

# 积极健康老龄化: 欧盟老龄化社会 医疗保健策略及其借鉴

蒋红柳

[摘要]伴随老龄化社会的演进,无论是政府还是个人的医疗保健支出均大幅增加。这种状况除了给政府带来更大的财政压力,也考验各国社保基金能否确保可持续地支撑快速增加的医疗保健和长期护理开支需求。核心问题是应构建一个高效、公平、安全及成本可控的全民医疗保健体系。欧盟近年来在倡导积极老龄化的基础上,进一步提出了积极健康老龄化的理念,将延长老年人口的健康寿命年作为政策目标,通过实施主动预防的医疗保健模式和利用信息技术来创新优化现有的医保体系,力图通过提高人口的整体健康水平,降低老年性疾病的发病率,提高老年人群的自主生活能力等措施来减轻政府在公共卫生领域的财政支出压力。欧盟的这一策略脉络和所取得的进展,对我国应对人口老龄化挑战以及进一步完善我国的公共医疗保健体系有重要的借鉴意义。

[关键词]老龄化社会; 医疗保健体系; 长期护理; 健康寿命年; 欧盟老龄化

中图分类号: F840.2

文献标识码: A

文章编号: 1004—3926(2016)08—0106—06

基金项目: 欧盟让 - 莫内研究课题“欧洲一体化: 现实与挑战”(562031 - EPP - 1 - 2015 - 1 - CN - EPPJMO - PRO - JECT)、Erasmus Mundus Action 2 Lotus project Post - Doc research programme 阶段性成果。

作者简介: 蒋红柳(1964 -),女,重庆人,四川大学外国语学院副教授,四川大学欧洲研究中心研究人员,博士,研究方向: 语言学及欧美文化。四川 成都 610064

公共卫生领域在老龄化社会所面临的主要问题包括医疗保健体系的覆盖广度、有针对性的医疗保健策略、各类老年慢性疾病的预防和治疗、满足不断增加的长期护理需求、可持续性的公共财政投入以及提高医保体系的成本支出效率等。作为较早进入老龄化社会的欧盟,各成员国大都面临如何确保医疗保健体系的公共财政支出充足且可持续的问题。由于老年人口发病率较高的疾病主要为高血压、心脏病、失能及日益增加的老年痴呆等非传染慢性疾病,导致照顾这类老人的长期护理需求持续增加,因此欧盟还面临不断上升的长期护理需求与日益短缺拥有专业医护技能的护理人员的困境。

在解决老龄化社会所产生的诸多问题上,欧盟响应世界卫生组织(WHO)提出的“积极老龄化”主张,并在2012年开展了“积极老龄化与世代团结”主题年活动,<sup>[1]</sup>以此让全社会来关注和探讨解决老龄化社会所产生的新问题。近年来,欧盟更进一步以“积极健康老龄化”(Active and healthy ageing)作为核心理念,在宏观层面制定清晰的政策目标的同时,加强在微观层面推动实施,力图通

过创新和优化现有医疗保健体系,在广覆盖的基础上进一步提升公共医疗卫生资源的使用效率。欧盟在应对老龄化社会医疗保健挑战方面的举措值得我国参考借鉴。

## 一、老龄化社会所面临的医疗保健问题

全民医疗保健体系是一国社会保障制度非常重要的组成部分,不仅关系到全体国民的健康,也关系到社会稳定和经济发展。构建高效、资源使用最优、成本可控并可持续支撑社保医疗基金开支的全民医疗保健体系,是当今各国政府的主要任务之一,也关系到能否有效应对人口老龄化的挑战。世界卫生组织(WHO)在2012年世界卫生日发表报告,对人口老龄化所面临的医疗保健问题有如下的描述:

1. 人口老龄化导致急诊和初级卫生保健需求增加,养老金和社会保障制度面临压力以及长期社会护理需求增加,这给社会带来挑战。但是,老年人作为家庭成员、志愿者和积极的劳动参与者也做出重要贡献。他们是重要的社会和经济资源,更长的预期寿命也就意味着为社会做出贡献的更多机遇。挑战和机遇的权衡结果将取决于社

会如何作出反应。

2. 全球应对人口老龄化工作的中心是加强老龄健康。现在,健康状况低下、负面刻板印象和参与障碍等因素使老年人处于不利地位,妨碍他们对社会做出贡献并且增加人口老龄化的费用。在卫生方面进行投资可以减轻疾病负担,帮助防止老年人孤单,并且通过保持老年人的独立性和生产能力,为社会带来更广泛的效益。

3. 老龄健康状况低下不仅仅是个人的负担,而且是家庭和社会的负担。家庭或社会越贫困,潜在影响越大。失去健康可能意味着曾经是家庭劳力的老年人再也无法做出贡献并可能需要大量支持。其卫生保健费用可能使整个家庭陷入贫困。这种负担的分布并不公平。资源最少的人或者生活在最贫困地区的人面临的风险最大。<sup>[2] (P.6)</sup>

高效和成本可控的全民医疗保健体系不仅能为老年人口的独立生活提供支持,也能帮助老人最大化延长健康自主生活的年限,同时还能尽量减轻年轻一代的社保缴费压力和赡养负担。然而事实上,无论是发达国家还是发展中国家都面临医疗体系效率低下、存在大量浪费社会资源以及公共卫生领域的贪腐等问题。<sup>[3] (P.6)</sup> 一项对经合组织(OECD)成员国医疗保健体系工作效率的研究指出,若公共医疗卫生资源得到有效利用,则经合组织成员国人口以出生时计算的平均预期寿命会增加两年以上。<sup>[4] (P.6)</sup> ①可见一国的公共医疗保健体系对社会稳定、国民健康和经济的可持续发展意义重大。

## 二、积极健康老龄化

积极健康老龄化这一概念是将世卫组织先后提出的“健康老龄化”与“积极老龄化”这两个概念进行了综合而提出的,其中的“健康”是指人们在身体、精神以及社交活动等方面都有良好的状态,而“积极”则主要是指能持续参与社会、经济、文化、精神和公民事务等各类活动。<sup>[5] (P.4)</sup> 在积极健康老龄化这一整体策略目标下,欧盟还在区域内大力提倡健康生活方式,希望通过提高人口整体的健康水平,降低老年性疾病的发病率,形成主动预防的医疗保健模式。

### (一) 积极健康老龄化与“健康寿命年”

欧盟为能够有效评估积极健康老龄化策略实施效果,引入“健康寿命年”(Healthy Life Years - HLY)这一兼顾预期寿命与自主生活能力的可量化评价指标来衡量老年人口的总体健康水平,<sup>[6] (P.16)</sup>并定期进行评估。HLY也称为“生活自

理预期寿命”(Disability Free Life Expectancy),具体计算方式为从某一年龄(如从出生或从65岁)开始,拥有健康身体并能保持生活自理和参与各类常态活动的最大年限。欧盟计算HLY指标的主要依据一是“全球活动受限指数”(Global Activity Limitation Indicator - GALI),该指数评估参加常规活动时是否会因身体机能的原因使行动受限;二是“欧盟国家收入及生活状况统计调查”(European Union Statistics on Income and Living Conditions (EU - SILC) survey)。据欧盟新近公布的2012年统计数据,各成员国从65岁开始计算的HLY结果显示,男性平均健康寿命年为8.5年,女性为8.7年,男女的健康寿命年几乎相等。考虑到欧盟各国女性65岁后平均预期寿命高于男性约3.6年,上述健康寿命年数据表明女性平均而言虽然较男性长寿,但有相当数量女性老人的健康状况欠佳并伴随生活质量不高、行动受限等状况。此外,还有9个欧盟国家男性的HLY年限要大于女性。<sup>[6] (P.16)</sup>上述数据表明欧盟各国老年女性人口的健康和生活自理问题相对于男性更为严重,需要重点关注和采取必要措施来延长老年女性的HLY年限。欧盟的政策目标是到2020年时,将平均HLY提高2年。

欧盟把关注老年人口健康问题的重点放在如何最大化延长老人自主生活年限、延迟退出工作和各种社会活动的时间上。因此,推动积极健康老龄化的目标就是如何极大化“健康寿命年”,即让老年人口不仅寿命能尽可能的延长,且能继续积极参与社会事务、持续为社会发展做出贡献、享受自主生活的乐趣。更为重要的是,“健康寿命年”愈长意味老年人口的健康状况愈好,从而减少医疗保健开支和长期护理需求,相应地降低公共医疗费用支出,不仅减轻社会保障基金在医疗卫生领域的支出压力,还增加了社会保障其他方面的可用费用,这一举措无疑具有多重正面社会效应。欧盟将有效延长老年人口的健康寿命年作为一项政策举措,不仅便于监控老年人口的健康状况,更能够通过提高老年人群健康水平和自主生活能力达到减轻政府在公共卫生领域的财政支出压力这一目的。

### (二) 积极健康老龄化与主动预防的医保理念

要有效降低公共卫生领域的开支,关键是提高人口的整体健康水平。基于这一理念,欧盟在2007年制定了2008—2013年健康策略“为了健康共同努力(Together for Health)”。第一次在欧盟层面确定了公共医疗保健体系在一个阶段所要

达成的系列目标,包括将医疗保健工作的重点放在主动预防和持续强化公众的健康意识上,有效改善欧盟各国人口,特别是老龄人口的身体素质和健康状况,进而延长健康寿命年。当前一个好的趋势是人们普遍更主动地关注自己的健康,更注重采用有利于身体健康的生活方式,如吸烟人群下降明显,肥胖人群也在减少。但在公众中仍存在大量的健康误区,如普遍存在盲目的以节食方式减肥,摄入水果和蔬菜不当所引发的疾病,在欧盟成员国仍存在数量较大的酗酒人群以及吸毒问题。<sup>[6] (P.54)</sup> 而积极推广均衡膳食摄入以确保能获得足够人体所需的营养,同时鼓励多参与各类运动,减少慢性疾病的发病率是主动预防的重点。世卫组织也呼吁促进所有年龄人群的良好健康和健康行为,预防或推迟慢性疾病的发生。<sup>[2] (P.7)</sup> 随着包括老人在内的人口整体健康水平的提高,医疗保健方面的公共开支不仅为社会带来积极正面效应,还将提升政府在医疗及长期护理方面财政支出的效率,减少公共卫生资源的浪费。因此“预防被认为是让老年人口保持健康活力和自主生活能力的有效策略。”<sup>[7] (P.24)</sup>

欧盟在提升现行医疗保健体系效率时,将医疗保健体系从目前侧重检查诊断、提供治疗和护理等被动方式,改变为主动预防并有针对性地防治慢性老年疾病。欧盟目前倡导各成员国实施三级预防体系,基础预防的目标是主动降低发病率,第二级预防以降低继发性疾病为目标,第三级预防则是降低因长期慢性疾病导致的失能。<sup>[8] (P.1675-1720)</sup> 主动的疾病预防策略成功的关键是将主动预防作为医疗保健体系的重要政策措施并采取有效行动加以实施。目前欧盟许多成员国都开展了为老龄人口进行疫苗接种的基础预防工作,以及进行癌症筛查的二级预防。欧盟指导意见将欧盟内女性乳腺癌的筛查比例定为不低于适龄女性人口的75%。

随着人口结构的进一步老龄化,支撑社保基金的工作人口数量会持续下降,这意味着社保基金规模有下降的趋势,给政府公共医疗方面的财政支出造成更大的压力。欧盟在实施主动预防的医疗保健策略时所面临的一大难题是如何在不大量增加支出的前提下,提高用于预防的医保支出占比。老年人口的不断增加使各国无论是政府还是家庭或个人在医疗保健和长期护理方面的支出都大为增加,按照一国公共医疗保健体系总支出与该国内GDP占比作为衡量标准,经合组织2015年统计报告显示:2013年该组织各成员国平均医疗保健支出占GDP的8.9%,其中土耳其最低为

5.1%,美国最高为16.4%。<sup>[9] (P.2)</sup> 欧盟的统计显示2014年欧盟成员国总体医疗保健支出占欧盟GDP的10%,<sup>[10] (P.19)</sup> 而用于老年疾病预防、疫苗和筛查等的经费投入仅占整体医疗保健支出的3%。<sup>[5] (P.8)</sup> 欧盟在推动预防为主的公共医疗保健策略时还存在各成员国的实施进度参差不齐的状况,要体现预防为主的政策效果,还需要较长的一段时间。

(三) 积极健康老龄化与创新及信息技术利用  
老龄化社会在让传统医疗保健体系承受越来越大的压力的同时,也在为医疗和社保体系的创新提供机会,如为老年人口提供长期护理服务方面的创新。随着以互联网为代表的信息通信技术(Information and Communication Technology - ICT)的大量使用和普及,人们能够更便捷地获得相关医疗保健信息和知识,并能在一定程度上进行自我健康监测,如利用便携式血压计和心跳脉搏计等设备,甚至利用互联网上充分的医疗保健信息知识开展预防和自我诊治。欧盟希望到2020年时实现“欧盟电子健康策略”,其策略目标包括:实现电子健康服务更大范围内的可操作性;支持研究、开发和创新;确保更大范围的覆盖;促进行业内的协同与交流等。<sup>[11] (P.56)</sup>

在预防方面,欧盟鼓励各成员国政府的公共卫生机构和部门充分利用ICT为公众提供权威的、可信赖的医疗保健知识和相关治疗信息,尽最大努力避免网络信息良莠不齐、公众难以分辨真假的状况。除了知识和信息发布外,ICT更可以用来提高公共医疗资源的使用效率。在积极倡导利用ICT的同时,欧盟主张将医疗保健体系的创新集中在预防、筛查和早期诊断等方面,希望以此延长HLY和增强老年人口自主生活的能力。欧盟鼓励各成员国在基因技术、生物科技、纳米技术以及机器人技术等高科技上的投入,充分利用医疗保健领域的创新成果来预防和治疗与老龄化相关的疾病,如利用细胞组织工程这一生物组织再造技术来治疗癌症、老年痴呆以及帕金森等老年性疾病。欧盟相信高科技的发展和应用将大大降低整个医疗保健体系的开支。虽然基因科技方面的突破使得在与老年性疾病、痴呆及功能障碍等相关领域的医疗技术和治疗方式上有较大进展且将惠及老龄人口,但欧盟在有关大面积利用基因技术开展治疗的行政立法和许可上,或许还需要等到2030年左右。<sup>[12]</sup> 显然,在高科技应用于应对老龄化挑战方面,欧盟还有很多工作要做。

### 三、医疗保健体系的优化

欧盟的相关研究指出,老龄化已成为医疗保健支出最大的负担。<sup>[13] (P.12)</sup>在公共医疗保健方面,欧盟各成员国仍受花费巨大却效率不高的困扰。如在德国,由于缺乏有效协调,人们可以到不同的医疗机构看病,既可以看到专科医生也可以找全科大夫,住院治疗与门诊治疗间也存在较大的费用差异,导致公共卫生资源的低效和浪费。欧盟认为现有医疗保健体系面临三方面的挑战:公共医疗保健体系的覆盖广度及公平性;高质量的医疗保健服务;可持续的医疗补偿机制。<sup>[13] (P.25)</sup>要解决这三方面的挑战,欧盟认为需要对现有的医疗保健体系进行重新评估,并根据社会发展、人口变化以及医疗科技进步等因素不断加以改进完善。为此,欧盟明确了以积极健康老龄化、主动预防、倡导健康生活方式、利用生物和信息技术、鼓励创新等举措来优化现有的医疗保健体系。

#### (一) 构建高效医疗保健体系的基本要求

世卫组织认为目前各国的医疗保健体系均难以满足因人口结构变化和各类疾病的产生所导致的医疗保健和长期护理需求。特别是在中低收入国家,需要对现有医疗体系根据老龄化社会疾病发生的特点,有针对性地调整公共卫生系统的疾病防治策略和医疗资源布局,提高运作效率。例如,根据最近一项大型研究,虽然缺血性心脏病和中风是导致损失生命年的最大原因,但是高血压则是导致这些疾病但可治疗的关键风险因素。<sup>[2] (P.14)</sup>世卫组织强调在新的人口结构下,各国均应构建一个针对性强、高效且成本可控的现代医疗保健体系。对已拥有较完善医保体系的国家,也需要对其进行评估,确定在新的人口结构和特点下是否能满足未来社会的医保需求,进而提出“优化医疗保健系统是‘每一个人的责任’。”(Health systems strengthening is “everybody’s business”)<sup>[14] (P.2)</sup>而构建一个能有效应对未来人口、经济、社会、法律和科技等变化挑战的医疗保健体系需满足如下6方面的要求:

1. 随时随地为有需求的人群提供有效、安全和高质量的医疗保健服务,同时极小化资源浪费;
2. 拥有一支负责、反应敏捷、公正高效并能稳定达成最佳医疗效果的医护人员队伍;
3. 设计合理、运转良好的健康信息系统,该系统能够确保及时可靠地获取与医疗保健相关的各类信息以帮助医保体系做出各类决策;
4. 能公平合理地获取基本医疗产品、疫苗以及

有质量保证的、安全有效且成本合理的治疗技术;

5. 高效的社会医疗保险系统,该系统能为医疗单位和病人提供双向激励,在确保病人获得良好医治的同时,避免个人或家庭因医疗费用支付而面临贫困的危险;

6. 规划合理、策略清晰,强化在有效监管、政府与民间互补、法规完善等方面的领导和管理,为保护公众的健康负责。<sup>[14] (P.6)</sup>

按照上述世卫组织的建议,一个完善的医疗保健体系不仅提供公共医保服务,还应包含诸如私立医疗机构、家庭护理以及商业医疗保险机构等,这一整体的医疗保健体系能让包括老年人口在内的全体国民便利地获得医疗保健服务,并在针对老年人的长期护理方面得到社保基金的财务支持,从而能够尽量地减轻下一代人的赡养负担。因此,世卫组织建议各国参照上述6个方面来有效提升医疗保健体系的效率,为社会公众提供便捷、安全、公平和收费合理的医保服务,在广覆盖和提升国民健康状况的同时减少公共资源浪费,缓解公共财政的支出压力,确保社会保障基金的可持续性。对欧盟而言,在优化公共医疗保健体系时,除了要考虑老龄化社会的特点外,还需要考虑目前日益增加的一人家庭、欧盟内部和外部移民潮等对医疗保健体系的冲击。

#### (二) 利用科技创新解决长期护理需求难题

欧盟推动最大化延长老年人口“健康寿命年”的动力源自老龄化社会对长期护理需求的快速增加,也是优化现有医疗保健体系的主要目的之一。长期护理主要指人因身体功能及认知能力的逐步衰退而导致在相当长的一段时间里,需要旁人的护理或借助相应的工具来维持日常生活所必须的基本活动。世卫组织2012年报告指出,老龄化社会常见的需要非住院长期护理的慢性疾病包括哮喘、慢性肺功能障碍及糖尿病。<sup>[2]</sup>虽然人均期望寿命的延长对人类而言是好事,但近年来也使得老年人口中罹患阿尔茨海默和帕金森等神经退化性(neurodegenerative illnesses)这类典型老年疾病的数量显著增加。罹患痴呆症的风险随年龄增长而大幅提高,据估计在85岁以上老年人群中,认知能力下降的约占25%至30%。在中低收入国家,痴呆症老年患者通常无法获得可负担的、与其身体状况相称的长期专业护理,而家庭护理往往得不到公共医疗保健基金的支持。欧盟的相关统计表明,每位痴呆症老人一年所需的护理及治疗费用平均在2,470到32,000欧元之间。<sup>[15] (P.120)</sup>此外,各成员国的公共医疗保健体系提供长期专业

护理服务的能力十分有限。

在公共医疗保健体系的开支方面,欧盟2013年用于长期护理的公共医疗开支占GDP的1.6%,据估算到2060年时这一开支水平会增加到GDP的2.8%。<sup>[15] (P.154)</sup>在长期护理需求上升的同时,欧盟各国却面临工作人口(15至64岁)下降,提供护理服务的正式和非正式护理人员数量不足的困境。欧盟2015年老龄化报告预估,到2060年欧盟65岁以上老人与适龄工作人口占比将从2013年的27.8%增加到50.1%,即老人赡养比将从4:1下降到2:1,届时每2名在职人员就要负担一名65岁以上老人的养老费用,<sup>[15] (P.143)</sup>养老负担不断加重。在欧盟,长期护理通常有家庭和专业机构两种模式。专业机构所提供的长期护理类似养老机构,提供住宿和护理一站式服务。家庭护理除了居家护理的模式外,也包括居住附近的社区护理和白天护理中心的模式。根据欧盟的相关研究,在长期护理模式选择上老人更愿意选择居家护理,其数量是选择机构护理的两倍。<sup>[15] (P.146)</sup>由于人们希望尽量生活在自己熟悉的社区环境,使得老人所在家庭承受了巨大压力。在这样的状况下,ICT功能开发和普及使用被认为是有效地满足居家护理的需求的途径,也是在优化现有医保体系时需要加大投入的重点领域。

在应对长期护理需求方面,有研究建议更多地鼓励医疗机构采用远程监控和远程诊断等新技术来构建远程家庭护理系统,利用远程控制机器人技术来帮助独自生活的患病老人实现远程医疗和远程监护。<sup>[11] (P.54)</sup>欧盟已开始探讨如何利用ICT为家庭护理提供帮助和支持。要开展这项工作,还需要花费大量的时间和经费来构建信息系统基础设施,包括在现有的公共卫生系统中建立远程医疗保健信息咨询系统;在现有医疗机构建立网上护理、治疗咨询服务机制,该机制包括联网的数字化诊断检查和依据数据结果提出进一步治疗和护理建议的完整数据系统,以及为家庭护理人员提供如何使用ICT的培训等。<sup>[11] (P.55-57)</sup>

### (三) 持续优化现行医疗保健体系

在老龄化社会和经济危机环境下,人们越来越希望在全面覆盖的基础上能获得质高价低的医疗保健服务。为更好应对老龄化社会的公共卫生挑战,欧盟提出了优化现行医疗保健体系的政策目标:在确保医疗保健体系持续性地获得足够的财政支持的前提下,为公众提供高质量的医疗保健服务。<sup>[13] (P.11)</sup>要实现这一政策目标,首先,需要降低整个医疗保健体系的运作成本。以公共医疗

保健开支水平在GDP中的占比衡量,欧盟内不少国家的公共医疗保健支出近年来已大为增加,如法国、德国、荷兰、比利时、瑞士及丹麦等国的医疗保健医保的公共财政与得到的结果并非简单的线性关系,存在边际效用递减的情况,要确保医保体系能够在满足需求和降低支出方面保持平衡,就需要对现有公共卫生系统的费用报销制度、管理和具体执行等进行重新设计。

其次,需要充分发挥社会医疗保险在医疗保健体系中的作用。欧盟成员国的全民医疗保险体系组成政策和做法存在很大的差异,一些国家主要或仅依靠商业化的医疗保险市场来解决国民的医疗保险需求,个人或团体在商业医疗保险市场通过向保险公司缴纳保费来获取保险合同所订立的医疗保障。而另一些国家则以政府提供的社会医疗保险为主,商业医疗保险作为补充。这类商业医疗保险市场大体可分为三类,第一类为叠加型(Duplicate),商业保险市场提供与政府相同的社会医疗保险产品和服务,但在服务层次上有区别(如可获得更快捷的医疗服务等);第二类为互补型(Complementary),商业医疗保险市场作为社保医疗的补充,主要以费用分摊、共同支付等方式补充社保医疗不能报销的部分;第三类为补充型(Supplementary),商业医疗保险市场提供政府社保医疗保险未覆盖的部分。<sup>[16]</sup>

无论采用哪种医疗保险模式,大多数的欧盟成员国均较全面覆盖了各自国家的人口,如德国的社会医疗保险(Social Health Insurance - SHI)能够覆盖约86%的人口,其余的高收入及政府官员群体则拥有商业医疗保险。荷兰则采取通过商业保险市场来解决国民的医疗保险保障。荷兰自2006年起要求所有居住在荷兰的居民从商业医疗保险公司购买基本医疗保险,而商业医疗保险公司不能拒保所有购买基本医疗保险的投保申请。作为主要的医疗保险来源,荷兰政府要求商业医疗保险市场为公众提供覆盖门诊、住院和某些指定的牙科及药品的基本医疗保险保障,保障范围包括直接支付医生的诊治费用或补偿被保人的医疗费用支出等。个人可自由选择一家医疗保险公司按照法定费率投保,而其雇主则会按照雇员的工资收入为基准的费率向医疗保险基金提供额外的一笔保费,该基金主要用于调节商业医疗保险机构所承担的风险。<sup>[16]</sup>

再次,需要扩大医护人员队伍和提高医护质量。虽然欧盟成员国每千人的医生和护士数量在最近10年有一定的增加(从2000年时的2.9增

加到 2012 年的 3.4) ,但医生数量与人口的比例在欧盟各国并不均衡 ,且城市医生数量远多于乡村。为改变这种状况 ,一些欧盟国家通过财务激励的方式希望在边远地区留住更多的医生。与此同时 ,随着医疗技术和治疗手段的不断提高 ,主要的老年性疾病(如心血管病、中风和癌症等)的死亡率也有较大幅度地下降。如心血管病住院治疗后的死亡率下降了 40% ,中风下降了 20%。<sup>[8] (P.6)</sup>

在优化现有医疗保健体系时 ,还需要考虑目前医院运作与角色的变化 ,如医院在使用电子化医疗( E - health) 和远程医疗( telemedicine) 方面与现有医疗方式和角色的差异。未来的医院将成为拥有数字化整合服务系统的综合性医疗机构。这类医疗机构将借助视频等通讯手段提供远程诊断、为较为初级的医生提供远程协助和指导等。<sup>[13] (P.20)</sup> 此外 ,医院还将逐步建立可以存储和跟踪病人接受治疗、康复情况等各类医疗信息的自动医疗数据系统。

最后 ,针对长期护理需求不断增加与工作人口不断下降的双重困境 ,以及老人更愿意接受居家护理的偏好 ,欧盟各国除在政策上为家庭护理提供财政支持外 ,也在探索作为家庭护理模式之一的社区护理模式。社区护理成本较集中居住式的专业机构护理低 ,加之老人不希望因患长期慢性疾病而拖累子女 ,就近为老年人群提供专业化的长期护理服务的社区护理模式受到欢迎。为此欧盟各国已开始强化社区护理的质量和服务能力 ,而专业护理机构则主要针对需要长期护理的重症老人。<sup>[16]</sup>

## 结语

虽然我国经济发展阶段、社会保障的广度和深度及医疗保健体系建设等相较欧盟还有较大差距 ,但欧盟实施积极健康老龄化策略给正在快速步入老龄化社会的我国以很好的借鉴。我们可以通过研究借鉴包括欧盟在内的各国应对老龄化挑战的经验和最佳实践 ,一方面避免欧美发达国家在医疗保健体系构建中的各种问题和困境 ,另一方面充分利用信息技术和生物科技等方面的创新 ,在公共医疗保健体系建设和规划上实现“弯道超车”。大力推进以积极健康老龄化为出发点 ,政府主导、各方参与的医保体系构建方面的政策建议和各类研究工作 ,有针对性地制定政策目标并实施主动预防的公共卫生策略。在不断扩大基本医疗保险人口覆盖和提升保障水平的同时 ,通过合

理配置公共卫生资源并减少资源浪费 ,建立来源稳定、缴费合理、可持续支持全民医疗保健开支的公共医疗保障基金 ,制定符合我国经济发展的中、长期全民医疗保健体系政策目标和具体实施步骤 ,积极有效地应对老龄化社会的医疗保健挑战。

## 注释:

①由于医疗卫生资源的有效利用没有一个能直接观测的指标 ,因此通常用一国的人口预期寿命、健康寿命率以及死亡率等健康指标来间接考察。

## 参考文献:

- [1] 蒋红柳. 欧盟破解人口老龄化问题探析[J]. 西南民族大学学报(人文社会科学版) 2014(5) .
- [2] WHO. 健康相伴 活力常在 2012 年世界卫生日全球概要[Z]. 文件号: WHO/DCO/WHO/2012. 2.
- [3] Medeiros ,J. and Schwierz ,C. Efficiency estimates of health care systems in the EU [C]. European Commission ,EUROPEAN ECONOMY ,Economic Papers 549 2015.
- [4] Joumard J. et al. Health Care Systems: Efficiency and Institutions [C]. OECD Economics ,Department Working Papers No. 769 , OECD Publishing 2010.
- [5] Strategic Plan: Steering Group Working Document: Strategic Implementation Plan for the European Innovation Partnership on Active and Healthy Ageing [R]. 2011.
- [6] OECD. Health at a Glance: Europe 2014 [EB/OL]. OECD Publishing. [http://dx.doi.org/10.1787/health\\_glance\\_eur-2014-en](http://dx.doi.org/10.1787/health_glance_eur-2014-en).
- [7] Jusot F. et al. Variations in preventive care utilisation in Europe [J]. European Journal of Ageing 2012(9) .
- [8] Kenkel D. S. Prevention [C]. In: Culyer A. J. ,Newhouse J. P. ( eds) *Handbook of Health Economics* ( 1st edn) ,vol 1 ,chapter 3. Elsevier 2000.
- [9] MACELI( Macro Cost Effectiveness corrected for Lifestyle) . Comparative systems of health systems corrected for selected lifestyle factors - Final report [R]. European Union 2015.
- [10] OECD. Focus on Health Spending. OECD Health Statistics , 2015.
- [11] Kluzer S. et al. Long - term Care Challenges in an Ageing Society: The Role of ICT and Migrants [R]. EUR 24382 EN. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities 2010.
- [12] European Commission. The European Innovation Partnership on Active and Healthy Ageing( EIP on AHA) [EB/OL]. 2012. <https://webgate.ec.europa.eu/eipaha/>.
- [13] EFMN( European Foresight Monitoring Network) . Special issue on healthcare: The future of public healthcare systems within demographic ,societal and technological changes [R]. 2009.
- [14] WHO. Everybody business: strengthening health systems to improve health outcomes : WHO's framework for action [R]. 2007.
- [15] European Commission. The 2015 Ageing Report: Economic and budgetary projections for the 28 EU Member States( 2013 - 2060) [R]. European Economy 3 2015.
- [16] Karl J. B. A Discussion of Private Health Insurance Markets in 10 OECD Countries [J]. NAIC Journal of Insurance Regulation ,Vol. 33 2014( 2) .

收稿日期 2016 - 05 - 15 责任编辑 刘 梅