

■两会好声音·医药卫生

全国政协委员、北京大学第一医院老年病内科主任刘梅林建议：

制定老年痴呆防控国家战略

本报记者 刘喜梅

“今年的国务院政府工作报告强调，2024年要加快补齐儿科、老年医学、精神卫生、医疗护理等服务短板。在老年医学的服务短板中，老年痴呆的防控短板需给予更多重视。”全国政协委员、北京大学第一医院老年病内科主任刘梅林告诉记者，今年全国两会，她继续为老龄人口的健康建言献策。

我国的老年痴呆发病率逐年上升

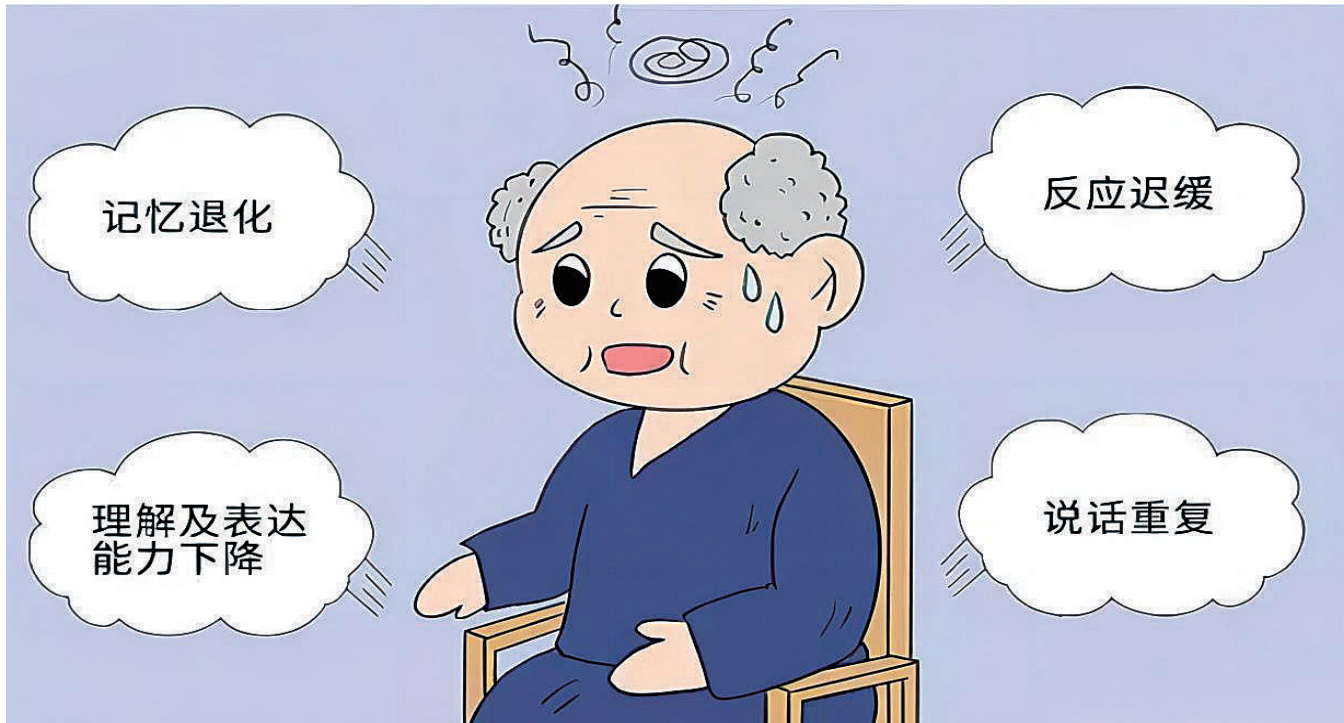
刘梅林介绍，并非所有表现为痴呆的患者都是阿尔茨海默病。判断老年人是否罹患阿尔茨海默病，需要依赖特定的诊断手段。当老年人出现记忆力减退等痴呆早期典型症状，还需要考虑是不是由其他疾病诱发，比如血管性痴呆。对于阿尔茨海默病，目前还没有特效药；对于血管性痴呆，及时诊断，改善缺血可能减轻或缓解患者症状。

我国的老年痴呆发病率呈逐年上升的趋势。根据国家卫生健康委公布的数据，目前我国60岁以上老年痴呆患者已达到1500万以上。不仅如此，在我国居民的主要死因顺位中，老年痴呆已经从1990年的第10位上升至2019年的第5位，仅次于脑卒中、缺血性心脏病、慢阻肺等重大慢病。

“老年痴呆会导致患者认知能力和生活能力的进行性下降，最终生活不能自理、各项身体机能进入全面衰退状态。这不仅直接严重影响患者的健康，更因患者对家属的依附逐渐加重、较高的照护需求及医疗费用，极大增加了家庭的经济负担、照护负担和精神负担。”刘梅林介绍，随着我国老龄化程度的逐步加深，老年痴呆人数会快速增长，对家庭和社会的危害程度不断加重，不仅成为严重危害健康的主要原因，也将成为重大的社会问题，因而需要更加科学的防控策略来干预。

事实上，面对严峻的防控形势，近年来，国家政策也在老年痴呆防控方面持续加码。

比如，2020年9月，国家卫生健康委制定了《探索老年痴呆防治特色服务工



作方案》《阿尔茨海默病的诊疗规范》等文件；2021年4月，国家卫生健康委印发了《关于开展老年人失能（失智）预防干预试点工作的通知》，在13个省（市、区）开展老年人失能（失智）预防干预试点工作，并编制了《老年人失能（失智）预防干预试点技术方案》；2022年3月，国家卫生健康委会同教育部、科技部等15部门联合印发了《“十四五”健康老龄化规划》，其中就包括老年痴呆的防治内容；2023年6月，国家卫生健康委又发布了《关于开展老年痴呆防治促进行动（2023—2025年）的通知》。

仅靠部门行动难以实现老年痴呆防控的目标

“上述政策的密集出台，显示出政府在老年痴呆防控问题上的决心并付诸行动。但是，要实现老年痴呆的系统、有效防控，仅靠国家卫生健康委的这些政策还不够。”刘梅林强调。

因为，老年痴呆的防控涉及多个环节——对于患者和家庭，需要通过宣传教育提高对疾病的认知、诊疗率和治疗依从性；对于医疗卫生机构，需要提高预防和诊治能力，规范诊疗和照护，建立筛查机制，早发现，早干预；对于诊疗技术、药物研发，需要政策激励，以加快药品的审评审批，提高诊断技术和药物的可及性；对于患者的保障体系而言，需要将诊治措施纳入医保，将医疗照护服务纳入长护保险，减轻患者负担。此外，还需要在社会层面建设患者友好型社会，提供相关社区服务、长护服务、医养结合服务等。

“也就是说，老年痴呆防控的全周期、全过程，需要的是全方位、多层次的行动，这些行动涉及多个政府部门，需要全社会的参与，并在国家层面形成社会合力。”刘梅林介绍，由于我国缺少针对老年痴呆防控的顶层设计，导致老年痴呆防控的政策框架和体系不完善，目前防控工作仍停留在1-2个部门层面，政

策的战略性、系统性以及落实效力不强，尚需建立部门间、政策间的协调和联动机制以及全社会参与的激励机制，以形成老年痴呆防控多部门、多机构、多层次和全社会协同共治的格局。

如何打破这种局限在1-2个部门层面的防控格局？刘梅林认为，应将老年痴呆防控作为国家战略来推动实施，同时制定中国老年痴呆防控规划（2025—2045）。

“在规划中，应明确防控目标、原则、主要任务、行动规划、专项行动和工程等。同时，还应明确老年痴呆防控的组织体系、决策平台、法律法规和政策框架以及全链条政策体系，建立部门间、政策间的协调机制和联动机制，全社会参与的动员和激励机制，以及政策落实和监督机制。”在刘梅林看来，通过完善顶层设计，将老年痴呆防控上升为国家战略、国家行动，可建立起系统、有序、有力、有效老年痴呆防控网络，最终实现防控目标。

■延伸阅读

天津市政协委员张璟之：

切实提高基层医疗机构老年痴呆筛查水平

本报记者 张原 李宁馨

“老年痴呆的发病率逐年提高，建议高度重视在医疗机构推行针对性的老年痴呆筛查，提前预防。”日前，天津市政协委员张璟之深入调研提出，要切实加强对基层医疗机构老年痴呆筛查工作水平。

张璟之在调研中发现，目前，痴呆筛查在基层医疗机构主要以问卷为主，而问卷的内容达到60题，完整系统询问需要30分钟以上的时间，如此大量的问题和长时间作答，老年人几乎无法实现完全配合，对筛查工作形成障碍。同时，基层医疗机构对老年痴呆这类疾病的防治经验匮乏，业务水平亟待加强，对于筛查

出高危的受众群体无法提供有效的指导和帮助。

“筛查内容单一，缺乏设备技术支持，许多工作形式化。”在张璟之看来，CT等精密仪器支持、前期预防和改善的运动手段指导、心理上的专业辅助等有实际临床意义的筛查内容在基层医疗机构没有落地，使筛查内容浮于表面形式化。

“基层医疗机构要利用自身优势，将宣传与健康教育、社区活动、大型义诊等有效结合，提高受众群体的重视程度，科学预防；联合三甲医院神经内科专家为

其提供专业指导，令预防筛查工作可以更好地帮助到受众群体。”如何提高受众群体接受和配合程度十分重要，张璟之认为，要充分利用媒体和互联网优势，加强对老年痴呆认知及抑郁痴呆筛查的宣传普及。优化问卷内容，以人为本，不搞一刀切，将理论与实践相结合。“在提高基层医务工作者业务能力上，建议由卫生健康委牵头加大培训及业务支持力度。定时定期总结问题以及需求，及时反馈，有效解决，以最快的速度提高相关医务人员业务水平。”

指导受众群体开展运动预防是非常有效且实际的手段，张璟之建议增加筛查手段，切实做到运动预防。她提出，由各级卫生健康委以及三级医疗机构提供运动模式以及医学指导，基层医疗机构结合受众群体情况进行落实。联合街道及居委会共同协作，通过社区宣讲、门诊、入户等方式进行科学指导和干预，强调功能性锻炼，推崇简易的居家训练模式，活跃受众群体大脑，提高兴奋性和灵活性。对已经有脑梗中等脑部及躯体病变的慢性病人进行重点指导，在有效控制病情的前提下，进行针对性的功能锻炼，在预防痴呆的同时，增强受众群体免疫力，提高生活质量。

“要树立以筛查为辅、预防为主的工作目标。有效结合运动、饮食以及心理方面的指导和帮助，通过公共卫生服务项目（例如老年人健康体检）对老年痴呆进行有效干预，全面落实筛查工作，确保基层医疗卫生服务的预防宗旨贯彻实施，服务千家万户。”张璟之说。

护理是我国医疗服务待补的短板之一。作为护理服务的重要组成部分，中医护理也是中医药事业的重要组成部分，在疾病预防、治疗、康复等方面发挥着重要的作用。

“当前，我国已进入新的发展阶段，人口老龄化进展迅速，人民群众多层次多样化医疗健康服务需求持续快速增长，面对新形势、新变化，中医护理工作在回答好中医药服务从‘有’到‘多’到‘优’的转变中，还存在着高层次护理人员不足、护理服务潜力未能充分释放等问题。”全国政协委员、中国中医科学院广安门医院党委书记王笑频表示。

王笑频介绍，2021年全国注册护士501.9万人，其中中医护理人员仅为46.5万人。学历占比的情况也不理想，在公立中医医院注册护士中，研究生占0.1%、本科生占20.7%、大专生占50.7%、中专及以下占28.6%。另有一项2023年对全国929家公立中医医院调查发现，仅14%的护理人员初始毕业于中医院校。

“护士入职中医院后，虽然要完成‘中医医院新人入职护士培训大纲（试行）’‘西医院校护士100学时中医基础知识学习’等要求，但短期培训很难系统掌握中医护理知识，且各地培训、考核质量参差不齐。2015年，国家中医药管理局启动‘全国中医护理骨干人才培养’项目，培养了一

批能较好应用中医药知识技能开展护理工作的骨干护士，取得良好效果。但规模有限，尚未改变中医护理人员队伍规模不足、结构不合理、高层次人才短缺的现状。”王笑频忧心忡忡地表示。

在王笑频看来，除了高层次人才总量不足，现有中医护理人员的服务潜力未能充分释放，是中医护理事业发展面临的又一大问题。

“这些未能充分释放的潜力表现在多个方面。比如，不具备处方权，《处方管理办法》规定，医生是处方的合法开具人。因此，即使是高年资专科护士，具备良好的辨证施治的实施任务，仍需由医生开具医嘱才可执行。再比如，比价关系也未理顺。目前，中医类收费项目占比偏低，有些中医技术未被合理定价，像刮痧技术，以‘次’为单位的收费标准，不能体现该技术的操作内涵和实施者的专业付出。这些问题，又直接导致护理人员实施中医护理服务时主观

能动性受到影响。”王笑频解释道。

为进一步发挥中医药的特色优势，推动中医护理服务发展，王笑频认为，应首先加强中医护理人员队伍的建设。这一方面需要扩大高等院校中医护理招生规模，深化专业课程体系改革，增加中护士数量，提升培养质量。另一方面，也需要构建中医护理人员培养进阶序列，设立骨干人才、优秀人才、精英人才培养项目，探索制定领军人才支持培养计划，培养造就一批中医护理临床专家和科研领军人才。

“同时，还应给予中医护理人员更多政策保障。比如，可以给经过规范培训的中医专科护士开放部分处方权，增强护理人员职业认同感，扩展中医护理的职业范畴。还应该加强中医护理学科的发展，客观论证中医护理实践能力，补充完善中医护理服务类别、项目、标准、定价等，充分释放护理人员的服务能力。第三，建议将护理人员纳入中医药服务定价专家团队，开展中医护理

服务价格评估和动态调整，体现中护士劳动价值。”王笑频建议。

体现服务价值的同时，也需要完善和加强服务资质的管理。王笑频告诉记者，2019年，中华中医药学会护理分会的一项调查研究显示，全国971家中医医疗机构中有207家开设了中医护理门诊，中医护理服务由住院患者向治疗间歇期、疾病恢复期、慢性病患者以及亚健康人群延伸。同时，越来越多的综合医院希望开展中医护理服务项目、开设中西医结合护理门诊。

“满足人民群众的美好生活需要，护理服务需要拓展服务范围，但这些服务应该是有质量保障的。因此，也呼吁国家进一步明晰护理人员实施中医护理服务的资质要求，以确保服务质量和安全。同时，建议尽快出台中医护理门诊建设的政策性文件，明确中医护理门诊目标定位、服务内容、建设要求、保障措施、监督管理等内容。”王笑频最后建议。

全国政协常委谢晓亮：

加快推进药品紧急使用授权立法

本报记者 陈晶

今年全国两会上，全国政协常委、北京大学理学部主任谢晓亮院士再次建议，尽快推动药品紧急使用授权制度立法进程，为应对重大公共卫生威胁提供法治保障。

“从非典、埃博拉到新冠疫情，突发公共卫生事件已成为威胁人类健康、社会安全和造成重大社会经济负担的重要风险。在暴发早期尽快控制疫情是公认的有效策略，而疫苗和药品供给是实现快速防控的关键环节。”谢晓亮介绍，新冠疫情防控期间，灭活疫苗通过“紧急使用授权”实现快速供给，有力保障了我国疫情防控取得决定性胜利。

“但是，紧急状态危险时，对未批准上市的医疗产品（包括药品和医疗器械等）或已批准上市医疗产品的其他用途进行授权，才能保障公众用药的可及性和安全性。”谢晓亮坦陈，目前，《中华人民共和国疫苗管理法》《医疗器械监督管理条例》中已纳入关于疫苗和医疗器械的紧急使用授权制度，但药品的紧急使用授权仍缺少上位法依据。这导致新冠疫情中，我国自主研发的新冠治疗药品在审批进度上远远落后于通过紧急使用授权快速上市的疫苗产品。

“值得注意的是，药品紧急使用授权与特别审批在制度理念上存在本质区别。”谢晓亮强调，前者是基于“应急性原则”的临时使用授权，而不是批准其上市，一旦紧急状态结束，应当立即撤回授权；后者是一种加速审批程序，通过缩短审批时间加速药品注册上市，获得的批件不会在应急状态结束撤回，因此对药品安全性、有效性等方面的评价标准不会降低。由此导致，两者在制度上的基本定位、评价程序和标准、运行期限和实施方式等方面，也体现出较大差异，药品“特别审批”制度不能代替“紧急使用授权”制度在应急情况下发挥的作用。

2023年10月25日，全国人大常委会公布了《中华人民共和国传染病防治法（修订草案）》，其中包含用于重大传染病治疗性药品的紧急使用制度。“如果能尽快通过实施，将是我国重大传染病药品管理制度立法的重要进步。但需要明确的是，宣告突发公共卫生事件不直接触发紧急使用授权制度，且紧急使用授权适用范围不仅限于‘重大传染病疫情’。两者既有关联性，也有独立性，需要做好不同部门法之间的合理衔接才能使制度有效实施。此外，传染病防治法（修订草案）仅从法律层面上提供了制度依据，在操作程序上还需要健全配套机制，以支持好的政策尽快落地。”谢晓亮进一步解释。

“因此，有必要尽快修订药品管理相关法律法规，尽快推动药品紧急使用授权制度立法，为应对重大公共卫生威胁提供法治保障。”谢晓亮认为，应尽快推动药品紧急使用授权立法，健全配套机制，试点推动制度实施。一是明确上位法依据，及早修订《中华人民共和国药品管理法》，将药品紧急使用授权制度纳入药品管理相关法律法规，做好与传染病防治法的法律衔接，明确药品紧急使用授权制度的上位法依据。其次加快推进立法，尽快推动《药品管理实施条例》的修订和完善。三是健全配套机制，建立责任减免与补偿机制。为避免监管机构和研发主体因利益风险考量过度谨慎导致社会整体利益减损，有必要对授权药品在研发、审批、生产、经营、流通各个环节的相关主体提供有条件的责任减免政策。同时，还应试点药品紧急使用授权，推动制度落地实施。

在近日举办的“优化免疫策略，扩大免疫规划”研讨会上，专家建议：

优化免疫策略 让更多人受益

本报记者 陈晶

“从1978年实施国家免疫规划开始，40多年来，我国建立起一套完整的疫苗接种服务体系，尤其是儿童疫苗接种方面，覆盖疾病不断增加、疫苗研发水平不断提升，儿童疫苗接种率达到并持续维持在很高的水平，有力地保障了儿童健康成长。”在日前举办的“优化免疫策略，扩大免疫规划”研讨会上，中华预防医学会常务副会长兼秘书长冯子健表示。

一同参加研讨会的，还有全国人大代表、河北省衡水市人民政府副市长崔海霞，全国人大代表、江西省疾控中心副主任刘晓青，以及北京清华长庚医院儿科副主任晁爽。

作为一名在临床工作22年的儿科医生，晁爽对于疫苗接种体系的完善有着切身体会。她说：“水痘、麻疹、流行性腮腺炎、风疹等传染病在我读书时还很常见，现在临床上几乎很难见到这些病例，这就是疫苗接种带来的好处。”

冯子健介绍，受益于国家免疫规划，目前，脊髓灰质炎、白喉、麻疹等严重威胁生命健康的疾病已在我国消除或接近消除，而乙肝、流感、乙脑等疾病发病率已达到了极低水平。

目前，我国多地都在常规免疫规划之外出台免疫政策。以提升适龄女孩接种HPV疫苗为例，崔海霞介绍，包括河北邯郸、唐山、石家庄、衡水在内，近几年广东、海南、福建、内蒙古鄂尔多斯、山东济南、福建厦门、江苏无锡等地，均出台了适龄女孩HPV疫苗免费接种的政策。今年两会，崔海霞还带来了将HPV疫苗纳入国家免疫规划的建议，呼吁为9~14周岁女孩接种HPV疫苗。

刘晓青同样连续2年呼吁将HPV疫苗纳入国家免疫规划。在今年两会上，刘晓青带来了“完善我国预防接种体系”的建议。他说，1978年起我国实施国家免疫规划，2007年国家免疫规划扩大范围，确定14个疫苗预防15个病种。但随着疫苗接种的需求不断增长，现行免疫规划存在较大的优化空间，“需要充实扩大免疫规划工作的内涵，以儿童重点免疫规划为重点，转向全人群全生命周期的免疫服务。”

据了解，世界卫生组织推荐优先应该纳入免疫规划的10种疫苗中，中国目前尚有4种没有纳入免疫规划，分别是预防宫颈癌的HPV疫苗、预防肺炎等的PCV肺炎球菌疫苗、预防细菌性脑膜炎等的Hib疫苗和预防腹泻的轮状病毒疫苗。

“上述四种疫苗针对的疾病在全球范围内发病率较高，同时已有全球研究资料充分肯定其有效性，将其纳入国家免疫项目，有助于为适龄儿童提供更广泛的健康保障，并增进接种服务的公平性。疫苗纳入国家免疫规划需要经过严格的审核程序，除了疫苗的有效性和安全性以外，还需评估疫苗接种项目的经济性，以及供应能力，此外还需要考虑接种服务的能力、公众接种意愿等。”冯子健表示。

晁爽介绍，我国一直是儿童肺炎链球菌肺炎疾病负担比较高的国家之一，但目前儿童肺炎链球菌疫苗仍属于自费疫苗，由于价格高、家长认知率低等原因，目前疫苗接种率不高，如果能将其纳入国家免疫规划，能为许多家庭减轻负担，更好保护儿童群体健康。

多位专家还建议，可通过政策支持、加强国际合作等方式，丰富优质疫苗种类，完善疫苗供应体系，确保疫苗质量和安全。此外，优化接种服务管理，加大宣传力度，普及疫苗知识，同样有助于促进我国免疫事业的发展进步，提升全民免疫水平。