

创新推动老年期痴呆防治，构建痴呆友好型社会

戴文睿 (Dave A. Ricks)
礼来制药董事长兼首席执行官

摘要

老年期痴呆是一种进行性发展的神经退行性疾病，具有起病隐匿、高致残率、高致死率的特点。随着老年期痴呆疾病进展，患者最终会失能失智，因此对长期高强度的医疗和照护服务有极高需求，这将对患者及其家属、医疗系统和全社会造成巨大负担。

随着老龄化程度加深，老年期痴呆近年来呈高发态势，未来五年将是老年期痴呆防控的关键时期。《应对老年期痴呆国家行动计划（2024-2030）》（以下简称“《行动计划》”）的出台标志着中国政府充分意识到老年期痴呆给人民健康和经济社会带来的巨大危害，从国家战略高度对老年期痴呆防治工作和痴呆友好型社会的建设工作做出部署。

为了加速《行动计划》的及时落地，解决目前老年期痴呆防治面临的疾病认知不够、诊疗能力不足、诊疗可及性和可负担性较低等问题，我们需要在制度设计、基础设施建设、技术研发、人员储备和能力建设、资源统筹等方面做好全面和充分的准备，积极推动老年期痴呆早筛、早诊、早治。对此，礼来建议从以下三个方面切入：

● **利用创新机制推动政策尽早实施，提升全社会疾病认知，建立老年期痴呆可防可治的共识**

由于《行动计划》涉及多个相关部门，因此其有效实施有赖于高效的部际协调机制和考核机制，以及具有前瞻性、灵活性的政策框架，以保障基础

设施建设、人员培训、产业发展，鼓励不断涌现的创新诊疗技术得到及时转化应用。

另一方面，建议加大在全社会、多渠道的疾病宣教力度，提升大众对于疾病和新出现的诊疗技术手段的认识，改变目前针对老年期痴呆存在污名化和无药可治的错误认知，树立老年期痴呆可防、可治、可管理的全社会共识。

● 完善早筛机制，提升诊疗路径标准化规范化，构建综合、协同、连续的老年期痴呆防控体系

老年期痴呆的早筛、早诊、早治是疾病防治的核心。建议强化基层医疗机构在痴呆早期筛查和干预中的作用，强化基层医疗机构的基础设施和能力建设，积极应用和推广创新、便捷、标准化筛查工具，在适当时机推动全面的老年期痴呆早筛机制的建立，将防治端口全面前移。

另一方面，在分级诊疗、医养结合等制度基础上，持续加强机构间互联互通和协同效应，增强基层医疗机构和上级医院之间畅通的双向转诊以及医疗机构和护理机构间的协同，构建“初筛在社区——高危人群转初级——复杂病变转综合——康复护理回社区”的涵盖筛查、诊断、治疗、康复和护理的闭环体系。

● 完善多层次保障体系，积极推动“银发经济”发展，切实降低患者和社会经济负担

在基本医疗保险的引领下，构建包括商业医疗保险、长期护理保险在内的全面、可持续的多层次保障体系，不仅可以提升先进医疗技术、创新药物和高质量护理服务的可及性、可负担性，也可以为老年期痴呆患者带来治疗希望，鼓励老年人积极参与早诊早治。

此外，建议积极促进银发经济发展，增加老年期痴呆相关诊疗和照护技

术、产品和个性化服务供给，通过规模经济效应降低产品和服务的价格，从而惠及患者和更广大的老年群体。

随着人工智能技术、创新生物标志物和包括淀粉样蛋白靶向治疗在内的疾病修饰疗法的发展，我们比以往任何时刻都更有能力将老年期痴呆转变为一种可预防、可治疗的疾病。作为一家全球领先的制药公司，礼来在过去近四十年坚持不懈致力于阿尔茨海默病创新疗法和诊断的研究和开发。我们全力支持中国应对阿尔茨海默病的事业，愿与所有利益相关者合作，共同促进阿尔茨海默病和其他痴呆症患者的福祉，为中国和世界范围内阿尔茨海默病防治和痴呆友好型社会的构建做出积极贡献。

一、背景现状分析

（一）不断加深的老龄化将导致老年期痴呆患病率显著增长

中国正经历着人口结构的转折性变化，人口老龄化程度迅速加深。据 2023 年《国民经济和社会发展统计报告》，截至 2023 年底，中国 60 岁及以上人口达到 2.97 亿，占总人口的 21.1%；65 岁及以上人口为 2.17 亿，占总人口的 15.4%¹。由于低生育率与高预期寿命，中国人口老龄化问题将愈加严重。研究预测到 2030 年，中国 65 岁及以上人口可能会达到总人口的 20%，这意味着中国将成为国际标准定义下的“超级老龄化社会”²。

伴随老年人口绝对数量、占比和平均年龄的上升，中国在经济可持续发展和社会治理领域面临着更严峻的挑战，具体表现为医疗成本增加、社会福利系统负担加重、劳动力减少、公共债务上升、生产力和创新不足等问题，其中医疗系统的压力最为凸出。人口老龄化程度与老年期痴呆患病率的上升密切相关，将对患者、家庭、医疗系统和社会整体带来了巨大的压力。这不仅是一个公共卫生问题，更是对健康老龄化和经济社会可持续发展构成了重大挑战。

老年期痴呆是一种进行性发展的神经退行性疾病，典型症状包括记忆丧失、思维问题、难以独立完成日常活动、时间和空间定位障碍、情绪影响等。痴呆症有多种类型，其中阿尔茨海默病是最常见的一类，占有病例的 60-70%³。

年龄是痴呆症的主要风险因素之一，随着人口迅速老龄化，痴呆症的患病率预计将显著增长。根据 2020 年的一项全国性横断面流行病学研究，老年期痴呆的患病率约为 6.9%，这意味着全国约有 1507 万 60 岁及以上的老年人可能患有痴呆症。如果将轻度认知障碍（MCI）也计算在内——这一阶段如果不进行适当干预，很可能发展为痴呆——那么中国患有痴呆或 MCI 的老年人

1 2023 Statistical Report on National Economy and Social Development of the People's Republic of China. https://www.stats.gov.cn/sj/zxfb/202402/t20240228_1947915.html.

2 Liang, J., Ren, Z., Huang, W., et al. China Demographic Forecast Report (2023). <https://www.waitang.com/report/486576.html>.

3 Zhang, J., Lu, Y., Li, H., et al. Disease burden of Alzheimer's disease and other dementias in Chinese residents between 1990 and 2019: an age-period-cohort analysis and prediction. *China Public Health*. 2020, (38) 5: 523-528.

总数将达到 5384 万⁴。此外，老年期痴呆的患病率随着年龄的增长显著提升，从 60-69 岁人群中的 2.9% 上升到 80 岁及以上人群中的 16.4%（图 1）⁵。统计数据显示，中国 80 岁及以上的老年人口预计将从目前的 4000 万增加到 2035 年的 8000 万，并在 2050 年翻两番，预计未来二十到三十年内中国老年期痴呆患者人数将迅速增长⁶。

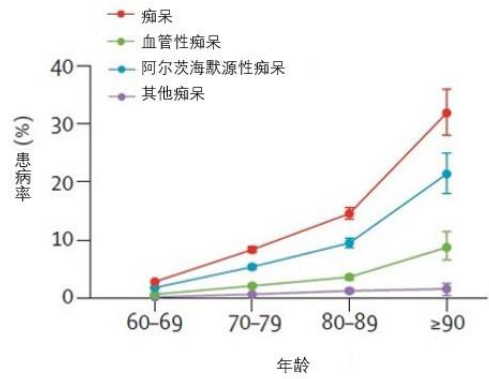


图 1：各年龄段痴呆患病率

（二）老年期痴呆带来巨大的疾病和社会经济负担

老年期痴呆具有高发病率、高致残率、高死亡率的特点。根据世界卫生组织数据，痴呆症目前是全球第七大死亡原因，而在中国则排名第五。2021 年，阿尔茨海默病和其他痴呆症导致了全球约 200 万例死亡病例，其中中国占约四分之一，达到 492,774 例⁷。痴呆症也是老年人口中导致残疾和失能的主要原因之一。2021 年，中国因阿尔茨海默病和其他痴呆症导致的伤残调整寿命年（DALYs）为 10,083,733 人年，即因阿尔茨海默病和其他痴呆导致损失的全部健康寿命年份，大致相当于当年全国胃癌导致的伤残调整寿命年数⁸，其中 34.3% 归因于残疾，65.7% 归因于过早死亡⁹。

除了对患者生活质量和寿命的严重影响外，阿尔茨海默病和其他痴呆症亦导致惊人的社会经济负担，包括直接医疗成本（门诊、住院、检查和药品

4 Jia, L., Du, Y., Chu, L., et al. Prevalence, risk factors, and management of dementia and mild cognitive impairment in adults aged 60 years or older in China: a cross-sectional study. *Lancet Public Health* 2020, 5: e661–71.

5 *ibid.*

6 Medium- and Long-term Multi-scenario Forecast of China's Population 中国人口中长期多情景预测结果数据集. China Population and Development Research Center. https://www.cpdrc.org.cn/sjzw/yjgj/202311/t20231124_17127.html.

7 Wang, G., Qi, J., Liu, X., et al. China Alzheimer's Report 2024. *Journal of Diagnostics Concepts and Practices*. 2024, (23) 3: 219-256.

8 Wu, Z., Xia, F. and Lin, R. Global burden of cancer and associated risk factors in 204 countries and territories, 1980–2021: a systematic analysis for the GBD 2021. *Journal of Hematology and Oncology*. 2024, (17) 119.

9 *ibid.*

费用)、直接非医疗成本(包含就医交通、住宿支出、营养和保健设备费用、护理费用等)、间接成本(包含护理人员因照护导致的收入损失等)和无形成本(护理人员的精神痛苦等)。研究表明,2015年中国每位阿尔茨海默病患者的年均费用为19,144.36美元,总费用达1677.4亿美元,相当于2015年全国GDP的1.47%。根据预测的患病趋势,在不考虑通货膨胀和汇率波动的情况下,中国阿尔茨海默病的总社会经济成本将在2030年达到5074.9亿美元,并在2050年达到1.89万亿美元¹⁰。

与其他老年慢性疾病相比,老年期痴呆的成本不仅包括不断上升的直接医疗费用,还包括明显更高的间接成本,其主要产生于家庭成员提供的非正式护理。在中国,约90%的痴呆症患者与家人同住。这种护理模式使非正式护理人员无法参与社会经济活动,导致其工资性收入、生产力及人力资本面临损失。因此,照护开支以及照护者的收入损失构成的老年期痴呆总成本的50%以上,这还不包括难以量化的护理人员精神压力¹¹。

(三) 政府对老年期痴呆的重视程度不断提升,政策环境正产生积极转变

人口老龄化程度、老年期痴呆的高发趋势以及由此产生的巨大社会经济负担都表明,目前我们迫切需要采取更为全面、系统性的行动以应对挑战。早在2016年,《“健康中国2030”规划纲要》已强调“加强老年痴呆症等的有效干预”、“建立多层次长期护理保障制度”,以促进健康老龄化¹²。

在这一纲领性政策框架下,国家卫生健康委员会(下称“国家卫健委”)

10 Jia, J., Wei, C., Chen, S., et al. The cost of Alzheimer's disease in China and re-estimation of cost worldwide. *Alzheimer's and Dementia*. 2018, 14: 483-491.

11 *ibid.*

12 Healthy China 2030 Plan. CPC Central Committee and State Council.
https://www.gov.cn/zhengce/2016-10/25/content_5124174.htm

在过去五年已颁布多项关于痴呆症预防和治疗的行动计划。2024 年 12 月 31 日，国家卫生健康委等 15 个部门联合印发《应对老年期痴呆症国家行动计划（2024-2030）》（以下简称“《行动计划》”），标志着老年期痴呆应对工作对公共卫生和社会建设的重要性得到全面提升。《行动计划》明确到 2030 年的总体目标，覆盖从疾病认知、筛查、早期干预到建立连续防控体系等措施，以有效遏制老年期痴呆患病率增速，并营造老年期痴呆友好的社会环境¹³。

地方层面，各主要城市皆已开展认知障碍早期筛查和诊疗工作。以北京为例，北京市卫健委自 2019 年以来为 65 岁及以上的老年人开展脑健康筛查。截至 2023 年底，北京约有 120 万老年人接受了筛查，其中近 30%表现出一定程度的认知障碍风险，近 10%有痴呆风险。根据新发布的《北京市社区记忆门诊标准和服务流程（试行）》，北京已在 79 家社区医院设立记忆门诊，规范建设标准和工作流程，并为基层医疗机构医务人员提供培训。此外，上海市民政局自 2019 年以来积极推进认知障碍友好社区的试点项目。截至 2023 年底，五批共 220 个街道已陆续开展提高疾病认知、风险筛查、早期干预培训和家庭照护者支持项目。

二、老年期痴呆防控面临的挑战

《行动计划》为应对老年期痴呆的严峻挑战提供有力支撑。礼来欢迎这一政策举措，并全力支持中国政府老年期痴呆防治工作，营造老年期痴呆友好的社会环境。与此同时，我们也关注到目前应对痴呆症工作面临的若干挑战。

（一）疾病认知的误区和病耻感影响患者就诊意愿，导致低就诊率

13 National Action Plan to Address Elderly Dementia (2024-2030). National Health Commission and 14 other authorities. https://www.gov.cn/zhengce/zhengceku/202501/content_6996231.htm.

老年期痴呆是一种起病隐匿的进行性疾病。以阿尔茨海默病为例，其病程始于临床前阶段，除伴有由阿尔茨海默病相关生物标志物阳性定义的神经病理学变化，此阶段没有任何症状显现，可能持续 20 到 30 年。研究显示，根据临床前阶段的不同分期，有 20%到 73%患者可能会发展出符合轻度认知障碍（MCI）标准的症状¹⁴。MCI 阶段平均可能持续 3 到 5 年，高达 91.6% 的患者最终会发展为阿尔茨海默源性痴呆¹⁵，其可以进一步分为轻度、中度或重度^{16 17}（图 2）。

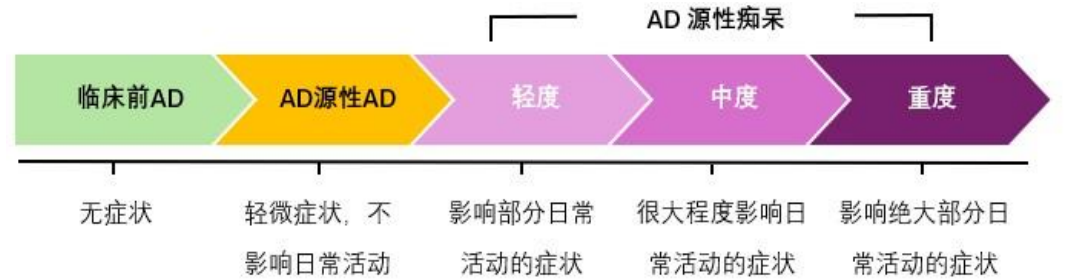


图 2：阿尔茨海默病各阶段

证据表明，临床前阶段进行治疗干预在一定程度上会阻止或延缓疾病的整体进展¹⁸。随着新兴的疾病修饰疗法，特别是淀粉样蛋白靶向治疗药物的出现，我们有可能将治疗窗口延长至轻度认知障碍阶段或更晚。不幸的是，大多数患者由于未能及时被检测、诊断，错过了有效干预的窗口。研究显示，中国近 95% 的患者在首次就诊时已被诊断为中度或重度阿尔茨海默病¹⁹。

14 Parnetti, L., Chipi, E., Salvadori, N., et al. Prevalence and risk of progression of preclinical Alzheimer’s disease stages: a systematic review and meta-analysis. *Alzheimer’s Research and Therapy*. 2019, 11 (7).
15 Öksüz, N.; Ghouri, R.; Taşdelen, B.; Uludüz, D.; Özge, A. Mild Cognitive Impairment Progression and Alzheimer’s Disease Risk: A Comprehensive Analysis of 3553 Cases over 203 Months. *Journal of Clinical Medicine*. 2024, 13 (2): 518.
16 Gustavsson, A., Norton, N., Fast, T., et al. Global estimates on the number of persons across the Alzheimer’s disease continuum. *Alzheimer’s and Dementia*. 2023, 19: 658-670.
17 Rethinking Alzheimer’s Disease: Detection and Diagnosis. European Brain Council. <https://www.braincouncil.eu/projects/rethinking-alzheimers-disease/>.
18 Rethinking Alzheimer’s Disease Pathway: From Diagnosis to Care. European Brain Council. <https://www.braincouncil.eu/projects/rethinking-alzheimers-disease/>.
19 Zhang Y. and Zhang Y. Analysis on the first visit to hospital of 40 AD patients. 40 例首诊阿尔茨海默氏病患者情况分析 *Journal of Frontiers of Medicine*. 2020, 10 (24): 61-62.

中国的研究表明，对老年期痴呆的错误认识导致人们缺少主动接受检查和诊疗的意愿。只有 17%的受访者在经历主观认知下降时会去就医，超过 50%的受访者将这种情况归因于生活和工作的压力，并采取观望态度；近 25%的受访者因为认为阿尔茨海默病是衰老的正常进程而不愿就医（10.05%），或者认为即便确诊也缺少有效的治疗方法（14.24%）^{20 21}。

此外，污名化也是阻碍老年人在痴呆早期积极寻求医生帮助的关键因素。《世界阿尔茨海默病报告（2019）》显示，一些痴呆患者不愿透露自己的病情的原因是，他们可能会被排斥在社交活动之外，受到不公平对待或被周围的人疏远，甚至有人会拿他们的症状开玩笑或虐待他们。在中国，26.5%的受访公众和 19.4%的医护人员更希望对自己的痴呆病症保密²²。名称包含了身份信息、社会认知等方面的意义。在中文语境中，“痴呆”一词易给患者贴上贬义和污名化的标签。具有负面含义的名称不仅导致大众对疾病及患者产生错误认知，还影响了人们接受早筛早诊的意愿²³。

（二）系统性早筛机制缺失且诊断能力不足，医疗机构间转诊衔接不畅，影响患者获得及时、全面、连续性的老年期痴呆诊疗服务

《行动计划》提出了一个全面且连续的老年期痴呆防控体系，涵盖预防、筛查、诊断、治疗、康复和护理等阶段，旨在满足患者在整个疾病过程中的诊疗和照护需求，但目前老年期痴呆防控体系仍存在一系列的断点、堵点。

20 White Paper of the Survey on Pre-clinical AD Awareness and Consultation Rate 2021 阿尔茨海默病临床前期国人知晓率和就诊率调查白皮书 2021. https://www.sohu.com/a/582659573_121123713.

21 World Alzheimer Report 2019: Attitudes to Dementia. Alzheimer's Disease International. https://ncdalliance.org/sites/default/files/resource_files/WorldAlzheimerReport2019.pdf.

22 World Alzheimer Report 2019: Attitudes to Dementia. Alzheimer's Disease International. https://ncdalliance.org/sites/default/files/resource_files/WorldAlzheimerReport2019.pdf.

23 Jia, J., Ning, Y., Chen, M., et al. Ending age discrimination and stigma to promote healthy ageing in China. *Lancet*. 2022; 400 (10367): 1907-1909.

尽管中国多个城市已开展认知障碍风险筛查的试点项目，在国家卫生体系中仍缺乏系统化和标准化的痴呆早期筛查机制，导致大部分老年人口的脑健康状况未得到及时检查，无法采取积极的干预措施。

在理想状态下，对于老年期痴呆诊疗路径进行分级诊疗管理，并通过畅通的双向转诊机制形成工作闭环。然而，由于基层医疗机构的专科医生数量和诊疗能力都相对有限，往往无法在相对早期识别出患者疾病。在大多数情况下，患者需要被转往上级医院，或自行直接前往三级医院，才能进行更综合、精准的诊疗。

此外，在患者接受全面诊疗后，定期随访和坚持长期治疗是疾病长效控制的关键。但调查显示，24.39%的受访者从未在医院进行过任何随访检查，只有39.01%的受访者在诊断和治疗后的6个月内接受了重新评估²⁴。19.68%的受访者即使被诊断为阿尔茨海默病也从未服用任何药物，而只有不到30%的患者坚持服药超过三年²⁵。这不仅需要有效、顺畅的双向转诊机制帮助患者在出院后继续在基层医疗机构接受定期随访和持续性治疗和康复护理，还需要加强医疗体系和照护体系之间的衔接合作。目前，两个体系的连续性不足，使得老年期痴呆患者在回到社区或家庭后难以得到长期的随访管理和诊疗。

（三）创新诊疗产品和高质量服务的可及性和可负担性较低，老年期痴呆患者和家庭的负担较重

老年期痴呆的诊疗和长期护理费用高昂，给患者及其家庭带来了巨大的经济压力，但目前基本医疗保险、商业健康险等保障不足，疾病创新诊疗产

²⁴ *ibid.*

²⁵ Survey Report of AD Diagnosis and Treatment Situation in China (2020) 《2020 中国阿尔茨海默病患者诊疗现状调研报告》. China Aging Well Association.

<https://www.chinanews.com.cn/m/jk/2021/04-29/9467184.shtml>.

品、服务的可及性和可负担性均较低，患者的医疗需求远未被满足，对其治疗意愿造成影响。

目前国家医保目录内的阿尔茨海默药物大多数是对症治疗药物，只能帮助减少或控制阿尔茨海默病引起的某些认知和行为症状，而已获批并能延缓病情进展的阿尔茨海默病创新药物尚未被纳入国家医保目录。患者可负担的药物选择受限，加之较高的诊断费用，导致其诊疗意愿不足。

作为多层次医疗保障体系组成部分的商业健康险，目前只有极少针对阿尔茨海默病早期筛查、干预、住院和护理服务的商业健康险产品，也仅有山东淄博和广东茂名两个城市将阿尔茨海默病药物纳入惠民保产品特药目录，可选的保险产品数量非常有限。

护理支出占老年期痴呆经济负担的一半以上。目前，中国大多数老年期痴呆患者与家人同住并接受居家护理，照护服务的供给和保障远远不足。虽尚不明确中国老年期痴呆患者长期护理费用的精确数据，但预测性研究显示，预计到 2050 年中国所有失能老人的总照护费用将达到 2467.6 亿美元²⁶。2016 年，中国在 15 个城市启动了长期护理险试点项目。到 2023 年，试点扩展至 49 个城市，有 1.8331 亿人参与了长期护理险。只有上海、苏州、青岛、上饶、成都、南通、广州等少数试点城市的长期护理险将认知障碍纳入保障范围，中国绝大部分痴呆患者的护理费用仍主要由个人承担。

三、政策建议

综上，礼来提出以下三项主要政策建议，以更好地发挥前沿创新机制与技术的促进作用，支持老年期痴呆防控工作，构建痴呆友好的社会环境。

（一）创新机制推动政策尽早实施，提升全社会疾病认知，建立

26 Xu, X. and Chen, L., Projection of long-term care costs in China, 2020–2050: based on the Bayesian quantile regression method. *Sustainability*. 2019, (11) 13: 3530

老年期痴呆可防可治的共识

1.强化应对老年期痴呆的部际协调机制和考核机制，构建具有前瞻性、灵活性的政策框架

基于人口结构变化和流行病学趋势，未来五年将是痴呆防控的关键时期。《行动计划》提出了到 2030 年的总体目标，需要借助机制创新，加快政策的落地和有效执行。

建立全面的跨部门协调机制是政策有效执行的重要基础。老年期痴呆防治工作涉及众多领域、部门，亟需建立健全应对老年期痴呆工作的部际协调机制，推进相关部门协同实施，促进资源的高效统筹利用。如日本，在 2024 年正式实施《认知症基本法》，要求在内阁内设立由首相领导的认知症医疗护理政策促进部际委员会，并有厚生劳动省等 11 个部委参与其中。该委员会定期召开认知症政策推进部际会议，并邀请认知症患者和家属出席。

作为政策落地的保障措施，需要将总体规划目标细化并落实到各部门，设定可评估、可追踪的具体目标。建议将相关目标内容在各部门的第十五个五年规划（2026-2030）中进一步强化，并定期进行实施进度和效果评估。

同时，建议在预算和相关政策制定和执行中保持政策框架的前瞻性、灵活性，鼓励不断涌现的科技创新成果尽快转化，并在相关产业、医疗、养老等制度设计、基础设施建设、人员培养培训、财政经费等领域给予政策保障，这将有助于提升老年期痴呆患者的生命质量。

2.多渠道开展疾病和创新诊疗手段宣教，全面提升老年期痴呆的疾病认知

积极推动形成老年期痴呆可防可治的社会认知，鼓励高风险人群积极参与早筛、早诊和早治，将有助于控制老年期痴呆患病率增速。

建议应从改变对老年期痴呆具有负面含义的常用名词着手，提高疾病科

学认知。类似情况曾在日本发生，2004 年日本厚生劳动省将“痴呆”改为“认知症”，名词的变化促进人们对患者的理解和态度的积极转变，有助于推动提升患者权利。鉴此，建议在法律法规和政策文件、学术和医疗术语、媒体报道和日常交流中修改“痴呆症”的名词，营造一个尊重和关爱认知障碍患者的社会环境。

借助数字化技术，通过多元渠道向公众宣传推广老年期痴呆和脑健康的科学认知。除养老机构、老年大学、社区活动中心等传统渠道开展线下活动以外，老年群体中智能手机的普及有助于开展广泛、多样的宣教活动，如通过数字化量表进行自我测试，在线应用程序促进老年人与医疗或护理专业人员之间的沟通，实现个性化的医疗和照护。荷兰已经开发出了针对不同群体需求的在线应用程序模块，例如为老年人提供疾病信息，为护理人员 and 家庭成员提供培训信息，以及为医疗从业者和研究人员收集临床数据等功能。

随着各类创新诊疗解决方案的涌现，加之有临床数据支持、能够缓解痴呆相关症状和延缓病情进展的药物研发突破，建议通过增加公众对相关诊疗技术的了解认知，改变人们对疾病进行干预治疗的悲观或观望态度，降低对疾病的恐惧感，树立治疗信心，避免贻误治疗时机。

（二）完善早筛机制，提升诊疗路径标准化规范化，构建综合、协同、连续的老年期痴呆防控体系

1.加强基层医疗机构诊疗能力建设，推动创新技术应用，完善老年期痴呆早筛机制

早期筛查数据是应对老年期痴呆防控工作的管理基础。目前，北京和上海等多个城市已经开展了认知障碍和痴呆风险筛查的试点项目，为提升基层筛查能力、创新筛查技术研发和推广以及未来在全国范围内推广筛查服务提

供了宝贵的经验。

基层医疗机构在痴呆早期筛查和干预中应发挥更大作用，建议强化基层医疗机构的基础设施和能力建设，提高基层医疗人员认知功能筛查与早期干预的能力。目前北京已经组织部分基层医疗机构骨干接受了关于认知障碍的临床表现、阿尔茨海默病的诊断和分期、认知障碍量表和评估、认知障碍患者的医疗和非医疗干预及护理的培训，建立标准规范的认知障碍早期识别和管理流程。

尽管血液生物标志物技术目前仍处于开发阶段，仅在研究环境中使用，但已显示在支持阿尔茨海默病早期检测和诊断方面的积极应用效果。同时，前沿数字技术如虚拟现实（VR）和人工智能（AI）也陆续在数字化量表评估或语言状态评估中得到应用，为轻度认知障碍和早期阿尔茨海默病提供便捷和经济的筛查解决方案。未来，随着血液生物标志物、VR、AI 等技术的不断成熟，痴呆早期筛查和识别将进一向便捷化和标准化发展，建议在适当的时机将认知功能筛查纳入国家基本公共卫生服务包，以将早筛端口全面前移。

2.畅通双向转诊机制，促进医养结合，构建协同连续的老年性痴呆防控体系

过去十年，中国持续深化医药卫生体制改革并取得积极效果，建立分级诊疗体系，并大力推进医养结合。建议持续强化这些积极举措，持续增强医疗服务可及性、便捷性、连续性，亦成为诊断后痴呆防控体系的坚实基础。相关医疗、护理机构不仅需要持续进行能力建设，更要加强机构间的联动、衔接，主要包括两个部分：（1）基层医疗机构和上级医院之间畅通的双向转诊；（2）医疗机构和护理机构间的协同。

目前，不同研究机构均提出了由三级机构组成的脑健康管理模式。该模式基于明确的职能分工和转诊路径，形成“初筛在社区——高危人群转初级

——复杂病变转综合——康复护理回社区”的涵盖筛查、诊断、治疗、康复和护理的闭环体系²⁷。建议加快各级脑健康管理中心基础设施和人员能力建设，做好患者登记、数据流动、诊断结果互认等标准化制度建设，设立畅通的转诊通道，确保诊疗路径畅通便捷。

此外，由于大多数患者在诊疗后最终会居家或在社区养老机构进行照护，互联互通和协同的医疗和照护系统将有助于更好地进行随访检查管理，持续进行所需的医疗干预，以长效维持治疗效果，并最终延缓痴呆病程发展。医疗和护理系统之间的衔接和协同需要卫生健康和民政主管部门间有更为紧密的协调工作机制，如明确下辖机构的分工和职能，合理统筹资源，共同制定落实覆盖全流程的工作安排，促进医疗体系的专业优势和养老体系的广覆盖实现互补，以建立综合、连续的老年期痴呆防控体系。

（三）完善多层次保障体系，积极推动“银发经济”发展，切实降低患者和社会经济负担

1.构建多层次医疗和照护保障体系，降低患者及其家庭负担

鉴于痴呆治疗和照护服务的高昂成本，建立全面可持续的保障体系至关重要。这将既有利于提高先进医疗技术、创新药物和高质量护理服务的可及性、可负担性，又可以降低老年期患者医疗和照护的支出负担。

建议充分发挥基本医疗保险基础性和引领性作用，在国家医保目录中及时纳入创新的、具有较高临床价值的药物与疗法，为阿尔茨海默病患者带来治疗希望。这也将有助于高风险人群积极参与早期筛查，促进患者在病程早期得以治疗，有效延缓疾病进展，降低个人和社会负担。

同时，建议鼓励商业保险公司积极发挥对基本医疗保险的补充性作用，

27 Wang, Y., Chen, X., Lu, L., Guidelines for the Construction of Brain Health Centers (2024). *Chinese Journal of Neurology*. 2024, (57) 10: 1045-1050.

开发更为灵活、定制化、多样化的商业健康险产品，以满足老年人群的不同需求，如纳入认知评估、PET-CT 扫描、创新药物治疗和住院等保障，丰富市场保险产品市场供给。

考虑到老年期痴呆相关负担的一半以上来自照护，建议长护险在老年期痴呆多层次保障系统起到更为关键的作用。目前 90%以上试点地区的长护险筹资都来自医保基金划转，尚未形成独立的筹资体系。鉴此，建议逐步实现独立、多元、可持续的长护险筹资体系，按照《2025 年国务院政府工作报告》要求，加快建立长期护理保险制度，切实降低照护负担。以日本为例，自 2000 年生效的《长期护理保险法》规定照护服务由地方政府预算提供，确保了长护险基金的可持续性²⁸。

2.促进“银发经济”发展，增加老年期痴呆相关诊疗和照护技术、产品和个性化服务供给

银发经济的发展可以对改善老年期痴呆防控产生积极影响。随着技术的进步、老龄化产业的扩大、适老产品和优质服务供给的增加将实现规模经济效应，降低产品和服务的价格，从而惠及老年期痴呆患者和更广大的老龄群体。

中国一直在积极促进智慧养老产业的发展和银发经济的推广²⁹。数字健康服务的应用可以为患者和护理人员提供个性化、高质量、且更具成本优势的医疗和照护服务。随着数字和通信技术的进步，虚拟现实（VR）已被应用于认知障碍患者的康复，被认为是一种可及、成本效益高、综合且灵活的选择。远程监控技术等新兴科技——即可穿戴设备和传感器、移动应用程序、

28 Past Changes in Japan's Dementia Policy. Japan Health Policy Now. <https://japanhpn.org/en/dementia1-1-2/>.

29 Opinions on Developing Silver Economy and Promoting Elderly Wellbeing. General Office of the State Council. January 15, 2024. https://www.gov.cn/zhengce/content/202401/content_6926087.htm.

社会辅助型机器人等，可以用于预防老年人跌倒，有效提高痴呆患者及老龄群体的独立生活能力。正在逐步开发脑机接口（BCI）、人工智能和类人机器人等的老年护理应用场景，将可以更好地满足老龄群体的个性化需求。为了进一步促进前沿技术发展应用，建议制定一个灵活的监管框架，以确保其安全性和有效性，并可鼓励其持续进行研发、创新和商业化。此外，为了更好地促进技术的应用和推广，建议为社区工作人员、家庭成员、专业护理人员和志愿者提供相关教育培训。

现阶段，优质护理服务的市场缺口仍然较大，护理需求远未被满足。目前，绝大部分痴呆症患者由其家庭成员提供照护，而全国目前仅有约 30 万名登记在册的长期护理人员。但可以预见的是，家庭成员照护模式在未来将发生根本性转变，这将产生巨大的专业照护服务的市场需求。建议在 2024 年发布的长期照护师国家职业标准基础上，通过职业培养等激励政策引导、培养更多从事长期护理工作的专业人士。

减轻痴呆患者、家庭以及社会整体负担需要多方面的共同努力。一方面是由基本医疗保险、商业健康险、长护险等构成的多层次保障体系，这将有助于提高医疗和照护服务的可及性、可负担性；另一方面是，随着银发经济的发展和科学技术的进步，适老产品与服务供给将更为丰富，规模效应将有助于降低产品和服务的成本，为更多有需要的老年期痴呆患者及其家庭带来福祉。

四、总结

我们正处于老年期痴呆防控的关键时期，为了加速其落地实施国家行动计划，我们需要在制度设计、基础设施建设、技术研发、人员储备和能力建设和资源统筹等方面做好充分准备。我们也需要推动跨部门协同合作，提高

公众对疾病的科学认识，形成全社会对老年期痴呆可防可治可管理的共识。我们应该合力打造一个高效畅通、紧密衔接、综合连续的老年期痴呆防控体系，以确保疾病的早发现、早诊断、早治疗。此外，我们还需要建立一个全面、多层次的保障体系，并通过技术进步和适老产品和服务的丰富供给推动银发经济的发展，降低全社会负担，进而构建痴呆友好型社会。

随着人工智能技术、创新生物标志物和疾病修饰疗法的发展，我们比以往任何时刻都更有能力将老年期痴呆转变为一种可预防、可治疗的疾病。作为一家全球领先的制药公司，礼来在过去近四十年坚持不懈致力于阿尔茨海默病创新疗法和诊断的研究和开发。我们全力支持中国应对阿尔茨海默病的事业，愿与所有利益相关者合作，共同促进阿尔茨海默病和其他痴呆症患者的福祉，为中国和世界范围内阿尔茨海默病防治和痴呆友好型社会的构建做出积极贡献。