疗的糖尿 病患者百分比 (2022年)	70岁以下死于非传染 性疾病的人数百分比 (2019年)
澳大利亚	71.87	-1%	35%	23%
文莱达鲁萨兰国	66.67	1%	44%	54%
柬埔寨	63.58	5%	62%	60%
中国	56.26	1%	57%	37%
库克群岛	41.97	3%	65%	无信息
斐济	39.08	2%	73%	64%
日本	68.74	3%	43%	15%
基里巴斯	26.62	6%	75%	72%
老挝人民民主共和国	55.84	6%	60%	60%
马来西亚	60.5	2%	58%	48%
马绍尔群岛	36.44	-1%	70%	无信息
密克罗尼西亚联邦	15.8	2%	73%	77%
蒙古	63.63	2%	82%	65%
瑙鲁	43.3	6%	56%	无信息
新西兰	70.32	1%	44%	24%
纽埃	44.79	1%	65%	无信息
帕劳	38	3%	56%	无信息
巴布亚新几内亚	36.17	6%	77%	71%

菲律宾	62.05	3%	71%	52%
韩国	75.96	4%	35%	28%
萨摩亚	34.36	3%	58%	59%
新加坡	77.37	1%	44%	46%
所罗门群岛	32.88	3%	84%	64%
汤加	25.6	1%	66%	49%
图瓦卢	34.76	3%	60%	无信息
瓦努阿图	32	3%	86%	68%
越南	57.6	4%	70%	42%

表 3.2 国家卫生系统准备度指标：公共卫生系统准备情况指标

非洲地区	...的国家指导方针/标准				过去 5 年的全国成年人调查...			
	...高体重指数的管理	...体力活动	...缺乏运动的管理	...初级保健中的非传染性疾病管理	...涵盖超重和肥胖	...涵盖不健康的饮食	...涵盖身体活动不足	阶梯式健康筛查
阿尔及利亚	否	是	否	是	是	是	是	否
安哥拉	否	无信息	否	否	否	否	否	否
贝宁	否	无信息	否	是	否	否	否	否
博茨瓦纳	否	无信息	否	是	否	否	否	否
布基纳法索	否	无信息	否	是	是	是	是	否
布隆迪	否	无信息	否	否	否	否	否	否
佛得角	否	无信息	否	否	是	是	是	否
喀麦隆	否	无信息	否	否	否	否	否	否
中非共和国	否	无信息	否	否	否	否	否	否
乍得	否	无信息	否	否	否	否	否	否
科摩罗	否	无信息	否	否	否	否	否	否
刚果共和国	否	无信息	否	否	否	否	否	否

科特迪瓦	否	是	否	否	是	是	是	否
刚果民主共和国	否	无信息	否	否	否	否	否	否
赤道几内亚	否	无信息	否	否	否	否	否	否
厄立特里亚	否	无信息	否	否	否	否	否	否
斯威士兰	否	无信息	否	否	否	否	否	否
埃塞俄比亚	是	无信息	是	是	否	否	否	否
加蓬	否	无信息	否	否	否	否	否	否
冈比亚	否	无信息	否	否	否	否	否	否
加纳	否	无信息	否	是	否	否	否	否
几内亚	是	无信息	是	否	否	否	否	否
几内亚比绍	否	无信息	否	否	否	否	否	否
肯尼亚	否	是	是	是	否	否	否	否
莱索托	否	无信息	否	是	否	否	否	否
利比里亚	否	无信息	否	否	否	否	否	否
马达加斯加	否	无信息	否	是	否	否	否	否
马拉维	否	无信息	否	是	是	是	是	否
马里	否	无信息	否	否	否	否	否	否
毛里塔尼亚	否	无信息	否	否	否	否	否	否
毛里求斯	否	无信息	否	是	否	否	否	否
莫桑比克	否	无信息	否	否	否	否	否	否
纳米比亚	否	无信息	否	否	否	否	否	否
尼日尔	否	无信息	否	否	是	是	是	否
尼日利亚	否	无信息	否	否	否	否	否	否
卢旺达	是	无信息	否	是	否	否	否	否
圣多美和普林西比	否	无信息	否	否	是	是	是	否
塞内加尔	否	无信息	否	是	否	否	否	否
塞舌尔	否	无信息	否	是	否	否	否	否

塞拉利昂	否	无信息	否	否	否	否	否	否
南非	否	无信息	否	是	是	是	否	否
南苏丹	否	无信息	否	是	否	否	否	否
坦桑尼亚	否	无信息	否	否	否	否	否	否
多哥	否	无信息	否	是	否	否	否	否
乌干达	否	是	否	是	否	否	否	否
赞比亚	纳	无信息	否	是	是	是	是	否
津巴布韦	否	无信息	否	否	否	否	否	否

美洲地区	…的国家指导方针/标准				过去 5 年的全国成年人调查…			
	…高体重指数的管理	…体力活动	…缺乏运动的 管理	…初级保健中的非传染性 疾病管理	…涵盖超重和肥胖	…涵盖不健康的饮食	…涵盖身体活动不足	阶梯式健康筛查
安提瓜和巴布达	否	无信息	否	否	否	否	否	否
阿根廷	是	无信息	是	是	是	是	是	是
巴哈马	否	无信息	否	否	是	是	是	否
巴巴多斯	否	是	否	否	否	否	否	否
伯利兹	否	无信息	否	否	否	无信息	无信息	否
玻利维亚	否	无信息	否	是	是	是	是	否
巴西	是	是	是	是	是	是	是	否
加拿大	是	是	是	是	是	是	是	是
智利	是	是	是	是	是	是	是	否
哥伦比亚	是	是	是	是	否	否	否	否
哥斯达黎加	是	无信息	是	是	是	是	是	否
古巴	是	是	是	是	否	否	否	否
多米尼克	否	无信息	否	否	否	否	否	否
多米尼加共和国	是	无信息	否	是	是	否	是	否

厄瓜多尔	无信息	是	无信息	否	是	是	是	是
萨尔瓦多	是	是	是	是	否	否	否	否
格林纳达	否	无信息	否	否	否	否	否	否
危地马拉	是	是	是	是	否	否	否	否
圭亚那	否	无信息	否	否	是	是	是	否
海地	否	无信息	否	是	否	否	否	否
洪都拉斯	否	不清楚	否	否	否	否	否	否
牙买加	是	是	是	是	是	是	是	否
墨西哥	是	是	是	是	是	是	是	否
尼加拉瓜	否	无信息	否	是	否	否	否	否
巴拿马	是	无信息	是	否	是	是	是	否
巴拉圭	否	无信息	否	是	否	否	否	否
秘鲁	是	是	是	否	是	是	否	否
圣基茨和尼维斯	否	无信息	否	是	否	否	否	否
圣卢西亚	否	无信息	否	否	是	是	是	是
圣文森特和格林纳丁斯	否	是	否	是	否	否	否	否
苏里南	否	无信息	否	否	否	否	否	否
特立尼达和多巴哥	无信息	无信息	无信息	无信息	否	否	否	否
美国	无信息	是	是	是	是	是	是	是
乌拉圭	否	是	是	否	否	否	否	否
委内瑞拉	否	是	否	是	否	否	否	否

东地中海地区	...的国家指导方针/标准				过去 5 年的全国成年人调查...			
	...高体重指数的管理	...体力活动	...缺乏运动的管理	...初级保健中的非传染性疾病预防管理	...涵盖超重和肥胖	...涵盖不健康的饮食	...涵盖身体活动不足	阶梯式健康筛查
阿富汗	否	无信息	否	否	是	是	是	否
巴林	是	是	是	是	是	是	是	否

吉布提	否	无信息	否	否	否	否	否	否
埃及	无信息	无信息	否	是	是	是	是	是
伊朗	是	是	是	是	是	是	是	是
伊拉克	是	否	是	否	否	否	否	否
约旦	是	是	是	否	是	是	是	否
科威特	是	是	是	是	否	否	否	否
黎巴嫩	是	无信息	否	是	是	是	是	否
利比亚	否	无信息	否	否	否	否	否	否
摩洛哥	否	无信息	否	否	是	是	是	是
阿曼	否	是	否	是	是	是	是	否
巴基斯坦	否	无信息	否	否	是	否	否	否
卡塔尔	是	是	是	是	否	否	否	否
沙特阿拉伯	是	是	是	是	是	是	是	否
索马里	否	无信息	否	否	否	否	否	否
苏丹	否	无信息	否	是	是	是	是	是
阿拉伯叙利亚共和国	否	无信息	否	是	否	否	否	否
突尼斯	是	是	是	否	是	是	是	否
阿拉伯联合酋长国	是	是	否	是	是	是	是	是
也门	否	无信息	否	否	否	否	否	否

欧洲地区	…的国家指导方针/标准				过去 5 年的全国成年人调查…			
	…高体 重指数 的管理	…体力活 动	…缺乏 运动的 管理	…初级保健中 的非传染性 疾病管理	…涵盖 超重和 肥胖	…涵盖不 健康的 饮食	…涵盖 身体活 动不足	阶梯式 健康筛 查
阿尔巴尼亚	是	无信息	是	是	是	是	是	否
安道尔	否	是	否	否	否	否	否	否
亚美尼亚	是	是	是	否	是	是	是	是
奥地利	否	是	是	否	是	是	是	否

阿塞拜疆	否	否	是	是	是	是	是	是
白俄罗斯	是	是	是	是	是	是	是	是
比利时	无信息	无信息	无信息	是	是	否	是	是
波斯尼亚和黑塞哥维纳	是	是	是	是	否	否	否	否
保加利亚	是	无信息	是	是	是	是	是	否
克罗地亚	否	是	否	是	是	是	是	否
塞浦路斯	无信息	是	无信息	无信息	无信息	无信息	无信息	无信息
捷克	是	无信息	是	是	是	是	是	否
丹麦	是	是	是	是	是	是	是	否
爱沙尼亚	是	是	是	是	是	否	是	否
芬兰	是	是	是	是	是	是	是	是
法国	是	是	是	是	否	否	否	否
格鲁吉亚	是	无信息	否	是	是	是	是	是
德国	是	是	是	是	否	是	是	否
希腊	否	是	否	是	是	是	是	否
匈牙利	是	无信息	否	是	是	是	是	否
冰岛	是	是	是	是	是	是	是	否
爱尔兰	是	是	是	是	是	是	是	否
以色列	是	是	是	否	否	否	是	否
意大利	是	是	是	否	否	是	是	是
哈萨克斯坦	是	无信息	无信息	是	否	否	否	否
吉尔吉斯斯坦	否	是	否	是	否	否	否	否
拉脱维亚	否	是	是	是	是	是	是	否
立陶宛	是	是	是	是	是	是	是	否
卢森堡	否	是	否	是	是	是	是	是
马耳他	否	是	否	否	是	是	是	否
摩尔多瓦	是	无信息	是	是	否	是	否	否

摩纳哥	否	无信息	否	否	否	否	否	否
黑山	否	无信息	否	无信息	否	否	否	否
荷兰	是	是	是	是	是	是	是	否
北马其顿	否	是	无信息	是	否	否	否	否
挪威	是	是	是	是	否	否	否	否
波兰	否	是	否	无信息	是	是	是	否
葡萄牙	是	是	是	是	否	否	否	否
罗马尼亚	是	是	是	是	是	是	是	否
俄罗斯联邦	是	是	是	是	是	是	是	是
圣马力诺	否	无信息	否	否	否	否	否	否
塞尔维亚	是	无信息	否	是	是	是	是	否
斯洛伐克	否	无信息	否	是	是	是	是	否
斯洛文尼亚	是	否	是	是	是	是	是	否
西班牙	是	是	是	是	是	是	是	否
瑞典	否	是	是	是	是	是	是	否
瑞士	是	是	否	是	是	否	是	否
土耳其	是	是	是	是	是	是	是	是
塔吉克斯坦	否	无信息	否	是	否	是	是	是
土库曼斯坦	是	是	是	是	是	是	是	是
乌克兰	是	无信息	是	是	是	是	是	是
英国	是	是	是	是	是	是	是	是
乌兹别克斯坦	是	是	是	是	是	是	是	是

东南亚地区	…的国家指导方针/标准				过去 5 年的全国成年人调查…			
	…高体重指数的管理	…体力活动	…缺乏运动的 管理	…初级保健中的非 传染性疾 病管理	…涵盖超重和肥胖	…涵盖不健康的饮食	…涵盖身体活动不足	阶梯式健康筛查
孟加拉国	否	无信息	否	否	是	是	是	否

不丹	是	是	是	是	是	是	是	是
朝鲜	否	无信息	否	否	否	否	否	是
印度	是	是	是	是	是	是	是	否
印度尼西亚	是	是	是	是	是	是	是	否
马尔代夫	否	无信息	否	否	否	否	否	否
缅甸	否	无信息	否	是	否	否	否	否
尼泊尔	否	无信息	否	否	是	是	是	是
斯里兰卡	是	是	是	是	否	否	否	否
泰国	是	是	是	是	是	是	是	否
东帝汶	否	无信息	否	是	否	否	否	否

西太平洋地区	…的国家指导方针/标准				过去 5 年的全国成年人调查…			
	…高体重指数的管理	…体力活动	…缺乏运动的管理	…初级保健中的非传染性疾病管理	…涵盖超重和肥胖	…涵盖不健康的饮食	…涵盖身体活动不足	阶梯式健康筛查
澳大利亚	是	是	是	是	是	是	是	否
文莱达鲁萨兰国	是	是	是	是	否	否	是	否
柬埔寨	否	无信息	否	否	是	是	是	是
中国	是	是	是	是	是	是	是	是
库克群岛	否	无信息	否	否	否	否	否	否
斐济	是	是	是	是	否	否	否	否
日本	是	是	是	否	是	是	是	是
基里巴斯	否	无信息	否	否	否	否	否	否
老挝人民民主共和国	否	无信息	否	否	否	否	否	否
马来西亚	是	是	是	是	是	是	是	是
马绍尔群岛	否	无信息	否	否	是	是	是	否

密克罗尼西亚联邦	是	无信息	是	否	否	否	否	否
蒙古	否	是	否	是	是	是	是	是
瑙鲁	否	无信息	否	否	否	否	否	否
新西兰	否	是	否	是	是	是	是	否
纽埃	否	不清楚	否	否	否	否	是	否
帕劳	是	是	是	是	是	是	是	否
巴布亚新几内亚	否	无信息	否	否	否	否	否	否
菲律宾	是	是	是	否	是	是	是	是
韩国	是	是	是	否	是	是	是	否
萨摩亚	否	是	否	是	否	否	否	否
新加坡	是	是	是	是	是	是	是	否
所罗门群岛	否	无信息	否	否	否	否	否	否
汤加	是	是	是	是	是	是	是	是
图瓦卢	是	无信息	是	否	否	否	否	否
瓦努阿图	是	是	是	是	否	否	否	否
越南	是	无信息	无信息	是	是	是	是	是

表 3.3 国家卫生系统准备度指标：政策准备指标

非洲地区	对含糖饮料征税	高热量、低热量和优质食品的税收	健康食品补贴	向限制向儿童营销食品饮料法规	促进身体活动相关产业的税收激励机制
阿尔及利亚	否	否	否	否	否
安哥拉	否	否	否	否	否
贝宁	是	否	否	否	否
博茨瓦纳	否	否	否	否	否

布基纳法索	否	否	否	否	否
布隆迪	是	否	无信息	否	无信息
佛得角	否	否	否	否	否
喀麦隆	否	否	否	否	否
中非共和国	否	否	否	否	否
乍得	是	否	无信息	否	无信息
科摩罗	否	否	否	否	否
刚果共和国	否	否	否	否	否
科特迪瓦	是	否	否	否	否
刚果民主共和国	是	否	无信息	否	否
赤道几内亚	无信息	无信息	否	否	否
厄立特里亚	否	否	否	否	否
斯威士兰	否	否	否	否	否
埃塞俄比亚	是	是	否	否	否
加蓬	否	否	否	否	否
冈比亚	是	否	否	否	无信息
加纳	无信息	无信息	无信息	否	无信息
几内亚	否	否	否	否	否
几内亚比绍	否	否	否	否	否
肯尼亚	是	否	否	否	否
莱索托	否	否	否	否	否
利比里亚	是	否	是	否	否
马达加斯加	是	否	否	否	否
马拉维	是	否	无信息	否	无信息
马里	是	否	是	否	否
毛里塔尼亚	是	是	否	否	否
毛里求斯	是	是	否	否	否

莫桑比克	否	否	否	否	否
纳米比亚	否	否	否	否	否
尼日尔	是	否	否	否	否
尼日利亚	是	是	否	否	否
卢旺达	是	否	否	否	否
圣多美和普林西比	是	否	否	否	否
塞内加尔	是	是	否	否	否
塞舌尔	是	否	是	是	是
塞拉利昂	否	否	否	否	否
南非	是	否	否	是	否
南苏丹	否	否	否	否	否
坦桑尼亚	是	否	否	否	否
多哥	是	否	否	否	否
乌干达	是	否	否	否	否
赞比亚	是	否	否	否	否
津巴布韦	否	否	否	否	否

美洲地区	对含糖饮料征税	高热量、低热量和优质食品的税收	健康食品补贴	向限制向儿童营销食品饮料法规	促进身体活动相关产业的税收激励机制
安提瓜和巴布达	否	否	否	否	否
阿根廷	是	否	是	否	否
巴哈马	否	否	否	否	是
巴巴多斯	是	否	否	否	否
伯利兹	是	否	否	否	否
玻利维亚	是	否	否	否	否
巴西	是	否	否	是	是

加拿大	否	否	否	是	是
智利	是	否	否	是	否
哥伦比亚	否	否	否	是	否
哥斯达黎加	是	否	否	是	否
古巴	否	否	是	否	否
多米尼克	是	否	是	否	无信息
多米尼加共和国	否	否	否	否	否
厄瓜多尔	是	是	否	是	否
萨尔瓦多	是	否	否	是	否
格林纳达	否	否	否	否	否
危地马拉	是	否	否	否	否
圭亚那	否	否	否	否	否
海地	否	否	否	否	否
洪都拉斯	是	否	否	否	否
牙买加	否	否	否	否	否
墨西哥	是	是	否	是	是
尼加拉瓜	是	否	否	否	否
巴拿马	是	否	否	是	否
巴拉圭	是	否	否	否	否
秘鲁	是	否	否	是	否
圣基茨和尼维斯	是	否	否	否	否
圣卢西亚	否	否	否	否	否
圣文森特和格林 纳丁斯	是	是	否	否	否
苏里南	是	否	否	否	否
特立尼达和多巴 哥	否	否	否	否	否

美国	否	否	是	是	否
乌拉圭	是	否	否	是	否
委内瑞拉	否	否	否	无信息	否

东地中海地区	对含糖饮料征税	高热量、低热量和优质食品的税收	健康食品补贴	向限制向儿童营销食品饮料法规	促进身体活动相关产业的税收激励机制
阿富汗	是	是	否	否	否
巴林	是	否	否	是	否
吉布提	否	否	否	否	否
埃及	否	否	否	否	否
伊朗	是	否	否	是	否
伊拉克	否	否	否	否	否
约旦	否	否	否	否	否
科威特	否	否	是	是	无信息
黎巴嫩	否	否	否	否	否
利比亚	否	否	否	否	否
摩洛哥	是	否	否	是	否
阿曼	是	否	否	是	否
巴基斯坦	是	否	否	否	否
卡塔尔	是	否	否	否	否
沙特阿拉伯	是	否	否	是	否
索马里	否	否	否	否	否
苏丹	否	否	否	否	否
阿拉伯叙利亚共和国	否	否	否	否	否
突尼斯	是	是	无信息	否	无信息
阿拉伯联合酋长国	是	否	否	是	否

也门	无信息	无信息	无信息	否	无信息
----	-----	-----	-----	---	-----

欧洲地区	对含糖饮料征税	高热量、低热量和优质食品的税收	健康食品补贴	向限制向儿童营销食品饮料法规	促进身体活动相关产业的税收激励机制
阿尔巴尼亚	是	否	否	是	否
安道尔	否	否	否	否	否
亚美尼亚	否	否	否	否	否
奥地利	否	否	否	是	否
阿塞拜疆	否	否	否	是	否
白俄罗斯	否	否	否	是	否
比利时	是	否	否	是	否
波斯尼亚和黑塞哥维纳	否	否	否	是	否
保加利亚	否	否	否	是	否
克罗地亚	是	否	否	是	否
塞浦路斯	无信息	无信息	无信息	否	无信息
捷克	否	否	否	是	否
丹麦	否	否	否	是	否
爱沙尼亚	否	否	否	是	是
芬兰	是	是	否	是	否
法国	是	否	否	是	否
格鲁吉亚	否	否	否	否	否
德国	否	否	否	是	是
希腊	否	否	否	是	否
匈牙利	是	是	否	是	否
冰岛	否	否	否	是	是
爱尔兰	是	否	否	是	否

以色列	否	否	否	是	否
意大利	否	否	否	是	是
哈萨克斯坦	否	否	否	否	否
吉尔吉斯斯坦	否	否	否	否	否
拉脱维亚	是	否	是	是	否
立陶宛	否	否	否	是	否
卢森堡	否	否	否	是	无信息
马耳他	否	否	否	是	是
摩尔多瓦	否	否	否	是	否
摩纳哥	是	否	否	否	否
黑山	是	否	否	否	否
荷兰	否	否	否	是	否
北马其顿	否	否	否	否	否
挪威	否	否	否	是	否
波兰	是	否	否	是	否
葡萄牙	是	是	否	是	否
罗马尼亚	否	否	否	否	否
俄罗斯联邦	否	否	否	是	否
圣马力诺	否	否	否	否	否
塞尔维亚	否	否	否	是	否
斯洛伐克	否	否	否	否	否
斯洛文尼亚	否	否	否	是	否
西班牙	否	否	是	是	否
瑞典	否	否	否	是	否
瑞士	否	否	否	是	否
土耳其	是	否	否	是	否
塔吉克斯坦	是	否	无信息	是	否

土库曼斯坦	无信息	无信息	无信息	否	无信息
乌克兰	否	否	否	否	否
英国	是	否	否	是	是
乌兹别克斯坦	否	否	否	是	否

东南亚地区	对含糖饮料征税	高热量、低热量和优质食品的税收	健康食品补贴	向限制向儿童营销食品饮料法规	促进身体活动相关产业的税收激励机制
孟加拉国	是	是	否	否	否
不丹	否	否	否	否	否
朝鲜	否	否	否	否	否
印度	是	是	是	是	否
印度尼西亚	否	否	否	否	否
马尔代夫	是	是	否	是	否
缅甸	否	否	否	否	否
尼泊尔	否	否	否	否	否
斯里兰卡	是	否	否	否	否
泰国	是	否	否	是	否
东帝汶	否	否	否	否	否

西太平洋地区	对含糖饮料征税	高热量、低热量和优质食品的税收	健康食品补贴	向限制向儿童营销食品饮料法规	促进身体活动相关产业的税收激励机制
澳大利亚	否	否	否	是	否
文莱达鲁萨兰国	是	是	否	是	否
柬埔寨	否	否	否	否	否
中国	否	否	否	是	否
库克群岛	是	否	否	是	否

斐济	是	是	是	否	否
日本	否	否	否	否	否
基里巴斯	是	否	否	是	否
老挝人民民主共和国	否	否	否	否	否
马来西亚	是	否	否	是	是
马绍尔群岛	是	是	否	否	否
密克罗尼西亚联邦	是	是	否	否	否
蒙古	否	否	否	是	否
瑙鲁	是	是	无信息	否	无信息
新西兰	否	否	否	否	否
纽埃	是	否	否	否	否
帕劳	否	否	否	否	否
巴布亚新几内亚	无信息	无信息	无信息	否	无信息
菲律宾	是	否	否	是	否
韩国	否	否	否	是	否
萨摩亚	是	是	是	否	否
新加坡	否	否	否	是	否
所罗门群岛	是	否	否	否	否
汤加	是	是	是	否	是
图瓦卢	是	是	是	否	否
瓦努阿图	是	是	否	否	否
越南	否	否	否	否	否



第四部分

国家评分卡

本部分将呈现中国、美国和印度的国家评分卡。其他国家的评分卡详情，请参见原版英文报告：

世界肥胖联盟. 2025 年世界肥胖报告 [EB/OL]. 伦敦：世界肥胖联盟，2025.

<https://data.worldobesity.org/publications/?cat=23>

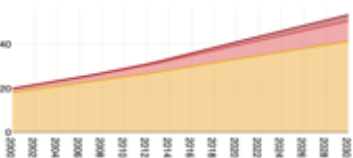
第四部分 | 国家评分卡

中国

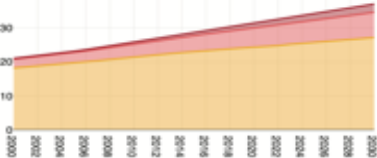
超重与肥胖患病率的历时变化

高BMI (BMI≥25 kg/m²) 成年人口预测比例

高BMI男性人口占比



高BMI女性人口占比



■ BMI 25 - < 30 ■ BMI 30 - < 35 ■ BMI 35+

2010年、2015年及2030年高BMI成年人口数量估值
(单位: 千)

BMI(kg/m²)	男性			女性		
	2010	2015	2030	2010	2015	2030
25- < 30	126,370	155,070	236,560	106,550	120,880	153,610
30- < 35	16,840	24,570	52,710	18,920	24,440	42,240
35+	2,110	4,330	16,220	2,910	4,860	13,700
总计	145,320	183,980	305,490	128,390	150,180	209,550

超重与肥胖对其他NCDs的影响 (2021年)

高BMI导致的患病或过早死亡成年人口数量

患病生存年数



过早死亡人数



■ 2 型糖尿病 ■ 中风 ■ 缺血性心脏病 ■ 癌症 ■ 其他非传染性疾病

国家政策、行动与风险因素

高BMI管理国家指南	是
体力活动不足管理国家指南	是
初级保健非传染性疾病管理国家指南	是
过去五年开展成年人超重与肥胖调查	是
过去五年开展成年人不健康饮食调查	是
过去五年开展成年人体力活动不足调查	是
含糖饮料征税	否
人均每周含糖饮料摄入量	<100毫升
身体活动不足成年人口比例	20%~30%

注: n/a表示数据状态未确认或无法获取。

数据来源: 卫生指标与评估研究所 (2024)、世界卫生组织全球健康观察站 (2024)、非传染性疾病风险因素协作组 (2024)、联合国人口司 (2024)、芬-卡斯特等 (2023, DOI: 10.1038/s41467-023-41269-8)、世界肥胖联盟 (2024)。

41%

2025年
高BMI成年人口占比

9%

2025年
肥胖患病率

515.04万

2030年
高BMI成年人数

228,280

2021年
高BMI导致的非传染性
疾病 (NCDs) 过早死亡

8,465,256

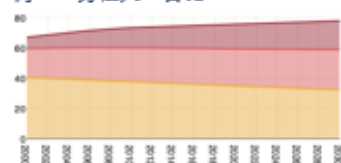
2021年
因高BMI导致的非传染性
疾病成人患病生存年数

美国

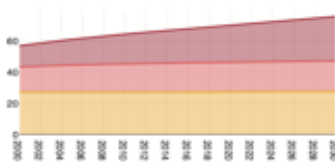
超重与肥胖患病率的历时变化

高BMI (BMI ≥ 25 kg/m²) 成年人口预测比例

高BMI男性人口占比



高BMI女性人口占比



■ BMI 25 - < 30 ■ BMI 30 - < 35 ■ BMI 35+

2010年、2015年及2030年高BMI成年人口数量估值
(单位: 千)

BMI(kg/m²)	男性			女性		
	2010	2015	2030	2010	2015	2030
25- < 30	42,310	43,770	44,730	31,280	33,090	38,020
30- < 35	25,350	28,220	36,580	21,060	22,860	27,130
35+	14,840	17,740	26,230	22,020	26,050	39,440
总计	82,500	89,730	107,540	74,360	82,010	104,590

超重与肥胖对其他NCDs的影响 (2021年)

高BMI导致的患病或过早死亡成年人口数量

患病生存年数



过早死亡人数



■ 2 型糖尿病 ■ 中风 ■ 缺血性心脏病 ■ 癌症 ■ 其他非传染性疾病

国家政策、行动与风险因素

	n/a
高BMI管理国家指南	是
体力活动不足管理国家指南	是
初级保健非传染性疾病管理国家指南	是
过去五年开展成年人超重与肥胖调查	是
过去五年开展成年人不健康饮食调查	是
过去五年开展成年人身体活动不足调查	是
含糖饮料征税	否
人均每周含糖饮料摄入量	1000-2500毫升
身体活动不足成年人口比例	30%~40%

注: n/a表示数据状态未确认或无法获取。

数据来源: 卫生指标与评估研究所 (2024)、世界卫生组织全球健康观察站 (2024)、非传染性疾病风险因素协作组 (2024)、联合国人口司 (2024)、芬-卡斯特等 (2023, DOI: 10.1038/s41467-023-41269-8)、世界肥胖联盟 (2024)。

75%

2025年
高BMI成年人口占比

44%

2025年
肥胖患病率

212.13万

2030年
高BMI成年人数

116,634

2021年
高BMI导致的非传染性
疾病 (NCDs) 过早死亡

5,032,679

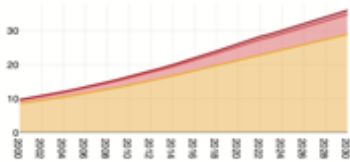
2021年
因高BMI导致的非传染性
疾病成人患病生存年数

印度

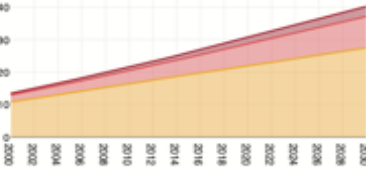
超重与肥胖患病率的历时变化

高BMI (BMI≥25 kg/m²) 成年人口预测比例

高BMI男性人口占比



高BMI女性人口占比



■ BMI 25 - < 30 ■ BMI 30 - < 35 ■ BMI 35+

2010年、2015年及2030年高BMI成年人口数量估值
(单位: 千)

BMI(kg/m²)	男性			女性		
	2010	2015	2030	2010	2015	2030
25- < 30	51,960	72,770	157,300	58,520	76,560	141,890
30- < 35	7,930	12,180	31,690	14,260	20,880	49,930
35+	1,600	2,490	7,090	3,930	6,050	15,980
总计	61,490	87,440	196,070	76,720	103,500	207,800

超重与肥胖对其他NCDs的影响 (2021年)

高BMI导致的患病或过早死亡成年人口数量

患病生存年数



过早死亡人数



■ 2 型糖尿病 ■ 中风 ■ 缺血性心脏病 ■ 癌症 ■ 其他非传染性疾病

国家政策、行动与风险因素

高BMI管理国家指南	n/a	是
体力活动不足管理国家指南		是
初级保健非传染性疾病管理国家指南		是
过去五年开展成年人超重与肥胖调查		是
过去五年开展成年人不健康饮食调查		是
过去五年开展成年人体力活动不足调查		是
含糖饮料征税		否
人均每周含糖饮料摄入量	1000-2500毫升	
身体活动不足成年人口比例	30%~40%	

注: n/a表示数据状态未确认或无法获取。

数据来源: 卫生指标与评估研究所 (2024)、世界卫生组织全球健康观察站 (2024)、非传染性疾病风险因素协作组 (2024)、联合国人口司 (2024)、劳卡斯特等 (2023, DOI: 10.1038/s41467-023-41269-8)、世界肥胖联盟 (2024)。

40%

2025年
高BMI成年人口占比

13%

2025年
肥胖患病率

403.88万

2030年
高BMI成年人数

197,802

2021年
高BMI导致的非传染性
疾病 (NCDs) 过早死亡

3,797,980

2021年
因高BMI导致的非传染性
疾病成人患病生存年数

附录

附录 1：数据来源和研究方法

截至 2022 年的超重及肥胖患病率数据来源于非传染性疾病风险因素协作组（NCD-RisC）发布的评估报告，相关数据可通过以下链接访问：<https://ncdrisc.org/>。

2022 年后的预测数据由世界肥胖联盟（World Obesity Federation）基于 Excel 的 FORECAST 函数计算，具体方法为：采用各国 2010 至 2022 年年龄标准化患病率数据，通过趋势外推法预测至 2030 年。需明确的是，本模型未纳入任何可能降低高 BMI 患病率的潜在干预措施，亦未考虑可能加剧高 BMI 患病率的外源性影响因素（例如病毒大流行或粮食供应链危机等突发性事件）。

超重及肥胖人口数量测算基于 NCD-RisC 数据库的患病率数据，并与联合国经济和社会事务部人口司《世界人口展望 2024》在线版中提供的成年人口数量进行匹配计算所得。

高 BMI 终身风险是对个体在其一生中某个阶段出现高 BMI 的概率的初步估算值。估算基于 NCD-RisC 数据库中分年龄组患病率表格列出的最新（2022 年）的国别、性别最高患病率数据。需特别指出，此方法可能低于真实风险值，原因在于：特定年龄段的最高患病率数据未包含尚未确认高 BMI 的潜在人群，亦未涵盖曾出现高 BMI 但已恢复至较低 BMI 的个体。例如，斯托克斯等学者（2017 年）的研究表明，美国成年人群当前肥胖（ $BMI \geq 30 \text{ kg/m}^2$ ）患病率在 60 岁左右人群中达到略高于 40% 的峰值，但若纳入有肥胖既往史的个体，该比例则升至 55% 以上。

过早死亡及患病生存年数的数据源自健康指标与评估研究所（IHME）全球疾病负担数据库，访问地址：<https://vizhub.healthdata.org/gbd-results/>。此处定义的过早死亡是指 70 岁以下人群的死亡案例，该数据通过国家、死因及年份三个维度进行估算。患病生存年数（数据库中使用 YLDs 描述）表示在给定年份 20 岁以上成年人在死亡前因疾病导致的非健康状态持续时间（含整年及非整年），该数据通过国家和疾病类型进行推算。需特别说明，本报告第 3 部分国家数据表中“70 岁以下死亡的 NCDs 患者百分比”数据引自世卫组织全球健康观察（WHO-GHO）数据库（<https://www.who.int/data/gho>），其定义为：70 岁以下因 NCDs 导致的过早死亡人数占全部 NCDs 导致的死亡人数的百分比。

过早死亡和患病生存年数（YLDs）的风险因素均引自 IHME 全球疾病负担研究（GBD）数据库，包含一系列风险因素以及每个因素相关的死亡和 YLDs 估算值。需特别说明：不同风险因素导致的死亡和 YLDs 可能存在重叠，某些风险因素可能增加其他风险因素的出现概率。此外需注意，数据库中的“高 BMI”特指成年人 $BMI \geq 25 \text{ kg/m}^2$ 。同时，在全球疾病负担研究数据库中，高 BMI 本身被定义为独立的风险因素而非疾病。全球疾病负担研究数据库所采用的完整研究方法可通过其官方网站获取。

未经治疗糖尿病患病率估算数据源自 WHO-GHO 数据库(<https://www.who.int/data/gho>)。该估算值反映 30 岁及以上的糖尿病患者中目前不服用降糖药物的比例，其糖尿病类型未作分型说明。

成年人体育锻炼不足患病率估算数据来自 WHO-GHO 数据库(<https://www.who.int/data/gho>)，定义为 18 岁以上的人群中，每周中等强度体育锻炼不足 150 分钟或高强度体育锻炼不足 75 分钟或等效运动量未达标者的患病比例估值。

含糖饮料摄入量估算数据源自塔夫茨大学全球膳食数据库(<https://globaldietarydatabase.org/data-download>)，相关成果发表于拉拉·卡斯托尔等 2023 年的一项研究。该数据反映了 2018 年 20 岁以上的成人人均周摄入量，原始数据以"份/周"为单位（1 份=8 盎司，即 237 毫升），标准化换算为"毫升/周"。

加工食品高摄入健康成本估算数据源自联合国粮食及农业组织（FAO）《2024 年粮食及农业状况》报告，表 A2.1。本报告选取了该表中"与非传染性疾病相关的膳食风险和健康成本"项下"加工食品及添加剂高摄入"的子类数据，基于联合国 2024 年国家人口估算值（参见前文），将原始单位"百万美元（2020 年购买力平价）"转换为"人均美元（2020 年购买力平价）"。需特别说明：若纳入其他膳食因素（动物源全食物摄入不足、植物源全食物缺乏、有益脂肪酸缺乏），总健康成本将显著高于本报告所示数值。

2021 年（及 2015 年）全民健康覆盖 NCD 指数数据源自 WHO-GHO 数据库(<https://www.who.int/data/gho>)。指数变化通过计算两个年份间指数差值占 2015 年基值的百分比得出。

国家指南与标准制定情况源自 WHO-GHO 数据库(<https://www.who.int/data/gho>)，包括高 BMI 或肥胖管理、体育锻炼管理、体育锻炼不足管理以及初级保健 NCDs 管理的国家指南与标准。

健康调查数据源自 WHO-GHO 数据库(<https://www.who.int/data/gho>)，调查内容包括成人超重和肥胖、成人不健康膳食、成人体育锻炼不足以及综合性或 STEPS 健康检查。

国家政策或行动数据源自 WHO-GHO 数据库(<https://www.who.int/data/gho>)，涵盖含糖饮料征税政策、高脂肪、高饱和脂肪、高糖或高盐（HFSS）食品税收政策、健康食品补贴计划、儿童食品饮料营销限制以及促进体育锻炼的税收激励政策。

附录 2： 各国（地区）成人高 BMI 终身风险评估

本附录数据基于 2022 年各特定年龄组中高 BMI（BMI≥25 kg/m²）及II级及以上肥胖（BMI≥35 kg/m²）的最高患病率（%）。鉴于研究方法限制，当前数据可能存在系统性低估的情况（详见附录 1）。

	男性 BMI≥25 kg/m ²	女性 BMI≥25 kg/m ²	男性 BMI≥35 kg/m ²	女性 BMI≥35 kg/m ²
阿富汗	40-60	60-80	10-20	10-20
阿尔巴尼亚	80-100	80-100	0-10	10-20
阿尔及利亚	60-80	80-100	0-10	10-20
美属萨摩亚	80-100	80-100	>40	>40
安道尔	60-80	60-80	0-10	10-20
安哥拉	20-40	40-60	0-10	0-10
安提瓜和巴布达	60-80	80-100	0-10	20-30
阿根廷	80-100	80-100	10-20	20-30
亚美尼亚	60-80	80-100	10-20	20-30
澳大利亚	80-100	60-80	10-20	10-20
奥地利	60-80	40-60	0-10	0-10
阿塞拜疆	60-80	80-100	10-20	20-30
巴哈马	60-80	80-100	10-20	30-40
巴林	60-80	80-100	10-20	20-30
孟加拉国	20-40	40-60	0-10	0-10
巴巴多斯	60-80	80-100	10-20	20-30
白俄罗斯	80-100	80-100	0-10	20-30
比利时	60-80	60-80	0-10	10-20
伯利兹	60-80	80-100	10-20	30-40
贝宁	20-40	40-60	0-10	0-10
百慕大	60-80	80-100	0-10	20-30

不丹	40-60	60-80	0-10	0-10
玻利维亚	60-80	80-100	0-10	10-20
波斯尼亚和黑塞哥维那	80-100	80-100	0-10	10-20
博茨瓦纳	20-40	60-80	0-10	10-20
巴西	60-80	60-80	0-10	10-20
文莱	60-80	60-80	10-20	10-20
保加利亚	60-80	60-80	10-20	10-20
布基纳法索	20-40	20-40	0-10	0-10
布隆迪	20-40	0-20	0-10	0-10
佛得角	40-60	60-80	0-10	10-20
柬埔寨	20-40	40-60	0-10	0-10
喀麦隆	40-60	40-60	0-10	10-20
加拿大	60-80	60-80	10-20	10-20
中非共和国	20-40	20-40	0-10	0-10
乍得	20-40	20-40	0-10	0-10
智利	80-100	80-100	10-20	20-30
中国	40-60	40-60	0-10	0-10
哥伦比亚	60-80	60-80	0-10	10-20
科摩罗	20-40	60-80	0-10	10-20
刚果共和国	20-40	40-60	0-10	0-10
库克群岛	80-100	80-100	>40	>40
哥斯达黎加	60-80	80-100	10-20	20-30
科特迪瓦	20-40	40-60	0-10	0-10
克罗地亚	80-100	80-100	10-20	20-30
古巴	60-80	60-80	0-10	10-20
塞浦路斯	60-80	60-80	10-20	10-20
捷克	80-100	80-100	10-20	10-20
丹麦	60-80	40-60	0-10	0-10

吉布提	20-40	40-60	0-10	0-10
多米尼克	40-60	80-100	0-10	20-30
多米尼加共和国	60-80	80-100	10-20	10-20
刚果民主共和国	20-40	20-40	0-10	0-10
厄瓜多尔	60-80	80-100	0-10	10-20
埃及	60-80	80-100	20-30	>40
萨尔瓦多	60-80	80-100	0-10	10-20
赤道几内亚	20-40	60-80	0-10	10-20
厄立特里亚	0-20	20-40	0-10	0-10
爱沙尼亚	80-100	80-100	10-20	10-20
斯威士兰	40-60	80-100	10-20	20-30
埃塞俄比亚	0-20	0-20	0-10	0-10
密克罗尼西亚联邦	60-80	80-100	20-30	>40
斐济	60-80	80-100	10-20	20-30
芬兰	60-80	60-80	0-10	10-20
法国	60-80	40-60	0-10	0-10
法属波利尼西亚	80-100	60-80	20-30	30-40
加蓬	40-60	60-80	0-10	10-20
冈比亚	40-60	60-80	0-10	10-20
格鲁吉亚	80-100	80-100	10-20	20-30
德国	80-100	60-80	0-10	10-20
加纳	20-40	60-80	0-10	10-20
希腊	80-100	80-100	10-20	20-30
格陵兰	60-80	60-80	0-10	10-20
格林纳达	40-60	80-100	0-10	20-30
危地马拉	60-80	80-100	0-10	10-20
几内亚	20-40	40-60	0-10	0-10
几内亚比绍	20-40	40-60	0-10	0-10

圭亚那	40-60	60-80	0-10	20-30
海地	20-40	40-60	0-10	0-10
洪都拉斯	60-80	80-100	0-10	10-20
匈牙利	80-100	80-100	10-20	20-30
冰岛	60-80	60-80	0-10	0-10
印度	20-40	40-60	0-10	0-10
印度尼西亚	20-40	60-80	0-10	0-10
伊朗	60-80	80-100	0-10	10-20
伊拉克	80-100	80-100	10-20	30-40
爱尔兰	80-100	60-80	10-20	10-20
以色列	60-80	60-80	10-20	10-20
意大利	60-80	60-80	0-10	10-20
牙买加	40-60	80-100	0-10	20-30
日本	20-40	20-40	0-10	0-10
约旦	80-100	80-100	10-20	30-40
哈萨克斯坦	60-80	60-80	0-10	10-20
肯尼亚	20-40	40-60	0-10	0-10
基里巴斯	80-100	80-100	10-20	30-40
科威特	80-100	80-100	20-30	30-40
吉尔吉斯斯坦	60-80	80-100	10-20	20-30
老挝人民民主共和国	20-40	40-60	0-10	0-10
拉脱维亚	80-100	80-100	10-20	10-20
黎巴嫩	80-100	80-100	10-20	20-30
莱索托	20-40	60-80	0-10	20-30
利比里亚	20-40	40-60	0-10	10-20
利比亚	60-80	80-100	10-20	30-40
立陶宛	80-100	80-100	10-20	10-20
卢森堡	60-80	60-80	0-10	0-10

马达加斯加	20-40	20-40	0-10	0-10
马拉维	20-40	40-60	0-10	0-10
马来西亚	60-80	60-80	0-10	10-20
马尔代夫	40-60	60-80	0-10	0-10
马里	20-40	40-60	0-10	0-10
马耳他	80-100	80-100	10-20	10-20
马绍尔群岛	80-100	80-100	20-30	30-40
毛里塔尼亚	20-40	60-80	0-10	10-20
毛里求斯	40-60	60-80	0-10	10-20
墨西哥	80-100	80-100	10-20	10-20
摩尔多瓦	80-100	80-100	0-10	10-20
蒙古	60-80	80-100	10-20	10-20
黑山	60-80	60-80	0-10	10-20
摩洛哥	40-60	80-100	0-10	10-20
莫桑比克	20-40	40-60	0-10	0-10
缅甸	20-40	40-60	0-10	0-10
纳米比亚	20-40	40-60	0-10	10-20
瑙鲁	80-100	80-100	>40	>40
尼泊尔	20-40	40-60	0-10	0-10
荷兰	60-80	60-80	0-10	0-10
新西兰	80-100	60-80	10-20	10-20
尼加拉瓜	60-80	80-100	10-20	20-30
尼日尔	0-20	20-40	0-10	0-10
尼日利亚	20-40	40-60	0-10	0-10
纽埃	80-100	80-100	30-40	>40
朝鲜	40-60	40-60	0-10	0-10
北马其顿	80-100	80-100	10-20	10-20
挪威	60-80	40-60	0-10	0-10

阿曼	60-80	80-100	30-40	20-30
巴基斯坦	60-80	60-80	0-10	10-20
帕劳	80-100	80-100	20-30	20-30
巴拿马	60-80	80-100	10-20	20-30
巴布亚新几内亚	40-60	60-80	0-10	10-20
巴拉圭	60-80	80-100	10-20	20-30
秘鲁	60-80	80-100	0-10	10-20
菲律宾	40-60	40-60	0-10	0-10
波兰	80-100	80-100	10-20	10-20
葡萄牙	80-100	60-80	0-10	10-20
波多黎各	60-80	80-100	10-20	20-30
卡塔尔	80-100	80-100	10-20	30-40
罗马尼亚	80-100	80-100	10-20	20-30
俄罗斯联邦	60-80	80-100	0-10	10-20
卢旺达	0-20	20-40	0-10	0-10
圣基茨和尼维斯	60-80	80-100	10-20	30-40
圣卢西亚	40-60	80-100	0-10	20-30
圣文森特和格林纳丁斯	40-60	80-100	0-10	20-30
萨摩亚	80-100	80-100	30-40	>40
圣多美和普林西比	40-60	60-80	0-10	10-20
沙特阿拉伯	80-100	80-100	10-20	30-40
塞内加尔	20-40	40-60	0-10	0-10
塞尔维亚	60-80	60-80	0-10	10-20
塞舌尔	60-80	80-100	0-10	20-30
塞拉利昂	0-20	20-40	0-10	0-10
新加坡	40-60	40-60	0-10	0-10
斯洛伐克	80-100	80-100	10-20	10-20
斯洛文尼亚	60-80	60-80	10-20	0-10

所罗门群岛	60-80	60-80	0-10	10-20
索马里	20-40	60-80	0-10	10-20
南非	40-60	80-100	0-10	30-40
韩国	40-60	40-60	0-10	0-10
南苏丹	20-40	20-40	0-10	0-10
西班牙	60-80	60-80	0-10	0-10
斯里兰卡	20-40	40-60	0-10	0-10
巴勒斯坦国	60-80	80-100	20-30	30-40
苏丹	40-60	40-60	0-10	10-20
苏里南	40-60	80-100	0-10	20-30
瑞典	60-80	60-80	0-10	0-10
瑞士	60-80	40-60	0-10	0-10
阿拉伯叙利亚共和国	80-100	80-100	10-20	20-30
中国台湾	40-60	40-60	0-10	0-10
塔吉克斯坦	60-80	80-100	10-20	20-30
坦桑尼亚	20-40	40-60	0-10	0-10
泰国	40-60	40-60	0-10	0-10
东帝汶	0-20	20-40	0-10	0-10
多哥	20-40	40-60	0-10	0-10
托克劳	80-100	80-100	>40	>40
汤加	80-100	80-100	>40	>40
特立尼达和多巴哥	60-80	60-80	10-20	20-30
突尼斯	60-80	80-100	0-10	20-30
土耳其	80-100	80-100	10-20	30-40
土库曼斯坦	60-80	80-100	0-10	10-20
图瓦卢	80-100	80-100	30-40	>40
乌干达	0-20	20-40	0-10	0-10
乌克兰	60-80	80-100	0-10	10-20

阿联酋	60-80	80-100	10-20	20-30
英国	80-100	60-80	10-20	10-20
美国	80-100	60-80	10-20	20-30
乌拉圭	80-100	80-100	10-20	20-30
乌兹别克斯坦	60-80	80-100	10-20	20-30
瓦努阿图	60-80	60-80	0-10	10-20
委内瑞拉	60-80	60-80	0-10	10-20
越南	20-40	20-40	0-10	0-10
也门	40-60	40-60	0-10	0-10
赞比亚	20-40	40-60	0-10	0-10
津巴布韦	20-40	40-60	0-10	10-20

参考文献

1. Chavez-Ugalde Y, Jago R, Toumpakari Z, Egan M, Cummins S, White M, Hulls P, De Vocht F. Conceptualizing the commercial determinants of dietary behaviors associated with obesity: A systematic review using principles from critical interpretative synthesis. *Obes Sci Pract*. 2021 Apr 5;7(4):473-486. doi: 10.1002/osp4.507. PMID: 34401205; PMCID: PMC8346378.
2. Cullerton K, Adams J, Forouhi N G, Francis O, White M. Avoiding conflicts of interest and reputational risks associated with population research on food and nutrition: the Food Research risk (FoRK) guidance and toolkit for researchers *BMJ* 2024; 384 :e077908 doi:10.1136/bmj-2023-077908
3. FAO, IFAD, UNICEF, WFP and WHO. 2024. The State of Food Security and Nutrition in the World 2024 – Financing to end hunger, food insecurity and malnutrition in all its forms. Rome. <https://www.fao.org/agrifood-economy>
4. FAO (2024). The State of Food and Agriculture 2024 – Value-driven transformation of agrifood systems. Rome. <https://doi.org/10.4060/cd2616en>
5. GBD (2024). Global Burden of Disease database, Institute for Health Metrics and Evaluation. <https://vizhub.healthdata.org/gbd-results/> (See also Zhou et al, 2024.)
6. GIFNA (2024) The Global database on the Implementation of Food and Nutrition Action (GIFNA). Available at: <https://gifna.who.int/>.
7. Global Health Observatory (2024). Existence of tax incentives to promote physical activity. [online] Available at: <https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/existence-of-tax-incentives-to-promote-physical-activity>.
8. Jackson Leach, R., Powis, J., Baur, L.A., Caterson, I.D., Dietz, W., Logue, J. and Lobstein, T., 2020. Clinical care for obesity: A preliminary survey of sixty-eight countries. *Clinical obesity*, 10(2), p.e12357.
9. Lane, M.M., Gamage, E., Du, S., Ashtree, D.N., McGuinness, A.J., Gauci, S., Baker, P., Lawrence, M., Rebholz, C.M., Srour, B. and Touvier, M., 2024. Ultra-processed food exposure and adverse health outcomes: umbrella review of epidemiological meta-analyses. *bmj*, 384.
10. Lara-Castor, L., O’Hearn, M., Cudhea, F., Miller, V., Shi, P., Zhang, J., Sharib, J.R., Cash, S.B., Barquera, S., Micha, R. and Mozaffarian, D., 2025. Burdens of type 2 diabetes and cardiovascular disease attributable to sugar-sweetened beverages in 184 countries. *Nature medicine*, pp.1-13.
11. Lara-Castor, L., Micha, R., Cudhea, F., Miller, V., Shi, P., Zhang, J., Sharib, J.R., Erndt-Marino, J., Cash, S.B. and Mozaffarian, D., 2023. Sugar-sweetened beverage intakes among adults between 1990 and 2018 in 185 countries. *Nature communications*, 14(1), p.5957.
12. NCD Risk Factor Collaboration (NCD-RisC) (2024). Worldwide trends in underweight and obesity from 1990 to 2022: a pooled analysis of 3663 population-representative studies with 222 million

- children, adolescents, and adults. *Lancet*. 2024;403(10431):1027-1050. doi: 10.1016/S0140-6736(23)02750-2. Data available online at <https://ncdrisc.org/>
13. NICE (2024) Obesity Management (revised August 2024). London: UK National Institute for Health and Care Excellence. <https://cks.nice.org.uk/topics/obesity/management/management/>
 14. Slater, S., Lawrence, M., Wood, B. et al. Corporate interest groups and their implications for global food governance: mapping and analysing the global corporate influence network of the transnational ultra-processed food industry. *Global Health* 20, 16 (2024). <https://doi.org/10.1186/s12992-024-01020-4>
 15. Stokes A, Ni Y, Preston SH. (2017) Prevalence and Trends in Lifetime Obesity in the U.S., 1988-2014. *Am J Prev Med*. 2017;53(5):567-575. doi: 10.1016/j.amepre.2017.06.008.
 16. United Nations (2015). The 2030 Agenda for Sustainable Development. UN Sustainable Development Summit. New York: UN Department of Economic and Social Affairs. <https://sdgs.un.org/2030agenda>
 17. World Health Organization (2025). WHO Technical Package to Stop Obesity. Geneva: WHO; 2025. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
 18. World Health Organization (2024). Physical Activity. [online] World Health Organization. Available at: https://www.who.int/health-topics/physical-activity#tab=tab_1.
 19. World Health Organization (2018). Global action plan on physical activity 2018-2030: more active people for a healthier world. Geneva: WHO.
<https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/272722/9789241514187-eng.pdf?sequence=1>
 20. World Health Organization (2013). Global Action Plan for the Prevention and control of noncommunicable diseases 2013-2020. Geneva: WHO.
https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/94384/9789241506236_eng.pdf?sequence=1
 21. Zhou, X.D., Chen, Q.F., Yang, W., Zuluaga, M., Targher, G., Byrne, C.D., Valenti, L., Luo, F., Katsouras, C.S., Thaher, O. and Misra, A., 2024. Burden of disease attributable to high body mass index: an analysis of data from the Global Burden of Disease Study 2021. *EClinicalMedicine*, 76. (and correction here *eClinicalMedicine*. 2024 Nov 21;78:102958).



世界肥胖联盟

伦敦霍尔本138 - 142号沃特豪斯广场3号

邮政编码: EC1N 2SW

www.worldobesity.org