

中国老龄人口医疗保障体系发展： 从治病为中心到健康为中心

张思锋¹，滕晶²

(1. 西安交通大学 公共政策与管理学院, 陕西 西安 710049;

2. 西安交通大学 马克思主义学院, 陕西 西安 710049)

摘要：习近平总书记强调“要把人民健康放在优先发展的战略地位”“把以治病为中心转变为以人民健康为中心”，实施健康中国战略。基于疾病谱演变规律，阐释了中华人民共和国成立以来，建立以预防为主、以治病为中心的医疗保障体系演进发展过程。20 世纪 50—70 年代，中国积极开展爱国卫生运动，确立了以预防为主、以治病为中心的医疗保障体系，有效地防治了恶性传染病；20 世纪 80 年代以来，中国逐步实现了以治病为中心的人群全覆盖的基本医疗保障制度，编织起全体社会成员抵御疾病风险的安全网；进入 21 世纪，随着中国人口老龄化和疾病谱变化，慢性病已经成为威胁老龄人口健康的主要因素。通过分析遗传、教育、职业、年龄、家庭等影响老龄人口健康的个体内在因素，以及经济、服务、环境等影响老龄人口健康的群体环境因素，认为“预防”是“健康”的题中之义，“健康”是“治病”的理性选择；提出以健康为中心的中国老龄人口医疗健康保障体系建设路径，即构建医疗健康经济支持体系和社会服务支持体系，营造老年友好型社会环境。

关键词：健康中国战略；老龄人口；以健康为中心；医疗保障体系改革；疾病谱变化；医疗健康支持体系
中图分类号：D632.1 **文献标志码：**A **文章编号：**1671-0398(2022)02-0010-13

2016 年 8 月，习近平总书记在全国卫生与健康大会上提出“要把人民健康放在优先发展的战略地位”“把以治病为中心转变为以人民健康为中心”^[1]，为确立健康中国战略，深化医疗保障体制改革指明了方向。本文在介绍、分析疾病谱变化及其规律的基础上，考察了中华人民共和国成立 70 多年来，以预防为主、以治病为中心和以健康为中心的医疗保障体系演变进程。进入 21 世纪，慢性病逐步成为威胁中国老龄人口健康的主要因素，中国必须加快建设以健康为中心的医疗健康保障体系，构建满足老龄人口医疗健康需要的经济支持体系和社会服务支持体系，营造老年友好型社会环境。

收稿日期：2021-09-07

基金项目：教育部哲学社会科学研究重大课题攻关项目(18JZD045)

作者简介：张思锋(1952—)，男，西安交通大学公共政策与管理学院教授，博士生导师；

滕晶(1980—)，女，西安交通大学马克思主义学院博士研究生。

一、疾病谱变化规律与中国疾病谱变化

1971年,公共卫生学家阿布德尔·欧姆兰(Abdel Omran)认为,在人类发展历史上,人的死亡原因主要表现为三个阶段。一是大瘟疫与饥荒阶段,人类平均预期寿命为20~40岁,死亡人口的75%是传染性疾病引发的;二是传染性疾病减退阶段,死亡率降低,平均预期寿命提高到30~50岁;三是人的生理机能退化和慢性疾病阶段,死亡率继续降低,平均预期寿命提高到50岁以上^[2]。1986—1987年,奥尔莎斯基(Ault)^[3]、罗杰斯(Rogers)^[4]先后提出死亡原因的第四阶段,即人类随着经济发展、生活方式改变、医疗技术提高阶段,各类疾病得到控制,死亡率进一步降低,人均预期寿命可以提高到85岁以上。

1988年,饶克勤等对中国14个百万人以上城市人口疾病死亡模式进行动态分析,力图揭示中国城乡居民疾病死亡模式的变化趋势。研究发现,1953年,传染病、呼吸系病、肺结核是中国城市居民主要致死原因,三者占全死因比例51.8%。20世纪五六十年代,中国在以预防为主的医疗卫生工作和爱国卫生运动中,逐步消灭了鼠疫、天花、血吸虫病,有效防治了霍乱、白喉、回归热、疟疾等传染病。1985年,中国居民的传染病、呼吸系病、肺结核引发的死亡率分别下降了95.1%、66.4%、91.8%,三者占全死因的比例下降到12%;与此同时,心脏病、脑血管病、恶性肿瘤导致的死亡率却分别增加了68.4%、75.8%、162.5%;威胁城市居民最严重的疾病依次是心脏病、脑血管病、恶性肿瘤、呼吸系病及外伤中毒,其中,脑血管病导致的死亡率几乎是研究中比对样本国家的2~4倍^[5]。

2019年6月28日,人民网以“近30年中国疾病谱发生重大变化”为题,报道了国际权威期刊《柳叶刀》在线发表的“2017年中国疾病负担研究结果”^[6]。1990—2017年,中国居民脑卒中标准化死亡率下降了33.5%,慢阻肺标准化死亡率降低68.6%;在十大主要健康危险因素中,增长最快的是超重和肥胖,增长了185%。2017年,中国居民三大主要致残病因依次为肌肉骨骼疾病、精神疾病和感觉器官疾病,高血压、吸烟和高盐饮食是导致中国人群死亡的三大危险因素。其中,居民疾病负担的最大危险因素是吸烟,我国糖尿病患病率在2000—2017年大幅上升,增幅超过50%,慢性非传染性疾病负担增加。因而,中国医疗系统的首要目标应该是防控慢性疾病,尤其是针对老年群体慢性疾病的防控。

中华人民共和国成立以来,中国疾病谱和死亡原因变化以及相适应的医疗保障制度演进的阶段性特征,基本符合疾病谱变化规律。1950—2018年,中国人口死亡率变化可以分为两个阶段。第一阶段,1950—1976年,人口死亡率从18.00‰下降到7.29‰,年均递减3.42%,符合阿布德尔·欧姆兰的第一阶段传染性疾病死亡诱因特征;第二阶段,1977—2018年,人口死亡率从6.91‰下降到6.3‰,年均递减0.23%,符合阿布德尔·欧姆兰的第二阶段传染性疾病减退特征。

2019年与2020年,中国人口死亡率分别回升到7.14‰、7.34‰,相当于1976年及此前几年的水平,中国人口死亡率进入第三个阶段。这是由于中国人口老龄化逐步加深,老龄人口、高龄人口的绝对数量增加和相对数量提升,以及老年人生理机能退化和慢性疾病增多而引起的,符合阿布德尔·欧姆兰第三阶段人的生理机能退化和慢性疾病死亡诱因特征。但是,2019年与2020年,中国人口死亡率的回升,并不符合阿布德尔·欧姆兰关于第三阶段“死亡率继续降低”特点。本文认为,2000年以来,伴随中国人口老龄化的少子化潮流,婴儿、青少年人口占总人口的比重下降,老龄人口占总人口的比重相对更高,导致人口年龄结构的变化,表现出人口死亡率回升。

二、以预防为中心的爱国卫生运动和医疗保障体系的确立

自古以来,中国就有预防为先的哲学与医学思想。《易传·象传下·既济》中说,“君子以思患而豫防之”,阐明了防患于未然的哲理^[7];《黄帝内经·素问》第二篇《四气调神大论》认为,“圣人不治已病治未病”^[8],强调了“未病先防、已病防变”的中医精髓;孙思邈在《备急千金要方》强调,“上医医未病之病,中医医欲病之病,下医医已病之病”^[9],更是将预防作为“善为医者”之上乘妙法。

新民主主义革命时期,中国共产党在实践中逐步形成了“预防第一”的卫生工作方针。1931年,在第二次反“围剿”时,红军战士受疥疮、痢疾、疟疾、下肢溃疡等疾病困扰,战斗力受到严重影响。时任中央政治局候补委员、苏维埃区域中央局代理书记的毛泽东强调,红军卫生工作是个很大的问题,卫生工作人员要向全体红军干部战士宣传卫生防病知识,发动群众改变生活环境,减少疾病滋生和传播^[10]。1933年,毛泽东在《长冈乡调查》进一步指出,疾病是苏区的一大仇敌,要发动人民群众开展卫生运动,减少、消灭疾病^[11]。抗日战争时期,毛泽东明确提出“应当积极地预防和医治人民的疾病,推广人民的医药卫生事业”^[12]。

中华人民共和国成立初期,面对全国每年发病1.4亿人,死亡率30%以上,其中约半数人死于鼠疫、霍乱、麻疹、伤寒、痢疾、斑疹伤寒、回归热等传染病^[13],确立了以预防为主的防疫方针。1952年,毛泽东为第二届全国卫生会议题词:“动员起来,讲究卫生,减少疾病,提高健康水平,粉碎敌人的细菌战争。”^[14]1952年3月,中国成立中央防疫委员会。面对美国在抗美援朝战场实施的细菌战,中央防疫委员会向全国发出灭蝇灭蚊灭蚤灭鼠灭其它病媒昆虫,坚决打赢细菌战争的指示。同年12月,中央防疫委员会更名为中央爱国卫生运动委员会^[15]。1953年9月,毛泽东在回复沈钧儒有关南方血吸虫病汇报材料时强调,血吸虫病危害甚大,必须着重防治^[16]。1953年12月,第三届全国卫生会议制定了“面向工农兵、预防为主、团结中西医、卫生工作与群众运动相结合”的卫生工作总方针^[17]。此后,中国持续推进了“开展体育运动、增强人民体质”“隔离、监测、治疗、追查,注射疫苗”“除四害、讲卫生,消灭疾病”“清淤、捕获、火焚、净水,清除钉螺”,并积极开展了“管水、管粪,改水井、改厕所、改畜圈、改炉灶,改造环境”“预防为主、标本兼治”等一系列以预防为中心的全民爱国卫生运动。

20世纪50年代,随着防疫工作和全民爱国卫生运动的开展,中国逐步建立了以企业为主要责任的职工劳保医疗制度,以政府为主要责任的机关事业单位职工公费医疗制度,构成了城市医疗保障体系。企业职工和机关事业单位职工供养的直系亲属患病时,可以报销50%的医疗费用。由于中国当时在高度集中型财政管理体制下,实行统收统支的企业财务管理模式,国营企业当年实现利润的全部或绝大部分上缴财政,企业劳动安全保护费用再由财政拨付,因此城市劳保医疗和公费医疗费主要来自财政供给。20世纪五六十年代,中国农村的广大农民依靠集体力量,在自愿互助基础上建立的农村合作医疗,后逐步推广并普及到全国范围,一定程度上缓解了广大农村“缺医少药”问题,成为改革开放前中国医疗保障体系的重要组成部分。

一方面,随着中国医疗保障体系的确立,医疗卫生服务体系逐步构建与完善。其中,我国市、区两级医院,街道门诊部(所),行业主管部门和大中型工矿企业开办的综合性或专业性医院,构成了城市医疗服务体系;并形成了以县医院为龙头,公社卫生院为枢纽,大队卫生室为基础,赤脚医生为支撑的农村三级医疗预防保健体系。20世纪70年代末,全国建立了县属一级综合医院2377个,农村人民公社拥有55000个卫生院,农村生产大队建起了608431个卫生所(医疗站);90%以上的生产大队办起合作医疗,“赤脚医生”数量达到150多万人,覆盖了85%的农村人口^[18]。

另一方面,随着全国爱国卫生运动的持续开展,医疗保障体系也逐步确立,使传染病得到了相当程度的可防可控可医,不同程度地降低了大部分家庭的疾病风险。1961年,中国消灭了天花,比世界卫生组织(WHO)在1979年宣布全球消灭天花提前了18年^[19];20世纪60年代中期,初步控制或消灭了鼠疫、古典型霍乱、血吸虫病、天花等恶性传染病^[20];1994年,已无本土脊髓灰质炎病例,比世界卫生组织(WHO)确定的2000年消除脊髓灰质炎目标提前了6年^[21];1978—2014年,麻疹、百日咳、白喉、脊髓灰质炎、结核、破伤风等6种主要传染病的发病率和死亡率降幅达99%以上^[22];2009年,5岁以下儿童乙肝表面抗原携带率小于1%,达到世界卫生组织(WHO)西太区提出的5岁以下儿童乙肝表面抗原携带率小于2%的目标^[23]。

三、以治病为中心的全民基本医疗保障体系的建设

(一) 防范疾病风险的基本医疗保障制度全覆盖

社会医疗保险是防范社会成员因疾病风险导致经济风险的社会保险制度。20世纪80年代,中国扩大企业自主权、推行承包经营责任制、实行劳动合同制的国有企业改革,将包括职工劳保医疗的企业职工社会保险和福利,列入企业经营管理成本。为了减少企业冗员、降低管理成本,增强竞争力,政府逐步将福利性职工劳保医疗制度,改革为防范职工疾病风险的社会医疗保险制度。

1989年,中国企业职工医疗保障制度改革起始于个人分担部分医疗保险费用和职工大病医疗费用的社会统筹试点;1993年,开展了由国家、用人单位、职工三方出资,覆盖城镇企业职工的医疗保险制度改革;1994年,实施社会统筹与个人账户相结合的企业职工医疗保险制度,并安排了机关事业单位职工医疗保险制度改革;1998年,在全国各省市建立满足职工基本医疗需要的社会医疗保险制度;2003年,将灵活就业人员纳入医疗保障制度范围。

随着农村家庭联产承包责任制的推行,中国以农村集体经济为依托的合作医疗制度逐步解体;同时,随着企业职工劳保医疗制度和机关事业单位公费医疗制度改革为职工基本医疗保险制度,城镇职工供养的直系亲属享有的医疗费用报销福利被取消。2003年,中国开始推进新型农村合作医疗和城镇居民基本医疗保险试点。在总结各地试点经验的基础上,2012年8月,国家发展和改革委员会、卫生部、财政部、人力资源和社会保障部、民政部、保险监督管理委员会公布《关于开展城乡居民大病保险工作的指导意见》^①,针对城乡居民大病负担过重问题,提出引入市场机制,构建大病保险制度;2003年11月,民政部、卫生部、财政部发布《关于实施农村医疗救助的意见》^②;2005年3月,国务院办公厅转发民政部等部门《关于建立城市医疗救助制度试点工作意见的通知》^③;2013年12月,财政部、民政部发布《城乡医疗救助基金管理办法》^④等文件。中国逐步建立起针对重特大疾病的城乡医疗救助制度,惠及城乡低保家庭、五保户、低收入家庭等特殊困难群体。

中国在计划经济时期建立的劳保医疗、公费医疗、合作医疗等医疗保障制度,其重要特征是“城乡有别”。城市户籍人口可以享用国家财政提供的具有较高水平的社会医疗保障,而农村户籍人口仅仅享用保障水平相对很低,在自愿互助基础上建立的依托集体经济的农村合作医疗。城镇企业职工从1993年开始实行医疗保险制度改革,至2005年实施城市医疗救助制度试点,中国逐步建立了包括职工基本医疗保险、城镇居民基本医疗保险、新型农村合作医疗、城乡居民大病保险、城

① http://www.gov.cn/jrzq/2012-08/30/content_2213783.htm。

② http://www.gov.cn/gongbao/content/2004/content_62870.htm。

③ http://www.gov.cn/zhengce/content/2008-03/28/content_6157.htm。

④ http://www.gov.cn/gzdt/2014-02/17/content_2610863.htm。

乡医疗救助的基本医疗保障制度,实现了对全国城市、农村的制度全覆盖。

(二) 以治病为中心的基本医疗保障人群全覆盖

2004年,《国家卫生服务调查》报告显示,中国内地城市没有任何医疗保险的人口占44.8%,农村没有任何医疗保险的人口达到79.1%。民众“看病贵、看病难”等现实问题日渐突出^[24]。

中国改革开放以来的医疗保障制度改革,是依据企业职工、机关事业单位职工、城镇居民、农村居民等身份区别分项形成的制度体系,依然保留着将全国人口区分为农业户口和非农业户口的城乡二元经济结构户籍制度的“城乡分割”特征,不同人群之间享用医疗保险的不公平问题依然存在。中国在基本医疗保险制度试点、探索过程中,出现医疗机构以营业额为考核目标的考核体系,医患之间信息不对称引发的利益冲突,以药养医造成的医疗费用高昂等现象;暴露出“大处方、滥检查、高回扣、收红包、互相走穴”“药价虚高”“过度医疗”“看病贵、看病难”等群众反映十分强烈的问题^[24]。

针对改革中出现的新问题,2009年3月,中共中央、国务院印发《关于深化医药卫生体制改革的意见》^①,启动了基本医疗保障制度的新一轮改革,在推进以人群全覆盖为目标的全民基本医疗保障制度建设的同时,更加关注以“治病”为中心的“病有所医”“医有所保”“人人享有基本医疗卫生服务”的改革内容。

党中央高度重视关系人民根本利益的基本医疗保险制度改革与建设。2007年10月,胡锦涛同志在党的十七大报告中,把“人人享有基本医疗卫生服务”作为全面建设小康社会奋斗目标的新要求,提出“全面推进城镇职工基本医疗保险、城镇居民基本医疗保险、新型农村合作医疗制度建设”^[25]。2012年11月,胡锦涛同志在党的十八大报告中,继续强调“人人享有基本医疗卫生服务”,提出“建设覆盖城乡居民的公共卫生服务体系、医疗服务体系、医疗保障体系、药品供应保障体系”^[26]。2017年10月,在党的十九大报告中,习近平同志将“完善统一的城乡居民基本医疗保险制度和大病保险制度”作为加强社会保障体系建设的重要内容^[27]。

中国共产党在连续三届全国代表大会报告中,持续强调覆盖全民的基本医疗保险制度建设,不断推进了基本医疗保障体系、医疗卫生服务体系的改革与发展。2015年8月,国务院办公厅印发的《关于全面实施城乡居民大病保险的意见》^②,基本实现了大病保险对城镇居民医保和新农合参保人群的全覆盖。2016年1月,国务院印发《关于整合城乡居民基本医疗保险制度的意见》^③,提出从覆盖范围、筹资政策、保障待遇、医保目录、定点管理、基金管理六个方面,将城镇居民基本医疗保险和新型农村合作医疗统一为城乡居民基本医疗保险制度。全国各地先后采取一系列重大举措,实行职工基本医疗省级异地就医即时结算;设立城乡医疗救助基金,解决老人、残疾人和儿童的基本医疗保险问题;补助困难人群参保并提供其难以负担的医疗费用,逐步提高政府对城乡居民医保的补助水平;做好城乡居民基本医疗保险与医疗救助制度的衔接工作,并以农民工为重点做好基本医疗保险关系的转移接续;在深化改革医疗保险制度的同时,积极推进分级诊疗、规范就医秩序、实施药品集中采购、完善医保支付制度等医疗、医保、医药三医联动改革,在调整医疗服务价格,建立医疗服务共同体、整合医疗卫生资源等方面取得了有效进展。

经过新一轮基本医疗保障制度改革,中国确立了职工基本医疗保险、城乡居民基本医疗保险、城乡居民大病保险、城乡医疗救助等基本医疗保障制度,实现了对城市、农村的人群全覆盖,惠及机关、事业、企业单位职工,灵活就业人员,城乡居民,大学生,中小学生学习儿童等全体公民;落实了

① http://www.gov.cn/test/2009-04/08/content_1280069.htm。

② http://www.gov.cn/xinwen/2015-08/02/content_2907531.htm。

③ http://www.gov.cn/zhengce/content/2016-01/12/content_10582.htm。

《中华人民共和国社会保险法》中规定的“保障公民在年老、疾病、工伤、失业、生育等情况下依法从国家和社会获得物质帮助的权利”^①,编织起全体社会成员抵御疾病风险的安全网。

2006—2011年,全国参加职工基本医疗保险人数从15732万增加到25227万,年均递增9.9%;参加新型农村合作医疗人数从4.10亿增加到8.32亿,年均递增15.2%,此后,新型农村合作医疗参保人数基本保持在8.3亿左右。2011—2016年,全国参加职工基本医疗保险人数从25227万增加到29532万,年均递增3.2%;参加城镇居民基本医疗保险人数从22116万人增加到44860万人,年均递增15.19%。2016—2018年,参加基本医疗保险人数从117392万增加到134459万,年均增长7.0%。近年来,全国基本医疗保险参保率稳定在95%以上。2020年,全国基本医疗保险参保人数136131万人,其中包括成年人、中小学生儿童、大学生在内的城乡居民基本医疗保险参保人数101676万人^②。

2020年,全国基本医疗保险基金(含生育保险)总收入24846亿元,总支出21032亿元,分别占当年GDP比重的2.4%和2.1%,累计结存31500亿元,其中职工基本医疗保险个人账户累计结存10096亿元。2009—2020年,各级财政对城乡居民基本医疗保险补助标准从每年每人80元提高到550元,平均每年递增19.16%,人民群众的医疗保障水平不断提高。2020年,全国医疗救助基金支出546.84亿元,资助基本医疗保险参保者9984万人,实施门诊和住院救助8404万人次,安排40亿元补助资金专门用于提高深度贫困地区农村贫困人口医疗保障水平,安排15亿元特殊转移支付医疗救助补助资金^③。

四、疾病谱变化呼唤以健康为中心的医疗保障体系

(一) 慢性病已经成为威胁中国老龄人口健康的主要因素

1956年,联合国确定的老龄化标准是,当一个国家或地区65岁及以上老龄人口数量占总人口比例超过7%时就进入人口老龄化。1982年,联合国在维也纳召开的老龄问题世界大会确定,60岁及以上老龄人口占总人口比例超过10%,意味着这个国家或地区进入老龄化^④。中国第五次人口普查显示,2000年,中国60岁及以上、65岁及以上老龄人口分别占总人口的比例为10.33%、6.96%,意味着中国进入人口老龄化社会。2010年,北京市60岁及以上老人约246万,占总人口数的12.5%,人口平均预期寿命已经达到80.18岁^[28];依据中国第七次人口普查数据,2020年,中国60岁及以上、65岁及以上老龄人口分别占总人口的18.70%、13.50%。中国已经成为世界上人口老龄化速度最快的国家之一。

慢性病发病率与人的年龄增长正相关。随着中国人口老龄化不断加剧,慢性病越来越成为影响老年人健康的重要因素^[29]。据第三届全国老年流行病学会议数据,1992—2000年,北京市老龄人口慢性病患者率从62%提高到74%;广州市88.4%的老年人患有一种以上慢性病^[30]。

1990—2010年,中国城乡完成了死亡模式的转变。农村呼吸系统疾病引起的死亡从1990年的26.23%下降到2010年的14.15%;心脑血管疾病引起的死亡由1990年的26.98%增长到2010年的41.23%^[31]。2010年,全国60~79周岁老年失能人数1146万;80岁及以上的高龄老人失能

① http://www.gov.cn/jrzq/2010-10/28/content_1732870.htm。

② 依据2006—2020年《(劳动)人力资源和社会保障事业发展统计公报》和其他公开统计数据计算。

③ 依据2009年、2020年《人力资源和社会保障事业发展统计公报》和其他公开统计数据计算。

④ <https://baike.baidu.com/item/%E4%BA%BA%E5%8F%A3%E8%80%81%E9%BE%84%E5%8C%96/1980305?fr=aladdin>。

人数928万。60~79周岁残障人数217万,80岁及以上的高龄老人残障人数289万^[29]。2018年,中国60岁及以上老龄人口2.49亿,占总人口的17.9%,其中1.8亿老年人患有慢性病^[32]。

慢性病显著增加了老年人及其家庭的医疗支出。2014年,据《中国老龄健康影响因素追踪调查》(CLHLS)测算,患慢性病老人比未患慢性病老人的门诊医疗支出、住院医疗支出、总和医疗支出分别增加20.1%、11.5%和13%。老年人每增加一种慢性病,门诊医疗支出、住院医疗支出以及医疗支出总和分别增加6.7%、3.6%和5.3%^[33]。2019年,全国75%的老年人患一种及一种以上慢性病,老年痴呆症患病率达到7.8%^[34]。

由于慢性病具有症状不明显、病情状态稳定、病程时间长、反复发作等特点,难以根治,也容易被忽视,因而以慢性病为主要病症的老龄人口,消耗了绝大部分医疗资源。2011—2019年,上海市退休职工医保费用支出从275.88亿元增长到668.67亿元,年均增加49.10亿元,占同期职工医保支出的74%,而在职工医保支出仅占24%^[35]。2012年,天津市60岁及以上老年人治疗费用150.08亿元,其中慢性病治疗费用137.12亿元,占老年人治疗费用的91.37%。慢性病治疗费用在医院和基层医疗卫生机构分别支出59.17亿元、60.65亿元;慢性病门诊与住院治疗费用分别为95.10亿元、54.97亿元^[29]。2018年,北京市60岁及以上老年人,在社区卫生服务中心、二级医院、三级医院的门诊医疗费用中,慢性病占比分别为65%、50%、40%,在二级医院、三级医院的住院费用占比分别为65%、50%^[36]。

(二)以健康为中心是应对疾病谱变化和人口老龄化的必然选择

20世纪50—70年代,人民群众身体健康深受各种传染性疾病的严重威胁,党和政府贯彻预防为主方针,初步建立起医疗保障体系和医疗卫生服务体系,充分发挥全民爱国卫生运动、“赤脚医生”、中医药的独特作用,用较少的卫生投入初步满足了当时8亿人口的医疗服务需求。20世纪70年代末,中国基本消灭了鼠疫、霍乱、天花、回归热、黑热病等传染性疾病,有效地控制了白喉、麻疹、脊髓灰质炎、伤寒、肺结核、血吸虫病等多种传染病和寄生虫病的流行。中国人口预期寿命从1949年的35岁提高到1975年的69岁,远超中等收入国家人口预期寿命的平均水平,人民群众的身体素质发生了根本性变化^[18]。

改革开放以来,随着中国市场经济发展,国内流动人口增多,以及对外开放,经济、文化和人员的国际交往增多,已经绝迹多年的淋病、梅毒等性传播疾病于20世纪90年代开始死灰复燃,并占据了传染病谱的主要位次^[37];中风、缺血性心脏病、肺癌等慢性疾病成为人民健康的主要威胁,尤其是慢性病对老龄人口的危害远远超过传染病。面对部分传染性疾病的死灰复燃和慢性病为主的疾病谱变化,针对人民群众“看病难、看病贵”问题,中国逐步形成以治病为中心的医疗卫生体制和人群全覆盖的基本医疗保障制度。

2015年,根据前国家卫生计生委的数据,中国明确诊断的慢性病患者超过2.6亿人,2008—2017年,城市居民前五位死因顺位依次为:恶性肿瘤、心脏病、脑血管疾病、呼吸系统疾病、损伤和中毒;农村居民依次为脑血管疾病、恶性肿瘤、心脏病、呼吸系统疾病、损伤和中毒^[38];80%以上的老龄人口健康威胁来自可控的慢性疾病,老年人及其家庭的医疗支出显著增加,老龄人口的医疗保险费用支出和医疗资源消耗占到全社会的60%以上。

从预防、治病、健康相关性的视角分析,由于个体和群体的健康理念、行为、习惯,对于预防、减轻、消除疾病具有不可替代的作用,因而“预防”是“健康”应有的题中之义,“健康”是“治病”必然的理性选择。由于“以治病为中心”的医疗卫生体制的整体导向与老龄人口对“寿命长、能自理、心智明、无疾终”^[39]的健康长寿需要不相适应,因而“重治疗、轻预防”“重过程、轻治愈”“重治病、轻健康”的医疗、医保、医药问题仍然突出。2016年10月,中共中央、国务院印发的《“健康中国

2030”规划纲要》^①,将健康中国提升为国家战略,强调以提高人民健康水平为核心,全方位、全生命周期维护人民群众健康。2020年7月,《国务院办公厅关于印发深化医药卫生体制改革2020年下半年重点工作任务的通知》^②,进一步要求着力推动以治病为中心向以人民健康为中心转变。

五、以健康为中心的中国老龄人口医疗保障体系的构建

(一) 健康概念与影响老龄人口健康的因素

1. 健康概念

《辞海》把健康定义为,“人体首先要各器官各系统发育良好,功能正常、体格健壮、精力充沛;同时还要有良好的劳动效能,社会上和谐相处的表现和处理各种危险因素及应激的能力。”^[40]1948年,世界卫生组织(WHO)成立时,把健康解释为,“健康不仅仅是没有疾病,不体弱,而是一种躯体、心理和社会功能均臻良好的状态。”^[41]《简明不列颠百科全书》(1985年)把健康定义为“使个体能长时期地适应环境的身体、情绪、精神及社交方面的能力。”^[42]

由此,健康体现人的生理状态、心理状态、适应能力。生理状态表现为身体各系统组成器官发育良好、体质健壮、没有疾病等;心理状态表现为精神饱满、情绪良好、心情愉悦等;适应能力表现为生活自理能力、基本劳动能力、社会交往能力、自我约束能力等。健康的反义词可以归类为,生理的非健康状态:“衰弱、患病、负伤、病痛、残废、瘫痪”等;心理的非健康状态:“狭隘、嫉妒、惊恐、抑郁、焦虑、萎靡”等;适应能力的非健康状态:“敏感、自卑、孤僻、残暴”等。

2. 影响老龄人口健康的因素

我们从老龄人口个体的内在因素和群体的环境因素两个维度,分析影响老龄人口生理状态、心理状态、适应能力的因素。

(1) 个体内在因素

① 遗传。遗传是通过生育将父母基因信息传递给后代的自然和社会现象。老龄人口个体生理状态、心理状态、适应能力等健康状况,首先与父母的基因遗传相关。遗传病发生率很高且病种繁多,1994年,科学发现的单基因病病种已经达到6678种,随着时间推移每年大约增加100种左右,多基因病已成为危害人类健康最大的疾病^[43]。高血压、肥胖、秃顶、近视、色盲、先天性聋哑、血友病等遗传病史家族的后代,有不同概率的患病可能。

② 教育。广义教育是指影响人身心发展的社会实践活动。个体的学历教育与非学历教育形成的知识结构、认知能力、思想方法,在社会实践活动中形成的世界观、人生观、价值观等,对个体年老后的健康知识理念、生活行为方式、情绪调节能力等健康素养水平具有重要影响。

③ 职业。职业是人们在劳动过程的分工现象。职业的技术性和时代性,使不同职业对劳动者的身体素质、行为习惯、生活方式等打上不可磨灭的“烙印”。如接触粉尘、放射性物质和其他有毒、有害物质的职业,使劳动者年老后很难摆脱相关职业病的困扰;劳动强度大、体力消耗多、三班倒工作制的职业,使诸多劳动者年老后饱受体力衰竭、肌肉劳损、浑身病痛等后遗症折磨。曾经不同职业的老年人在自测心理健康、社会健康、整体健康上存在着显著差异。离退休前从事脑力劳动的老年人健康总体自测得分显著高于离退休前从事体力劳动的老年人^[44]。

④ 年龄。随着年龄增长,老龄人口机体逐渐衰老、器官功能衰退、社会角色转变、婚姻状况变化等,使孤独、抑郁、焦虑、失能、失智等老年综合症也随之不同程度侵入。在健康总体自测得分上,

① http://www.gov.cn/xinwen/2016-10/25/content_5124174.htm。

② http://www.gov.cn/zhengce/content/2020-07/23/content_5529417.htm。

71岁及以上的老年人显著高于70岁及以下的老年人^[44]。

⑤ 家庭。家庭是以婚姻、血缘、收养等关系为基础的具有生产、生活、生育等基本功能的社会细胞。老龄人口健康受家庭的影响,主要是在婴儿、幼年、少年、青年时期的家庭禀赋,即受家庭经济、文化、理念、氛围的熏陶、浸染,养成的具有惯性作用的知识结构、思维定势、生活方式、行为习惯、处世能力。工业化、城市化使多世同堂、家族式传统家庭逐步解体;子女独立生活、另立门户的家庭小型化,造成大量老年人与配偶或本人单独居住、生活、生存的“空巢家庭”。家庭的人口结构、收入状况、居住条件对老龄人口健康具有决定性作用。

(2) 群体环境因素

① 经济支持。未富先老,边富边老,是中国人口老龄化进程的重要特征。目前,中国大部分城市退休老人本人积攒的储蓄存款并不多,主要依靠养老金生活;城乡居民人均养老金数量少,不足以维持基本生活,相当部分农村老年人还需要继续从事有收入的劳动,才能维持正常老年生活。大部分城乡老年人,最大的后顾之忧或不安全感,来自本人的体能衰退、不能自理、大病绝症引发的经济困难。养老金基数的提高和正常增长,医疗保险的报销比例,长期护理保险的人群全覆盖,老年救助的准确及时,子女的经济援助,来自政府、社会的经济支持等等,对于老龄人口的身心健康具有基础性作用。

② 服务可及性。由于不同老龄人口群体在户籍、年龄、健康、经济等方面客观上存在很大差异,因此他们对医疗、照护、文化娱乐、体育活动等服务需求的差别悬殊。但是,大多数老年人对各类服务的可及性、平等性、普惠性都有相同的愿望。这些服务提供的结构、数量、质量对老龄人口身心健康的影响程度不容忽视。

③ 环境友好。曾子曰,“孝有三:大孝尊亲,其次弗辱,其下能养。”“生,事之以礼;死,葬之以礼,祭之以礼。”^[45-46]孝是中华民族优秀传统文化精华。老人在世,需尊亲敬老,使其体面生活,尊严生存;老人去世,则安葬祭奠,凝重庄严,寄托哀思。全社会应营造尊老、敬老、爱老、助老的老年友好型社会环境;设计、生产、建设有利于老龄人口身心健康的城市、乡村、社区、家庭等公、私场所的为老设施;倡导科学、健康的老年生活方式,建设适宜老年人居住、生活、活动的美好生态系统。

(二) 构建以健康为中心的老龄人口医疗健康支持体系

影响老龄人口生理状态、心理状态、适应能力的两类因素中,老龄人口个体的内在因素是自生自长因素,属于内因;老龄人口群体的环境因素是社会干预因素,属于外因。外因通过内因发挥作用。在自生自长的内在因素既定的条件下,我们应该积极实施具有系统功能、协同效应、“以健康为中心”的老龄人口医疗健康支持体系等外因干预,激发老龄人口个体内因活力,正向影响并引导老龄人口的生理状态、心理状态、适应能力。随着老龄人口群体的环境因素不断改善,老龄人口的生理状态、心理状态、适应能力不断改进,中国必将进入奥尔莎斯基和罗杰斯(Ault and Royers)设想的死亡原因第四阶段:各类疾病得到控制,死亡率进一步降低,人均预期寿命可以提高到85岁以上。

1. 构建满足老龄人口医疗健康需要的经济支持体系

中国现行基本医疗保障制度属于典型的“以治病为中心”医疗保障体制。职工基本医疗保险、城乡居民基本医疗保险,是在参保者疾病、负伤、生育时,提供检查、诊断、治疗等医疗服务的经济支持;城乡医疗救助是为符合条件的困难群众提供门诊、住院和临时医疗的具有救助性质的经济支持。“以健康为中心”的老龄人口医疗健康保障体系,必须满足老龄人口日益增长的“寿命长、能自理、心智明、无疾终”的健康长寿需要,即对老龄人口“健康、预防、治病、康复”的医疗卫生服务需求提供经济支持。提高老年人身心健康水平,对于提升基本养老保险效能、节约医疗保险费用、优化医疗卫生资源配置,具有事半功倍的作用。在中国现行体制下,群众性体育活动和场馆建设经费主

要来自中央和地方财政资助、体育彩票公益金和举办活动的单位出资等;疾病预防经费来自于中央和地方财政预算列支的人均基本公共卫生服务经费项目及疾病防治专项经费;诊断治疗费用主要来自基本医疗保险和医疗救助;护理康复费用有希望主要来自即将覆盖全社会的长期护理保险制度。

老龄人口医疗健康需要涉及“健康、预防、治病、康复”多个环节,从经济支持对象来看,是一个相对独立的整体。国家可将支持体育健身活动的群众性体育活动和场馆建设经费,支持疾病预防的基本公共卫生经费,与职工基本医疗保险、城乡居民基本医疗保险、城乡医疗救助、长期护理保险等统一为社会医疗健康保障系统,形成满足老龄人口医疗健康需要的经济支持体系。

2. 构建满足老龄人口医疗健康需要的社会服务支持体系

国家应满足老龄人口医疗健康需要的社会服务,包括体育健身服务、医疗卫生服务、健康管理服务、老有所为服务、文化娱乐服务、生活照料服务、康复护理服务、精神慰藉服务、安宁疗护服务等;根据服务类别和提供主体,满足老龄人口医疗健康需要的社会服务支持体系包括老龄人口的体育健身服务、健康管理服务、医疗卫生服务、医养康养老服务。

(1)强化老龄人口体育健身服务支持体系。近年来,中国老龄人口中的健康老人对体育健身有着强烈的兴趣和执着的需求。存在的主要问题是体育健身场所、设施短缺。建议各类专业体育场所与设施,应该在体育赛事间隙,向老年人免费开放;维护、管理好包括公园、广场等公共场所的体育场地、设施,有管理、有秩序、有指导地向老龄人口免费开放;支持、引导、监管各类面向老龄人口的适老性体育健身培训服务。在财政预算的公共文化体育经费中增设“重阳健身计划”专项。在城乡社区布局、规划、建设合格的老年文化体育活动场所与设施。

(2)积极推动老龄人口健康管理服务体系建设。尽快普及以提供健康管理服务为主要职责的城乡家庭医生制度。家庭医生可以有效缓解老龄人口“看病难”问题,为签约老年人提供健康咨询、疾病诊断、设计个性化健康生活方式;建立老年人健康档案;策划健身活动项目;教授疾病预防知识;导医、导药、导康复,形成小病家中治、大病不乱投医的老龄人口健康管理服务支持体系。

(3)完善老年医疗卫生服务体系。健康为先、预防为主、治疗过程与治愈效果相统一,是以健康为中心的医疗卫生服务体系本质特征。城乡基层卫生服务机构要将辖区老龄人口作为重点关注人群,以多发病、慢性病、疑难病、重大传染病的预防、保健、治愈后康复作为主要任务。县(市)级临床治疗型医院,在解决老龄人口医疗可及性基础上,构建预防、治疗、康复一体化的医疗卫生服务体系与工作流程。三级医院以分级诊疗医联体为依托,指导、支持、参与基层卫生服务机构、县(市)级医院、医养康养型养老服务机构的老年疾病预防,尤其是传染病预防,常见病、多发病、慢性病治疗和治愈后护理、康复;接受老年危重疑难病症转诊。医保行政管理部门,要把疾病预防、治愈率、康复程度纳入对医疗卫生服务部门的考核体系,并作为医保费用支付的重要依据。

(4)高质量发展面向半失能老人、失能失智残疾老人的生活照料、康复护理、精神慰藉、安宁疗护等养老服务体系。国家可依据高、中、低收入老人,特殊困难老人,健康老人、半失能老人、失能失智残疾老人等不同老龄人口群体的不同养老服务需要,积极支持家庭、社区、机构发挥各自优势,提供各具特色的养老服务项目,鼓励、支持医疗机构开办专门面向失能失智残疾老人的专业化高水平医养结合养老机构。

3. 营造满足老龄人口医疗健康需要的老年友好型社会环境

老年友好是指营造尊老、敬老、爱老、助老的社会环境。尊老敬老是中华民族的传统美德,爱老助老是全社会的共同责任。

国家应积极运用立法、行政手段制定防范老龄风险、分享社会福利、方便老人出行等一系列

善待老人的社会政策,支持老年人回归社会的老有所为行为,对于满足老龄人口社会参与、社会交往需要,维护老年人身心健康,具有不可替代的作用;努力创造条件,积极推进以开发低龄老年人力资源为目标的积极老龄化政策;制定适宜老年人的就业环境和岗位标准,以税收优惠等政策鼓励机构和企业灵活聘用老年人,采用政府购买方式促进全社会提供老有所为的岗位和机会,鼓励老年人参与社区志愿服务,支持有专长的低龄老年人创业;让老年人通过“有为”实现“有价值的所养”^[47]。

政府相关部门应建设提供老人乘车、就医、购物优先,健身、娱乐、就诊方便,关注老人、关心老人、礼让老人、呵护老人、帮助老人的老年友好型社会;建设、完善具有公平性、可及性、包容性、有效性的老龄人口公共设施、公共服务。在全社会开展了解老人,体谅老人,关爱老人行动;让子女、老年工作者、养老服务机构、国家工作人员,乃至全社会像对待婴儿一样善待老人。家庭、社区、单位、政府、社会,都要支持老年人追求健康、追求长寿、追求快乐、追求存在感的“幸福”理念和行为。

国家应倡导、支持、弘扬老年人的文明习惯、文明行为、文明素养;通过宣传、宣讲和老年人的自我教育,帮助更多老年人了解、理解、践行、遵守现代社会的公共礼仪、公共文明、公共法则、公共秩序;鼓励老年人关爱、支持、帮助年轻一代。在全社会开展“文明老人”“健康老人”“最美老人”的评选活动,树立良好的老年人形象;同时,各类媒体都要报道、宣传老年人积极、向上、正能量的社会形象。

参考文献:

- [1] 习近平. 把人民健康放在优先发展战略地位 努力全方位全周期保障人民健康[N]. 人民日报, 2016-08-21(01).
- [2] OMRAN A R. The epidemiological transition: a theory of the epidemiology of population change[J]. The Milbank Memorial Fund Quarterly, 1971, 49(4): 509-538.
- [3] AULT S. The fourth stage of the epidemiologic transition: the age of delayed degenerative diseases. [J]. Milbank Quarterly, 1986, 64(3): 355-391.
- [4] ROGERS R G, HACKENBERG R. Extending epidemiologic transition theory: A new stage [J]. Biodemography Social Biology, 1987, 34(3-4): 234-243.
- [5] 饶克勤, 周有尚. 中国主要城市人口疾病死亡模式的动态研究[J]. 中国人口科学, 1988(4): 1-11, 43.
- [6] 张磊. 《柳叶刀》发表中国疾病负担研究结果——近30年我国疾病谱发生重大变化[EB/OL]. (2019-06-28)[2021-06-20]. <http://health.people.com.cn/n1/2019/0628/c14739-31201727.html>.
- [7] 李红. 周易本义[M]. 长沙: 湖南人民出版社, 2009: 134.
- [8] 王健, 苏颖. 内经选读[M]. 上海: 上海科学技术出版社, 2010: 32.
- [9] 徐经世, 李艳, 赵进东, 等. 中医治未病理念的理论溯源与实践思考[J]. 中医杂志, 2016, 57(16): 1351-1354.
- [10] 冯彩章, 李葆定. 贺诚传[M]. 北京: 解放军出版社, 1984.
- [11] 毛泽东. 长冈乡调查[M]//毛泽东文集: 第一卷. 北京: 人民出版社, 1993: 310.
- [12] 毛泽东. 论联合政府[M]//毛泽东选集: 第三卷. 北京: 人民出版社, 1991: 1083.
- [13] 李德全. 中央卫生部李德全部长在政务院第四十九次政务会议上关于卫生会议的报告[J]. 山西政报, 1950(12): 99-101.
- [14] 中共中央文献研究室. 毛泽东年谱(1949—1976): 第一卷[M]. 北京: 中央文献出版社, 2013: 628.
- [15] 李洪河. 周恩来与新中国的卫生防疫事业[J]. 党的文献, 2012(1): 52-58.
- [16] 中共中央文献研究室. 毛泽东年谱(1949—1976): 第二卷[M]. 北京: 中央文献出版社,

- 2013: 171.
- [17] 鲁长安,王宇. 1949年以来我国应对重大疫情的制度演进与经验总结[J]. 决策与信息, 2020(10):20-30.
- [18] 朱高林. 20世纪50-70年代中国传染性疾病的治理[N]. 光明日报, 2020-03-04(11).
- [19] 雷正龙,崔富强. 有计划的预防接种是提高国民健康水平的重要保障[J]. 中华预防医学杂志, 2014, 48(6): 433-436.
- [20] 王开,崔略商. 中国消灭传染病历史[J]. 报刊荟萃, 2011(1): 37-38.
- [21] 王华庆,安志杰,尹遵栋. 国家免疫规划七种针对传染病70年防控成就回顾[J]. 中国疫苗和免疫, 2019, 25(4): 359-367.
- [22] 金振娅. 我国免疫规划工作得到世卫组织高度评价[N]. 光明日报, 2014-02-25(03).
- [23] 周婷玉. 目前我国5岁以下儿童乙肝表面抗原携带率小于1%[EB/OL]. (2009-04-25)[2020-09-20]. http://www.gov.cn/jrzq/2009-04/25/content_1296156.htm.
- [24] 任玉岭. 中国医疗改革回顾与展望[J]. 中国市场, 2014(36): 3-11.
- [25] 胡锦涛. 高举中国特色社会主义伟大旗帜,为夺取全面建设小康社会新胜利而奋斗[M]//胡锦涛文选:第二卷. 北京:人民出版社, 2016: 612-658.
- [26] 胡锦涛. 坚定不移沿着中国特色社会主义道路前进,为全面建成小康社会而奋斗[M]//中共中央文献研究室. 十八大以来重要文献选编:上. 北京:中央文献出版社, 2014: 1-44.
- [27] 习近平. 决胜全面建成小康社会,夺取新时代中国特色社会主义伟大胜利[M]//习近平谈治国理政:第三卷. 北京:外文出版社, 2020: 1-57.
- [28] 郭超,陈鹤. 我国长期护理筹资模式探析——以北京市为例[J]. 中国卫生事业管理, 2015, 32(6): 425-428.
- [29] 徐岳,柴培培,张毓辉,等. 天津市老龄人口慢性非传染性疾病治疗费用分析[J]. 中国卫生经济, 2016, 35(7): 74-76.
- [30] 何耀. 我国的人口老龄化与健康老龄化策略[J]. 中国慢性病预防与控制, 2012, 20(5): 507-509.
- [31] 屈建,高峰,朱珠. 新中国70周年医院药学的发展历程与趋势(Ⅲ)[J]. 中国医院药学杂志, 2020, 40(2): 127-136.
- [32] 健康中国行动(2019—2030年),老年健康促进行动[EB/OL]. (2019-07-19)[2020-09-02]. http://www.gov.cn/xinwen/2019-07/15/content_5409694.htm.
- [33] 刘二鹏,张奇林,冯艳. 慢性病的老年贫困风险:理论机制与实证检验[J]. 保险研究, 2020(11):63-78.
- [34] 王新茹,孙祎涵,王佳琦,等. “健康中国”战略下构建医养结合智慧养老服务平台[J]. 中国市场, 2021(8): 53-54.
- [35] 高廉. 新常态、老龄化与医保基金可持续发展[J]. 中国经贸导刊, 2021(9): 75-76.
- [36] 刘黎明,满晓玮,蒋艳,等. 基于“SHA 2011”的北京市医药分开综合改革后慢性病治疗费用受益人群构成分析[J]. 中国卫生经济, 2021, 40(4): 53-56.
- [37] 许海玲,李旭. 中国近60年传染病疾病谱变化情况综述[J]. 安徽医学, 2012, 33(6): 770-772.
- [38] 任永成,田欣杰,张小方,等. 2008—2017年中国居民前五位死因死亡专率趋势性分析[J]. 郑州大学学报(医学版), 2021, 56(1): 57-62.
- [39] 张思锋. 中国养老服务体系建设中的政府行为与市场机制[J]. 社会保障评论, 2021, 5(1): 129-145.
- [40] 辞海[M]. 上海:上海辞书出版社, 2020: 2065.
- [41] 世界卫生组织宣言[J]. 孙牧虹,译. 中国心理卫生杂志, 1988, 2(6): 282.
- [42] 简明不列颠百科全书:(1-10卷)4[M]. 中国大百科全书出版社《简明不列颠百科全书》编辑部,译. 北京:中国大百科全书出版社, 1985: 324.

- [43] 刘鸿禧. 医学遗传学若干新进展[J]. 汕头大学医学院学报, 1999(3): 74-77.
- [44] 高亮. 南京城区老年人生理、心理和社会健康现状及其影响因素研究[J]. 体育与科学, 2016, 37(4): 107-114.
- [45] 胡平生, 陈美兰, 译注. 礼记·孝经[M]. 北京: 中华书局, 2007: 171.
- [46] 张鲁原. 中华古谚语大辞典[M]. 上海: 上海大学出版社, 2011: 249.
- [47] 积极应对人口老龄化 促进人口均衡发展——全国政协专题协商会发言摘编[J]. 中国政协, 2021(14): 28-34.

Medical Security for China's Elderly Population: from Medical Treatment Centeredness to Health Centeredness

ZHANG Sifeng¹, TENG Jing²

(1. School of Public Policy and Administration, Xi'an Jiaotong University, Xi'an 710049, China;

2. School of Marxism, Xi'an Jiaotong University, Xi'an 710049, China)

Abstract: General Secretary Xi Jinping has proposed that "people's health should be given top priority in development" and that "the focus of medical treatment should be changed to the focus of people's health" in implementing the Healthy China Strategy. Based on the law of disease spectrum evolution, this paper explains the evolution and development process of the medical security system with prevention and treatment as the center since the founding of the People's Republic of China. From the 1950s to the 1970s, China actively carried out the patriotic health campaign, established a medical security system with prevention as the center, and effectively prevented and treated malignant infectious diseases. From the 1980s to the 1990s, China gradually realized a basic medical security system that covers all people, with treatment as the center, creating a safety net for all members of the society against disease risks. In the 21st century, with the change of disease spectrum and the aging of the population, chronic diseases have become a major health threat to the elderly population in China. On the basis of analyzing the internal factors of heredity, education, occupation, age and family that affect the health of the aged population and the group environmental factors such as economy, service and environment that affect the health of the aged population, it is pointed out that "prevention" is the meaning of "health" and "health" is the rational choice of "cure". "Health centeredness" is a new era medical security concept that includes "health, prevention, treatment and rehabilitation". This paper puts forward the construction path of health-centered medical security system for the elderly in China, that is, constructing economic support system and social service support system to meet the medical and health needs of the elderly, and creating an age-friendly social environment.

Key words: healthy China strategy; aging population; health-centered; healthcare security system; changes of disease spectrum; healthcare support system

(责任编辑: 冯 蓉)