



1月30日，在天津开发区零氪科技公司，企业员工向医疗大数据系统内录入病例。近年来，天津开发区大力发展高端医疗器械产业集群，通过技术产业化发展路径，研发了一批技术含量高、安全可靠的新产品。新华社记者李然摄

中医药围血液透析产业发展委员会成立

本报讯 1月27日，世界中医药学会联合会中医药围血液透析产业发展委员会在北京成立。中国中医科学院广安门医院血液净化中心主任刘文军教授认为，中医药围血液透析大有可为，肾衰后期常见的并发症并症状有很多，且顽固难愈，中医药治疗有一定的应用前景和临床价值。

慢性肾病是严重危害我国居民健康的一种慢性病。根据流行病学统计数据，我国成人慢性肾病的发病率高达10.8%，约有1.2亿潜在患者，且呈逐年增长趋势。按照美国约1.5%的慢性肾病患者会发展成为终末期肾病患者的比例计算，我国终末期肾病患者超过200万人。“大部分终末期肾病患者需要通过血液透析维持治疗。截至2016年底，我国有血透病人约50万人，已超过美国，成为世界第一血液透析国家。”刘文军介绍。

肾衰后期常见多种并发症，如顽固性低血压、肾纳差营养不良、皮肤瘙痒、口渴、睡眠障碍等，并可出现贫血骨病等一系列并发症。刘文军表示，研究显示，中医药在透析前可以延缓慢性肾病患者的病程，让患者延缓透析；在透析中，可以与西医一起发挥协同作用，减少并发症的发生，提高病人生活质量；在患者康复阶段，可以发挥核心作用，促进患者康复、改善体质。

但中医药如何延缓肾脏病进展，在围血液透析期建设有何意义，如何实现中医血液透析分级管理，如何利用新时代互联网+、大数据管理给中医围血透期带来机遇，中医药优势在哪，如何建立中西医学科联合机制，是进一步推广中医药围血液透析需要回答的问题。这就需要建立相应的组织进行研究和开发。

专业人才缺乏和培训不到位，严重制约着我国血液透析包括中医围血液透析的发展。以北京为例，中国中医科学院广安门医院血透中心主任技师倪振生介绍，目前北京有血透患者13500人左右，开展血液透析的医院有130多家，透析机3500~4000台。按照一个透析室有10台透析机，就应该配备一名专职技师的要求，北京目前至少需要350~400名血透技师，可实际从事临床血液透析的技师只有150多人。而且这些技师技术水平、学历参差不齐，影响了血液透析的质量。“我们迫切需要专业的组织完善血透技师的从业标准和规范，并开展相关培训培养更多的合格人才。”(姬薇)

以18岁~45岁人群为目标，提升中青年防癌意识

“防癌科普中国行”启动

本报讯 近日，由中国健康促进与教育协会主办的“防癌科普中国行”在京启动，活动旨在面向全国中青年群体宣传防癌知识、指导健康防癌行为，并积极整合与吸纳社会各方机构和资源，参与此次中青年防癌公益的全国大型科普项目。

中国健康教育中心主任兼党委书记李长宁致辞时表示，中青年群体是中国未来十年各行各业的中坚力量，提升这一群体的防癌意识尤其是国民健康素养尤为重要。

国家癌症中心国际交流处处长代敏教授例证数据，阐述了中国防癌的十大事实，并阐明了中国中青年群体所面临的防癌境遇和行为指导。

“防癌科普中国行”还发起了象征“我年轻，我防癌”的绿手环行动，邀请每位参会者戴上特制的绿手环，只要一察觉自己有违背防癌健康的生活方式，就将手环换到另一只手上，以此类推，直到这个手环能持续戴在同一只手手上21天为止。戴上绿手环，以自律促健康，让防癌行动看得见。

据悉，“防癌科普中国行”以中青年(18~45岁)人群为目标人群、以推进中国中青年防癌意识提升和深度防癌科普为目标、以“线上”专家科普资料传播加“线下”走进企事业单位的专场科普讲座及防癌科普展览的多种形式、不断整合与吸纳全国社会各方机构或资源参与中青年防癌公益的全国大型科普项目。

新闻链接

中国防癌的十大事实

事实1：癌症有100多种，身体的任何部位均可能受到影响。

事实2：2015年，中国有429万癌症新发病例，281万癌症死亡病例。

事实3：恶性肿瘤发病率和死亡率均为东部>中部>西部；男性>女性。

事实4：中国男性高发的5种癌症依次为：肺癌、胃癌、肝癌、食道癌和结直肠癌；女性高发的5种癌症依次为：乳腺癌、肺癌、结直肠癌、胃癌和甲状腺癌。

事实5：中国男性和女性死亡排前5位的癌症均为：肺癌、胃癌、肝癌、食道癌、结直肠癌。

事实6：烟草使用是最重要的致癌风险因素，它导致男性30%的癌症死亡。

事实7：全国有四分之一的癌症是由慢性感染引起的，例如乙肝病毒引起肝癌、人乳头瘤病毒引起宫颈癌、幽门螺杆菌引起胃癌、EB病毒引起鼻咽癌。

事实8：如果在早期得以发现并得到充分治疗(早诊早治)，诸如乳腺癌、宫颈癌和结直肠癌等具有重要公共卫生相关的癌症则可以治愈。

事实9：如果目前关于疼痛控制和姑息治疗的知识得到应用，就可对所有需要缓解疼痛的癌症患者带来帮助。

事实10：不使用烟草、采取健康饮食、保持身体活动和适度使用酒精，就能够预防30%以上的癌症。在发展中国家(如中国)，通过实施计划免疫，预防乙肝病毒和人乳头瘤病毒感染就能够预防20%以上的癌症死亡。

(永生)

海南每年接待国内外游客达5300多万人次，年增长超过10%。特别是冬季“迁徙”而来的养生、养老人群达110万

医养融合新模式遭遇“成长的烦恼”

本报记者 吴雪君

如何实现老有所医、老有所养，关系到上亿老年人能否安享晚年。近日，记者从2018年海南省卫生计生工作会议上获悉，海南省未来五年卫生计生事业发展要积极应对人口老龄化，推进医养结合。鼓励有条件的养老机构内设医疗服务机构，有条件的医疗机构内设护理院、康复院、临终关怀院、老年医院等，支持社会力量兴办医养结合机构。

近年来，“有病治病、无病疗养”的医养结合新型养老模式在多地兴起。由于将现代医疗服务技术与养老服务有效结合，它已成为我国重点培育的养老服务新方向。目前，在旅游休闲养老方面有明显优势的海南也在不断探索发展，力争把医养结合等健康产业作为未来十二大重点发展之一，并将其打造为“金字招牌”。统计显示，海南省每年接待国内外游客达5300多万人次，年增长超过10%。特别是冬季“迁徙”海南休闲、养生、养老的候鸟人群达110万。

医养结合新模式的探索

海口恭和苑健康疗养度假园是海南首家与医院合作共建的社会养老机构。2月1日，在恭和苑两人间的病房内，独立卫生间、悬挂式电视机、落地玻璃窗、红色储物柜等一应俱全，床头分布着各种功能的白色插头和按钮，老人和家属可随时通过按钮呼叫，今年76岁的李彦斌和老伴都住在这里。

“在别的地方，病好了就得出院，不舒服了再来住院，有的老同事就一直辗转各大医院。我们年纪

大了，不想在各个医院来回跑，也折腾不起，就想有一个既能看病、又能养老的地方。”李彦斌说。

据介绍，目前，恭和苑设立“托老养老”和“医保住院”两种管理路径。“医”，即入院老人需要疾病诊疗，进入“老年科住院病人”信息系统，按照“医保住院”管理路径进行住院管理。“养”，即为“托老”模式，进入“老年护理院”信息系统，享受专业照顾、病情观察、心理护理、健康教育和康复指导，不纳入医保报销。“医”“养”互换时仅切换信息和管理路径，改变床位标识，无须搬移床位。

如今，海口恭和苑共拥有296套居住单元，其服务对象已辐射省内外，吸引了北京、东北、江苏等地老人入住。

海南澄迈一龄国际医疗目前也在探索医养结合新模式。“养护院共有264张床位，现在差不多已经住满了。”该医疗中心相关医护人员介绍，老人在这里连同吃饭、床位、生活护理等每个月需4000多元。在院内，有十几名科医生、B超、X光、心电图等设备齐全。

目前，像海口恭和苑、澄迈一龄国际医疗这样的康体养生机构在海南各市县都以不同模式存在。然而记者走访发现，尽管目前医养结合受到社会各界欢迎，有的甚至“一位难求”，但目前运行仍面临不少成长中的“烦恼”。

“做强医疗健康产业，目前的短板主要是人才稀缺。”海口市恭和苑副院长吕加华坦言，过去，养老机构大多以“养”为主，遇到老人突发疾病，往往会选择就医。

成长中的“烦恼”

通过打造养老资源和医疗资源相结合的“医养融合”模式，弥补养老机构在医疗服务上的“短板”，可目前，具备一定医学素养的医疗保健的专业人员的缺失，让人头疼不已。据了解，目前海南每年培养的7000名相关专业学生有很多去了药店、美容店。按每千人口中至少有2名健康服务专业人员的标准计算，至2020年海南的缺口达2万人以上。

与此同时，医养结合是系统工程，国家探索这条路是解决就医难、养老难问题，所以医养结合非常急迫。但现实情况是，大量高端医疗机构主要集中在大城市，大医院人满为患，而大量的二级医院、社区医院被闲置。目前，许多慢性病、退行性疾病患者需要康复治疗，但市场需求与供给脱节，服务设施不足，全科医生不足。

“标准统一也是难题之一。”吕加华表示，目前，医养结合监管主体涉及民政、医保、卫生等多个部门，以评估标准为例，民政与卫生部门各有一套护理等级分级制度，卫生部门的标准以身体健康水平为基准判断进护理院，民政的标准以生活照护水平为基准判断进养老院，对不同水平的老人进入不同的轮候区，这就造成了同一名老人，按不同的体系评估后，进入不同的机构享受的待遇是不同的。

在吕加华看来，海南医疗健康服务业遇到的问题在全国带有共性。当前亟须以开放市场倒逼行业改革，清除行业融合发展的体制机制障碍，打造“大健康”产业集群和服务品牌，加快推动服务业转型升级。

融合发展需要体制助力

虽然困难不少，但海南发展医养结合的机遇也

显而易见。海南大学王毅武教授认为，“要加快理顺‘医养结合’养老模式的管理机制，避免部门间条块分割以及权责交叉、重叠，杜绝医养结合养老服务资源的无端浪费。应打破相关主管部门间的壁垒，加强部门协同合作，在严格规范管理的前提下，改进‘医养结合’机构资质审批管理方式，加快行政许可和审批速度，提高审批效率。地方管理部门在完善医养结合服务网络建设的同时，应结合区域特色，进一步统筹规划，突出重点、整合产业链资源，将医养结合产业发展与区域发展有机结合。”

他还建议，有关部门积极推进医疗机构与养老机构融合发展，大力推动乡镇卫生院(社区卫生服务机构)与乡镇养老院(敬老院、幸福院)医疗服务签约合作，鼓励有条件的养老机构内设医疗服务机构，有条件的医疗机构内设护理院、康复院、临终关怀院，老年病医院等，支持社会力量兴办医养结合机构。此外，精确区分“医”和“养”的服务内容、核算报销范围、比例，改革医保支付方式，明晰医养机构产权，尽快建立长期照护制度等，不断完善“医养结合”制度，提高保障水平。

“加强医养专业人才队伍建设，也是加快推进‘医养融合’不可缺少的一环。”王毅武建议，通过开展医养专业人才集中培训等方式，不断培养拥有国家职业资格证书的养老服务护理员。在此基础上，鼓励大中专毕业生到养老服务机构和社区就业，并在养老服务行业中设置社会工作岗位，纳入民政部门统一管理，提高养老服务从业人员福利待遇。

热点关注

天津多措破解“买药难”“取药难”

本报讯 (记者张奎) 天津市人社局日前发布《关于实施维护参保人员基本用药权益有关措施的通知》，提出深入推进医保支付方式改革、规范处方外配服务、引导参保人员基层医疗机构就医购药、加快推进“互联网+”在医保领域应用等内容。

在推进医保支付方式改革方面，天津扎实推进按病种付费，2018年新增按病种付费病种数超过50种，实行按病种付费病种总数超过150种，并实现对全市二级、三级定点医疗机构的全覆盖。将糖尿病按人头付费制度扩大至全市260余家签约服务机构；开展肾透析、丙型肝炎按人头付费试点工作。

《通知》提出，全力保障参保人员多渠道购药需求，参保人员可凭借盖定点医疗机构专用章的纸质处方到定点零售药店购药。定点零售药店执业药师核对处方后，可提供配药服务，发生的门诊药品费用，医保按定报销。

济南将严查非公立医疗机构过度治疗

本报讯(记者丛民)日前，山东省济南市发改委、市卫计委、市人社局联合下发《关于规范非公立医疗机构医疗服务收费有关问题的通知》。通知明确，非公立医疗机构医疗服务收费和药品(除麻醉药品和第一类精神药品外)价格实行市场调节价，由医疗机构自主制定，非公医疗机构必须与患者签订医疗服务告知协议书，未经患者签字确认的收费有权拒绝交纳。

通知要求，各非公立医疗机构须严格执行医疗服务收费标准和药品价格明码标价公示制度。非公立医疗机构在提供医疗服务过程中，必须与患者签订医疗服务告知协议书。内容包括患者所需服务的所有医疗服务项目内容、收费标准，整个诊疗服务中医疗服务收费和药品合计总费用等，并由双方签字确认。

通知明确，告知协议书签订后，医疗机构未经患者签字确认的医疗项目、药品及其他收费，患者有权拒绝交纳，强制收费的由价格主管部门予以严肃查处。



树医于红燕：用医德守护村民生命健康

现年50岁的于红燕是吉林省四平市铁东区山门镇老城村家喻户晓的好村医。让村民认可的不是她能治好多少疑难杂症，而是她行医中始终坚持的医德。

“能吃药就不打针，能打针就不输液”，这句话于红燕念叨了二十多年。1995年，于红燕来到老城村卫生所工作。老城村地处半山区，土地相对贫瘠，人均收入少。为了替本不富裕的村民节省医药开销，于红燕在门诊中总结出一系列药价低、效果好的药品。经过于红燕的反复解释和多年积累下来的口碑，村民们逐渐改变了过度医疗的习惯。

新华社记者 张楠 摄

到2020年，全科医生达到30万人，城乡每万居民拥有2至3名合格全科医生；到2030年，全科医生达到70万人，城乡每万居民拥有5名合格全科医生

提速打造居民健康的“守门人”

本报记者 姬薇

“全科医生是居民健康的‘守门人’，是人民群众身边的健康卫士。加强以全科医生为重点的基层人才队伍建设，培养数量充足、质量合格、结构优化、分布均衡的全科医生，是推进分级诊疗制度建设、满足人民群众健康需求的迫切需要。”这是国家卫计委副主任曾益新近日在国新办举办的新闻发布会上开场白。

国办印发的《关于改革完善全科医生培养与使用激励机制的意见》(以下简称《意见》)提出，培养全科医生队伍的具体目标——到2020年，全科医生达到30万人，城乡每万居民拥有2至3名合格全科医生；到2030年，全科医生达到70万人，城乡每万居民拥有5名合格全科医生。为此，国家卫计委副主任曾益新、教育部高教司司长吴岩就百姓关注的问题给予了解答。

树立尊重全科医生的观念

曾益新表示，全科医生与内科、外科一样，也是专科医生。全科并不意味着知识结构、知识能力、知识水平就比其他专科医生差一些，而是他的知识结构不一样，他的知识结构是非常广泛的。专科医生的岗位能力一点都不亚于其他专科医生。因此，全社会一定要树立一个尊重全科医生的观念。

当前，基层仍是我国医疗卫生事业发展的短板，而基层人才队伍依然是短板中的短板。从数量上看，全科医生只有20.9万人，每万人口全科医生1.51人；从质量上看，基层临床医生本科及以上学历不到

40%，农村基层就更低一些且多数没有接受过严格、规范的住院医师培训。“这与居民健康需求相比仍有较大差距。”曾益新坦言。

据介绍，我国全科医生队伍建设起步比较晚。2011年7月，国务院印发《关于建立全科医生制度的指导意见》，开启了我国全科医生制度建设步伐。随后，院校教育、毕业后教育、继续教育三阶段衔接的培养体系逐步形成。

据曾益新介绍，目前的培养模式主要是以5年大学教育加3年住院医师规范化培训(简称住培)的“5+3”为主体，3年大专教育加2年助理全科医生培训的“3+2”为补充。此外，国家还通过实施全科医生特岗计划、转岗培训、农村定向医学生免费培养等多种渠道壮大全科医生队伍。截至2016年年底，我国培训合格的全科医生已达20.9万人，每万人口拥有全科医生1.5人，较制度实施前增长了近1倍。

居民健康“守门人”的两个含义

曾益新表示，全科医生是居民健康的“守门人”有两个含义，一个是疾病，第一时间就诊，筛选过滤。另外是对医疗费用有一个把控。这是整个医疗卫生系统里面一个非常重要的基石和基础，老百姓得病80%以上都是在社区乡镇就可以处理的，真正的大病、重病，需要往上转的比例不高，这一道关口要是做好了，大医院的负担就会得到缓解。

老百姓得病，第一道关口应该是全科医生，因为全科医生绝大部分都应该是工作在基层、社区、乡镇，甚至村里面，老百姓有什么不舒服，第一时间去求助的应该是全科医生。经过全科医生的

诊断，对疾病做出一个判断，如果是一些小的问题，他可以给予治疗，如果他发现这个问题是比较复杂的问题，就转诊到其他医疗机构。因为他在社区里面居住，知道每个家庭的情况，知道每个人的生活习惯。比如有人说肚子痛，他知道这个人比较喜欢喝酒，或者是有什么不良嗜好，可以判断他过去的情况，结合过去的病史能够比较准确地给出一个诊断，我们称之为“熟人医疗”，这跟去大医院看病的“陌生人医疗”是不一样的，这是健康的第一道关口。

因为全科医生工作在社区，他可以更多的宣传、普及、推广一些健康理念，可以更多的从事预防保健和健康管理的工作，通过这些工作来减少疾病发生，或者把一些疾病控制在早期的状态，如果是大病也能够早期发现。从这个角度来说，他也是控制医疗费用支出的“守门人”。

曾益新强调，全科医生的知识结构还有一个很重要的特点，他非常善于跟病人沟通、协调，体现人文关怀，因为很多的疾病通过语言沟通、心理疏导就能够化解了。

住培学员将可能获得硕士专业学位

截至2017年6月底，我国医疗卫生机构达98.9万个，其中基层医疗卫生机构达93.3万个。如何吸引优质的全科医生到基层就业？《意见》指出，“基层医疗卫生机构在核定的编制内对经住培合格的全科医生要优先安排”。曾益新介绍，对本科及以上学历医学专业毕业生或经住培合格的全科医生要简化招聘程序，可采取面试、组织考察等方式公开招聘，可实行“县管乡用”或“乡管村用”

的政策。据了解，《意见》还对提高全科医生薪酬待遇提出了很多具体要求。例如，合理核定基层医疗卫生机构绩效工资总量，提升全科医生工资水平，并与当地县区级综合医院同等条件临床医师工资水平相衔接；聘用经住培合格的全科医生，在核定绩效工资总量时可给予进一步倾斜；合理调整医疗服务价格，充分体现包括全科医生在内的医务人员技术劳务价值。

教育部高等教育司司长吴岩介绍，“所有医学专业学生