

(内部资料 免费交流)

醫學信息

MEDICAL INFORMATION

2014 年第 6 期

(总第 506 期)

1976 年创刊

卷首语 中医骨伤科历史悠久。随着当代医学科学技术的进步，中医骨伤科不断吸取有益自身的适宜技术，获得了快速发展。为了深入了解该领域的新进展，本刊采访了上海中医药大学附属曙光医院詹红生教授。本期内容还包括专题文章、转化医学专题、医改声音、科教动态及新闻速读等。



上海市医学科学技术情报研究所

醫學信息

MEDICAL INFORMATION

1976 年创刊 2014 年第 6 期 (总第 506 期) 2014 年 6 月 25 日出版

主 管

上海市卫生和计划生育
委员会

主 办

上海市医学科学技术
情报研究所

编辑出版

《医学信息》编辑部
上海市建国西路 602 号
邮编: 200031

电话: 021-33262033

021-33262036

传真: 021-33262049

E-mail:

qbsyxxx@163.com

网 址:

www.shdrc.org

刊名题字:

王道民

主 编:

沈晓初 瞿介明

常务副主编:

张 勘

副主编:

王剑萍

编辑部主任:

沙小苹

编 辑:

杨 翎

杨山石

上海市连续性内部资料
准印证 (K) 0663 号

目 次

专家访谈

中医骨伤科: 在传承中不断发展

——访上海中医药大学附属曙光医院詹红生教授

..... (5)

专题文章

白官发布: 大数据与医疗、教育 (一) (10)

转化医学专题

转化医学与医疗卫生事业及生物医药产业的融合 (一)

..... (14)

医改声音

美国医疗服务整合模式 (19)

科教动态

2014 年全国卫生计生科教工作会议在京召开 (22)

国家卫生计生委召开 2014 年度公益性行业科研专项项目

启动会议 (22)

上海市卫生计生委开展重中之重临床医学中心和重点学科

中期督导 (23)

国家卫生计生委召开“艾滋病和病毒性肝炎等重大传染病防治”科技重大专项 2014 年度	
立项课题启动暨在研课题管理工作会议·····	(23)
上海市援助万州开展医学科教管理专题讲座·····	(24)
2012-2014 年上海市卫生计生委科教处境外培训团组交流汇报会召开 ·····	(25)
新闻速读 ·····	(26)



手机扫描此二维码，可进入上海卫生发展研究网情报研究（内刊）
 （<http://www.shdrc.org/shmst/category/yxxx.shtml>），获取本期《医学
 信息》电子版，并浏览更多精彩内容。

◀专家访谈▶

中医骨伤科：在传承中不断发展

——访上海中医药大学附属曙光医院詹红生教授



詹红生教授、主任医师、博士生(后)导师。上海中医药大学骨伤科研究所所长,附属曙光医院骨伤科主任。上海石氏伤科第五代传人,享受国务院政府特殊津贴专家,全国百名杰出青年中医,全国优秀中医临床人才。

致力于慢性筋骨病损和脊柱源性疾病预防研究及中华养生文化和技术的传播。临床擅长运用整骨手法、导引练功、针灸、中药等中医药理论和技术诊治颈椎病、腰背痛、腰腿痛、腰椎间盘突出症、骨质疏松症、骨关节炎、纤维肌痛综合征等病症及颈性眩晕、颈性头痛、颈心综合征、颈胃综合征等脊柱源性疾病。个人微信公众号: taishengshijie (泰生世界)。

中医骨伤科是中医学的重要组成部分,亦是整个中医学领域里发展相对较快的学科。中医骨伤科主要是研究筋骨系统损伤和疾病的防治,具有丰富的学术内容。随着医学科学技术的进步,中医骨伤科亦融入了当代很多适宜的新技术、新方法,从而不断促进自身获得更卓越的医学成就。

近日,由上海中医药大学附属曙光医院石氏伤科医学中心詹红生教授领衔的项目——颈椎病“骨错缝筋出槽”临床评估与手法矫正新技术获得了2013年上海市科学技术进步奖三等奖。就此,本刊采访了詹红生教授,请他围绕石氏伤科的学术渊源、中医骨伤科传承与发展、科研工作开展及人才培养等问题进行了介绍,具体阐述了他的观点。

石氏伤科悠久的学术渊源

本刊:请您简单介绍一下石氏伤科的理论基础及学术特点?

詹教授:关于石氏伤科的渊源目前比较一致的说法是大约在1870年前后,从无锡传到上海,至今约144年。上海石氏伤科的第一代为石兰亭先生,在上海浦西八仙桥附近开业。到我老师石印玉教授为第四代,我们这辈学生为第五代。石氏伤科在学术上,从一开始就受到整个中医药发展大背景的影响,不断吸取先进技术,获得了较好传承。国内像石氏伤科这样,140多年一代代传下来的流派并不多。至今,石氏伤科传人逾千,学术发展繁荣,国内外影响力都

很大。

石氏伤科在第二、三代后,逐渐形成了比较有代表性的学术观点。过去,伤科主要看伤筋动骨的毛病,比较关注局部的损伤,但石氏伤科同时也强调整体治疗,推崇“十三科一理贯之”的观点。所谓十三科,是指古时太医院的分科,一般分为大方脉(相当于内科)、小方脉(相当于儿科)、妇人(相当于妇科)、伤科、针灸、按摩等基本上是十三科左右。伤科虽然看局部受伤的病,但道理与其他各科相通。也就是说,需要考虑整体,不能仅观察到局部的伤。在具体技术层面上,不应局限于传统伤科诊疗技术和用药,应当学习其他各科的经验,并充实到石氏伤科,使石氏伤科整个诊疗技术更丰富。这个重要的学术观点在临床上非常适用,也影响了一代代传人。

由于传统伤科流派较多起源于武术,练武受伤后采用手法或帖膏药等,对于内治及整体考虑得较少。石氏伤科发现了这个问题,认为不仅局部治疗很重要,整体治疗也很重要。同时,受到明代医学家薛己在医书中提到类似观点的影响,即局部受伤,但对整体都有影响;治疗局部很重要,但在整体上也需要兼顾,应学习内科、妇科、儿科等经验,故形成石氏伤科很重要的学术思想。由此推广到石氏伤科的传承和治学上,如果封闭的体系也不利用自身发展。一直以来,石氏伤科都是一个开放的系统,从理论到技术不断地吸收其他同道的经验。因此,也造就了现在石氏伤科的影响力,还被评定为国家级非物质文化遗产。

与时俱进,适应社会发展的需要

本刊:请您谈谈中医骨伤科的发展现状?与西医骨科相比,具有哪些特点和优势?

詹教授:传统观念认为,中医似乎是一成不变的。提到中医,人们想到的往往就是存在2000多年的《黄帝内经》。其实,历史上,中医也是不断发展的,一直在吸收当时、当代最新的技术和方法,应用到临床实践。比如,中药藏红花原产在西班牙,还有产于印度的很多草药中医也在使用。当代临床上,中医骨伤科最大的发展就是快速吸收了西方的手术技术和影像学技术等各种检测手段为己所有。传统中医骨伤科在诊断时多靠“手摸心会”,患者骨头断了,医生通过“手摸”判断哪里断了、断到什么程度、哪个方向,然后接上去,诊断治疗一气呵成。虽然,这些技术仍在使用,但已经不能满足当今临床的需要,应有所提升。这就是目前中医骨伤科发展最突出的特点。

从中医骨伤科临床治疗来说,西医骨科能够做的技术中医都掌握了。此外,中医还有一套自身传承下来、西医没有的东西,那就是手法、针灸、中药和练功疗法,这样就很好地实现了中西互补,有机融合,相辅相成。更确切地说,也是多学科的融合。X光、磁共振作为一种工具不应是西医的专利,手术同样也是一项技术。手术刀拿在中医的手上,按照中医的思维和理

论指导去做的手术,那就应该是中医的技术。当然,由于中医骨伤科的相对独立性,与中医其它各科相比发展更快。目前,中医院的骨伤科发展一般都比较兴旺,国内也有几家规模很大,甚至达到几千张床位的骨伤科专科医院。

本刊:请您谈谈中医药学科传承和发展所面临的困难和挑战?您认为如何才能做得更好?

詹教授:目前,整个中医队伍还不太能适应现代社会的快速发展和变化。学中医、干中医的“中医人”自身要进行调整,从思维、行为习惯等各方面去适应社会。社会总在向前发展,我们无法让社会去适应我们。实际上,现在中医适应得不太好,中医传承得也并不太好。从自身找原因,首先是要看清楚社会的需求和中医自身的优势,然后孜孜不倦地去传承和发展那些有价值的好东西,这是一个巨大的挑战。

从医生自身角度来思考,我们可以做的工作:首先就是坚定信心,相信中医;其次,就是把中医的功夫练好。作为临床医生,当你能够真正用中医的方法把病治好,显现出疗效,就会让人更加感受到中医确有临床价值。最后,就是出现医书中没有记载的新疾病怎么治,比如骨伤科目前多见的骨质疏松症。这种情况就需要我们去研究,通过临床积累找规律:中医怎么治,或者在中医理论指导下吸收新的治疗技术。又比如,骨质疏松症患者骨折应该怎么治,既往的经验也不多。类似这些情况,都需要研究。尤其是中医药大学的附属医院,更有这样的任务,不仅要去做医疗服务,还需要通过研究把一些相关的新的医疗技术总结出来,以进一步提升中医医疗的技术水平和服务能力。总之,老师要有信心,教会学生基本内功,通过临床有疗效,再进一步开展研究。这样一点点积累,我相信中医也会发展得更好。

“中医人”不能怨天尤人,坐等政策。曾经有过一段时间,中医好像总是需要政策来保护。如果长期依赖这样的保护,中医不可能有大的发展。中医一定要从“保温箱”出来,跟西医所有同道一起共同面对临床上很多问题,互相学习、互相促进。我想,医学到最后不应该再按照地域分为中医、西医、印度医、蒙古医等,而是应该只有一种医学,即临床上,切切实实解决临床问题的医学,或者叫循证医学。凡是没有证据的医学就是还停留在经验积累阶段,无特别强有力的证据说明一定有效,还需要整理研究。如果证据很充分,就转变为有依据的循证医学,应转化到临床实践中推广应用。

本刊:请您谈谈在中医骨伤科发展过程中存在的“短板”?您如何看待中西医结合?

詹教授:以传统中医骨伤科而言,短板亦很突出,主要是固守老的技术,认为手术不应该中医来开,不愿意学习和接受这些新技术。其实,不像很多人误解的那样,中医骨伤科也可有手术治疗,华佗也开刀啊。认为中医就是用手法、小夹板、膏药的看法是很狭隘的。有的骨折这样治疗可以好,有的骨折就不可以这样治疗,必须采用现代技术充实进去。随着医学科学技术的发展,靠一种技术就包打天下,或者新问题出现后该技术还继续保持优势的可能将不存在。医学发展是永无止境的。

现实生活中,有一部分“中医人”还存在思想不解放,不愿意、抵触或各种各样原因拒绝接受现代技术,甚至炫耀、夸大传统方法的疗效。这在民间有一定市场,有的不了解的老百姓就可能被误治。本来有好的技术可以更提高疗效,但偏偏就相信传统的东西,以为是灵丹妙药,包治百病。反之,又有另外一种倾向,新技术的适用范围没有把握好,盲目扩大适应证。这两种情况都存在,均应避免。从中医骨伤科发展来说,要做到中西兼顾,切不可传统方法丢了,新技术又没学像;在科研项目上,中西医也可进行更多的合作。

着手科研,探索更好的中医人才培养方式

本刊:请您谈谈在科研方面开展的主要工作及您的科研思路是什么?未来,还将开展哪些科研项目?

詹教授:从80年代后期读研究生起,我开始做科研,主要是临床研究。临床上,老医生的经验很丰富,如何从好的经验中提炼出规律性成果,是我们这一代中医人的历史责任。我们就进行总结,用现代临床医学研究的方法进行设计。先做一些临床观察,再设计成随机对照、盲法的临床试验,证实药物或技术的有效性、安全性等。在骨质疏松症治疗上,我老师的经验方已经通过研究成为上市的新药。最近,治疗骨关节炎的一个药物又拿到临床批文,准备开始临床试验。从前期研究来说,该药院内制剂已使用了20多年,对于其临床疗效和安全性比较有信心;未来,2~3年也许可以上市,成为一种新药。在整骨手法方面,现在临床多见的颈椎病、腰椎病等也存在关节位置的异常改变,即传统中医认为的“骨错缝”。这种细微的移位只要用很轻巧的手法就可以达到治疗效果,如颈性头晕、颈性头痛等。这项技术过去也处在临床经验阶段,比如怎么找到这个“缝”、到底有没有“错缝”、错在哪个节段哪个关节、错的方向怎样等都只能靠手摸心会。现在,我们首先通过一定的触诊规范化,将触诊过程中很多技巧尽可能描述地容易理解、比较规范,比如如何按压、如何施加力、往哪个方向用力等,从而使学生更快学习和掌握。其次,解决仍然看不到“缝”的问题,通过影像学CT三维重建,果然发现一些阳性表现。这些阳性表现是以前没有去关注、被我们忽略了,但仔细看确实存在,并且完全可以借助这些辅助指标来诊断。因此,我们找到了“错缝”,也知道了其如何形成,大大提高整骨的准确度。明确进行治疗的部位后,就可以比较不同治疗方法的疗效,更有的放矢。该项研究工作我们进行了20多年,但还不完善,下一步还要做机理方面的研究。在手法的临床有效性、安全性可控,并矫正了“骨错缝”后,人体内究竟发生了什么改变,头晕或疼痛缓解的机理是什么,这些还要从生理、病理、生物化学、生物物理等机制上进行研究。从临床需求、社会需求出发,把传统中医经验方、确实有价值的技术整理出来,真正用来解决临床实践中的问题;然后,通过规范使这些经验和技术后再推广应用,让更多老百姓获益。在此过程中,也使

年轻医生更加坚定干中医的信心,并深入研究,再提升技术水平,形成良性循环。

我们目前主要有脊柱病、骨质疏松症、骨关节炎3个团队。未来,我重点负责的脊柱团队将更好地进行内部整合,提高临床服务能力。脊柱源性疾病也将是今后很重要的研究方向。从国内外目前的研究资料来看,已提示很多内脏疾病可能与脊柱的慢性损伤有关。该领域也正在成为研究热点,接下去我们还有很多工作可以开展。

本刊:请您谈谈中医药人才培养的特点及您在这方面的心得体会?

詹教授:对于中医药人才培养,大家都在探索。到底应该如何做?仁者见仁,智者见智。目前,师带徒的模式较少,基本上还是院校教育培养。受到包括知识结构、院校教育内容和方式等影响,我们与综合性大学教育之间还存在差距。通过院校教育的批量生产,培养的学生数量增多了,但对中医药理论和技术的掌握却未必更好。这不仅是教育的问题,与整个医疗环境也有关系。当前整个医疗流程、医政管理等都是以西医为基础,并不太符合中医的诊疗思路 and 模式,比如胃痛,按西医的诊疗流程都是先做胃镜,确诊是什么样的胃病,然后根据该病的诊疗路径或指南继续治疗,整个过程中已完全没有中医辨证施治的诊疗思维。按中医的诊疗流程,应根据患者寒热虚实开药方,理法方药一线贯穿。因此,需要从政府政策层面去调整现有的医疗服务模式,是否可以从传统诊疗模式中借鉴有益之处。

此外,中医药人才培养不能仅盯住学校教育,必须与医院结合,加强临床环节教学,增加案例分析。在课外,增加学生的技能训练,如手法等。进入临床后,为学生创造条件尽早动手、接触患者。这样对临床技能的提高非常重要。同时,要让学生在临床实践中很快体会到自己付出的劳动所达到的医疗效果,激发学习兴趣,从而主动提高业务水平、强化理论知识。我认为,从一开始就花很多时间背书,甚至牺牲学习操作技能的时间是得不偿失的。完全可通过医案积累,引导学生自己去主动学习。

(市医情所 杨翎 整理)

《专题文章》

白宫发布：大数据与医疗、教育（一）

今年 5 月，美国白宫发布了大数据白皮书《大数据：抓住机遇、保存价值》，在全球引起了广泛关注。这份调查报告旨在鼓励使用数据以推动社会进步，特别是在市场与现有机构并未以其他方式来支持这样进步的领域。与此同时，美国也需要相应的框架、结构及研究，来帮助保护他们的核心价值观念。互联网产业研究报告主要从医疗、教育及个人隐私保护 3 方面进行解读。报告指出预测医学的兴起将是大数据在健康领域的终极运用；同时探讨在线教育如何确保学生的隐私不受侵犯等问题；在保护个人信息方面，美国技术轨迹正在转向采集、使用及储存对消费者和个人并没有直接联系的数据。

一、大数据与医疗保健服务

数据一直是医疗保健服务中的一部分。在过去几年中，议会出台了相关法案来鼓励医疗保健服务供应商使用电子病历。这极大地提高了可供临床医生、研究者与患者使用的数据量。随着《患者保护与平价医疗法案》(“Affordable Care Act”，ACA) 的制定，医疗保险的偿付机制正开始从相互分隔、具有潜在不协调性的“按服务收费”(“fee-for-service”) 模式转变至基于更佳健康状况的付费模式。总而言之，这些趋势正在帮助形成一个“学习型”医疗保健系统。在此系统内，临床数据将迅速反馈给患者并指导治疗有效进行。

大数据可以确定饮食、运动、预防护理及其他生活方式因素对健康的影响，使得人们不必向医生寻求医疗保健意见。大数据分析能够帮助确定临床治疗、处方药剂及公共卫生干预对于特定或广泛群体的效果，并对传统研究方式提供参考。从支付角度来看，大数据能够保证给患者提供治疗的医生有优秀的临床记录。同时，治疗的费用根据患者的康复效果而非治疗本身的次数确定。

预测医学的兴起是大数据在健康领域的终极运用。这项强大的技术可以同时深入解析一个人的健康状况与遗传信息，使医生更好地预测特定疾病在特定个体上是否可能发生，并预测患者对于特定治疗方式的反应。与此同时，预测医学提出了许多复杂的问题。传统意义上，健康数据的隐私政策都力求在临床信息被分享与分析的同时保护相关患者的个人身份信息。而逐渐地，基于特定群体或人群的数据将在临床症状出现前或出现后不久被用于确定疾病的类型。

但是，预测医学挖掘出的信息所带来的风险将超出单一个体。一旦出现差错，不仅遗传信息提供者本人，他的孩子及未来的后代等拥有与他相似遗传信息的人都将受到牵连。因此，将基因组数据与医疗保健数据相连接的生物数据库便成为了个人隐私在医学研究与治疗领域中的无法回避的前沿话题。

目前的隐私框架不久以前才包括了正在使用的健康信息，这一框架或许不能很好地解决

上述发展带来的问题并推动相关研究的进行。运用大数据来改善健康状况需要先进的分析模型来摄取包括生活方式、基因组、医疗与财务数据在内的多种信息。生活方式与健康状况之间的紧密关系意味着个人数据与医疗保健数据之间的界限已经开始模糊。而这些类型的数据却收到不同的、有时甚至是相互冲突的联邦和各州政府的监管,其中包括《健康保险便利和责任法案》(“Health Insurance Portability and Accountability Act”, HIPAA)、《金融服务法现代化法案》(“Gramm-Leach-Bliley Act”, GLBA)、《公平信贷报告法案》(“Fair Credit Reporting Act”, FCRA)与《联邦贸易委员会法案》(“Federal Trade Commission Act”, FTCA)。当数据的来源多种多样时,同时遵守多个法律带来的复杂性随之增加。与此同时,医疗机构还会与不受上述法律约束的许多组织相互勾结,形成一整套利益链条。各种个人健康信息被一系列企业共享,甚至州政府会违背消费者对个人医疗数据隐私保护的意愿而出售其相关数据。在此情况下,针对医疗保健领域设立大数据部门也就成为迫切之需。同时,此举有望进一步降低行业成本,并激发发展潜力。

尽管医学技术不断变化,但健康数据仍然是我们生活中非常私密的部分。在大数据使得较之以往任何时候都更为强大的发现成为可能的同时,重新审视相关信息被所有医疗保健机构共享后的隐私保密方式也显得相当重要。医疗保健行业的领导者已经呼吁构建一个更为广泛的信用框架,使得不同来源、不同隐私保密程度的健康数据得以汇聚。这一框架需要附加《健康保险便利和责任法案》与《反基因歧视法》(“Genetic Information Non-Discrimination Act”, GINA)中的隐私保护条款,并同时设计标准化数据结构以提高其跨平台适应性。在研究了健康信息技术后,总统科技顾问委员会得出以下结论:国家需要建立统一的数据标准与结构,使不同类型的数据记录可以在受到控制的条件下方便访问。

在医疗数据保密框架逐步跟进技术发展的过程中,需要全美医疗保健与保险的供应商之间细致协商,而这份努力将为未来的国民经济与公民健康的福祉奠定基础。

二、对学习的研究:大数据与教育

如今,上到大学,下至幼儿园,众多科技帮助并提升了学生在课内外的学习过程。获取学习资料、观看授课视频、评价教学活动、进行团队合作、完成家庭作业、参加课程考试,这一切都可以在互联网上完成。

这些基于科技进步的工具与平台给予学生和教师更多的可能性。仅需数代的革新,这些工具就能提供实时的评估,使学习资料能够按照学生的接受速度来进行演示。不仅如此,教育技术还能扩大受教育人数、增进学生间的互动,并使教学内容的持续性反馈成为可能。

除了个性化的教育,新的数据类型的运用使得研究者对于学习行为的研究能力产生质的飞跃。从大规模开放在线课堂等基于科技的学习平台上获取的数据可以被精确跟踪,借助这些数据,我们能够进行对远超传统教育方式的探索,对学生学习轨迹的移动进行更为准确与广泛的研究。具体包括:深入了解学生在学习活动中的接收效果,根据不同的学习目标,选择合适的

学习资料,并进一步地运用这些数据帮助那些处于相似状况的学生。目前,教育部正在研究如何运用这些科技,并已开始整合国家教育技术计划下在线教学平台所产生的数据,并计划成立虚拟学习实验室,为进一步的研究提供方法论上的指导。

教育领域的大数据革命同时也带来了一些亟待解决的问题:随着科技日益深入课堂教学,我们如何最好地确保学生的隐私不受侵犯。一方面,各州与本地社区历来都是教育的主要提供者;另一方面,大量在线学习工具与课程都是由盈利性企业提供。这就导致了在谁有权获得线上教育平台产生的数据及这些数据应当如何被使用的问题上备受争议。对于这类教育记录,《家庭教育权和隐私法案》(“Family Educational Rights and Privacy Act”, FERPA)、《保护学生权利修正案》(“Protection of Pupil Rights Amendment”, PPRA)和《儿童在线隐私保护法》(“Children’s Online Privacy Protection Act”, COPPA)中的相关条文在使用过程中都会遇到相应的挑战。

三、在大数据时代保护儿童的隐私

今天的孩子们是从识字前就接触数字设备的第一代人。在美国,青少年是移动应用与社交平台上的活跃用户。当他们使用这些科技时,关于他们的精确数据,其中一些甚至包含敏感信息,就在网络上被存储与处理。这类数据既包含能够大幅度提升孩子的学习效果并为其开启全新机遇的可能性,但同时,也可能在他们成人时形成一份入侵型的消费者个人信息,或通过其他方式对他们之后的生活产生影响。

虽然年轻人一般与成年人一样或乃至更加清醒地意识到数据会被商业机构与政府部门使用,但他们的数据还是会经常地受到父母、老师、大学招生人员、军队征兵人员与社会工作者的审查。他们中的弱势群体,包括寄养儿童与无家可归的年轻人,他们通常没有得到成年人的指导,因而特别容易遭受数据滥用与身份盗窃。在强有力的监视之下,年轻人苦苦寻找保护他们隐私的方法。即使他们无法限制别人对于分享内容本身的获取,许多年轻人仍然尝试着用多种方式将所分享内容的含义变得模糊、晦涩,使得只有特定的对象才能理解其中的意思。

因为年轻人是那么的年轻,他们需要适当的自由来探索与尝试,而不至于因一时的疏忽在日后受到挥之不去的侵扰。儿童在线隐私保密法要求网站运营商与移动应用开发者在收集低于13周岁儿童的个人信息时,必须征得其父母或监护人的同意。而现在,我们对于儿童正在遭受什么“伤害”以及怎样的政策框架才能确保他们伴随技术成长是一种促成而不是阻碍,都还没有能够得出确定的结论。

与医疗保健一样,青少年在与数字教育平台的交互中表现出的部分数据是极其私密的个人信息,这些数据包括对于特定学习方式的偏好及他本人相对于其他学生的表现。它甚至能够分辨出有学习障碍或注意力无法长时间集中的学生。根据学生在一天内的上线与在线时间,他个人的生活习惯甚至都可以被获知。教育机构应当如何使用这类数据来改善学生的学习机会?对于使用这些平台的,特别是处于基础教育阶段的学生,他们如何能够保证自己的数据是安全的?

为了回答关于这些数据的所有权与恰当使用方式的复杂问题,教育部于2014年2月公布

了针对在线教育服务指南。指南明确指出,只有满足《家庭教育权和隐私权法案》与《保护学生权利修正案》中规定的具体要求,学校或学区才能够与第三方机构签订涉及学生数据的协议。随着越来越多的线上学习工具和服务可以为孩子们所使用,州与地区政府也正密切地关注着这些问题。学校与学区以未来合法的教育效益为目的的共享受到保护的学生信息,并且在分享的过程中必须对这些信息保持“直接控制”。即使在这新的指导之下,如何在大数据世界中最好地保护学生隐私仍必须是一个持续的议题。

当局正致力于解决这些问题,并通过教育部加以实施,来使得所有的学生在享受大数据在教育与学习上带来的创新效益的同时免于受到其潜在威胁所带来的伤害。正如教育部长阿恩·邓肯 (Arne Duncan) 所说:“学生数据必须是安全且珍贵的,无论它存储在何处,它都不是一种商品。”这意味着必须确保学生的个人信息与在线活动不受到不恰当的使用,尤其当这些信息是在教育环境下被收集的。

四、大数据与隐私

以物联网为工具的大数据打破了许多私人空间。家中的无线网络信号 (WiFi) 可以显示出屋里的人数及其位置,也可通过采集功耗数据来显示出你在屋里的移动。当你走出房间时,在线面部识别技术也可以将你从图像中识别出来。始终开启的有音频和视频接口的可穿戴设备以及整个物联网设备的出现只会产生越来越多的信息采集量。在合法使用的传感器的海洋中,限制信息采集是一个巨大的挑战,几乎是不可能的。

这种无处不在的信息采集是由大数据技术本身性质所决定的。无论是产生模拟信号还是数字信号,数据都被重复使用着,并且以前所未有的方式结合,这便激励着更多的数据采集。数据的潜在价值推动着“土地战”,机构的重点也转向尽可能多的采集和利用数据。公司不断地发掘他们已有的数据,同时寻找他们需要的数据来提高其市场地位。当今世界,数据存储的成本已经大幅下降,同时仍具有尚无法预测的未来创新潜力,所以采集尽可能多的数据是至关重要的。

大数据的另一个现实就是,数据一旦被采集,就很难保持提供者的匿名性和隐私性。虽然有研究希望在大数据的采集中模糊个人识别信息,或重新标识“无名氏”的信息。融合数据技术集资要比隐私保护技术方便许多。

总之,这些趋势要求我们关注 40 年中,告知与同意框架是如何为隐私保护提供支持的。在结构性过度采集的技术中,重新鉴定要比识别功能更强大,并将重点放在了信息的采集和保存上,个人的隐私就没有那么受关注了。总统委员会科学技术的顾问说:“告知与同意框架已经被大数据所带来的正面效益打败了,大数据所带来的新的、并非显而易见但十分强大的使用价值。

(来源:浙江大学历史数据研究小组)

(未完待续)

《转化医学专题》

转化医学与医疗卫生事业及生物医药产业的融合 (一)

张勤 上海市卫生和计划生育委员会科技教育处

改革开放三十年积淀的整体科技创新力,一方面为我国现代医学理念、基础与临床科学研究和卫生科技管理系统打下坚实基础;另一方面也为科技型新创民营生物医药企业提供了源动力。转化医学时代的降临,为我国医学卫生事业发展和生物医药产业提升提供新一轮历史性机遇。综观目前国际转化医学发展热点,我国科研、临床的整体实力并没有处于实质性劣势。相对于处在同一起跑线的中国临床医学界,正面临历史赋予我们的千载难逢契机。能否及时把握,取决于社会各层面的整合、协调与管理,甚至完全有可能创造一个“中国模式”。

一、政府对转化医学的推动作用

(一) 政府参与的必要性与重要性

当前世界各国都面临着同样的挑战:健康需求的提升与医疗资源的紧缺,疾病谱变迁,人口老龄化带来疾病负担加重,新的流行性疾病出现等。国家和地方政府在卫生事业中的角色及其跨度涉及了政治、经济、社会和文化各个领域,由此交织成国家卫生战略发展的网底。美国政府一直以来在科技产业扶持模式以强调市场调节为主,在“市场失灵”时,则进行及时的“补位”。即着重于宏观管理,以间接干预为主,主要通过制定强有力的经济与科技法律、法规,创造一个有利于科技进步的大环境。政府干预的主要手段有:实施一系列国家重大科技计划;对基础研究的统一管理;参与解决投资大、风险大的重要领域研究;对重大的、跨学科、综合性技术领域及公用技术领域给予适当扶持;开展知识产权保护的立法和执法;建立和执行统一的技术标准和对企业的技术与研究给予税收上的优惠等。

近年来欧美等发达国家以政府为主导,大力发展转化医学研究,以此引领的这场生物医学变革希望在所有涉及人类健康的行业、学科间建立密切联系,有望将过去百年来不断向纵深发展的各种生命科学研究横向联系起来,最终建立起一个整体的向下能够更加有力深入,向上能够尽快托起人类健康的平台。美国国立研究院(NIH)继建立60个转化性研究中心后,近期又新设立国立转化医学推进中心(NCATS),接手制药公司既没意愿也无资源去实施的相应的临床研究工作,尽一切努力保障前期研究工作,以便吸引制药公司的后续投资。此举进一步促使具有潜在商业吸引力的项目走出学术象牙塔,实现高新技术的产业化。

我国政府在以往科技发展的推动上扮演着重要的角色,如1984年开始设立国家重点实验室建设,1995年在全国实施科教兴国发展战略,1997年教育部在高校开展产学研合作的试点等,地方政府也在国家方针的指导下相应设立了各类科研资助项目,至今国家和地方每年仍不断投

入大量的科研建设经费。但很显然,对纳税人、政府、研究人员和企业各方来说,科技发展资源投入与取得的经济和社会效益产出,与其期望值尚存在较大差距。既然转化医学强调理论型科研向知识型经济的思路转变,那么该如何进一步推动卫生事业及生物医药产业的升级呢?特别是在我国医疗资源有限和经济发展欠发达的时下,如何有效地开展医学科学研究,促成科技成果转化,从而更大地发挥有限资源的配置效率与使用效率,业已成为亟待解决的重要问题。一方面,据报道,我国每年取得的约 3 万件科研成果中,其中进行转化的只占 20%,而真正实现产业化并形成一定效益的只占 5%;另一方面,近几年来,国外职业专利买家热衷于购买国内知名高校或研究所教授的“点子”而非已形成的专利。这一现象值得我们警醒,因为它反映了国内科技成果转化链上存在着某些管理缺陷和环节断层,亟需系统梳理和及时补位。

诺贝尔经济学奖得主道格拉斯·诺斯教授曾指出“制度变迁与技术进步具有相似性,同样是经济和社会发展的源泉;技术设定了经济发展可能达到高度的上限,但它实际上能达到多少,则由制度决定;人力资本积累的过程必须与政府创造良好创新环境和有利于技术进步的制度相结合”。我国著名经济学家吴敬琏教授的观点异曲同工:“制度安排的作用重于技术演进自身,只有建立充满活力的新体制,才能实现经济增长方式的转变,才能真正做到自主创新,才能最终建成创新型国家”。转化医学研究的落脚点在基础研究成果快速向临床转化,这一点已达成广泛共识。那么开展转化医学研究关键的出发点呢?笔者认为,应是“科技创新管理体系的重构”。由此切入,将发挥提纲挈领的作用,为转化医学机构的运作、发展提供“粘合剂”和“润滑油”。而这一任务的承担人牵涉卫生行政部门、医学高等院校院所、医院管理者和生物医药产业经营者。由此可见,在这场生物医学变革中,政府的角色不可或缺并首当其冲,需要尽早明晰,成功定位。

(二) 政府在转化医学中的重要角色

转化医学关系到医疗、教育、科研、产业链的有机结合,除政府外,其它单位机构都无法扮演这一统筹的主导角色。这关乎政府在社会管理中与“社会组织”的分工合作,或者说,如何更好地发挥社会组织的积极作用,以提升社会管理的效率,存在政府角色如何重新厘清的问题。我们注意到 2011 年国家自然科学基金申请的医学科学部项目指南中,首次提出了“鼓励基础医学与临床医学相结合的转化医学研究”,在一些地方的卫生项目申请指南中,这一引导倾向也有所体现,但这还不足以全面、高效推动转化医学研究的发展。国家卫生部前部长陈竺院士认为“转化医学不是一个口号,也不仅仅是一种理念,它需要行动,需要战略规划,需要路线图,更需要一些创新,特别是机制上的创新”。政府作为卫生事业发展的责任人,政府决策设计有利于完善转化医学研究体系。在推动转化医学研究机制创新,扶持转化医学与产业和社会融合中,负有须履行的义务并承担重要的任务。

1. 政府是转化医学实践的总体规划者

政府从国家或地方层面,倡导聚焦重大疾病领域、重要医学科研问题,确立转化医学发展目标和规划,设计并制订出具体战略路线图,成立转化医学发展协调部门,设立转化医学基金资助项目等,有利于避免转化医学机构或项目的重复建设、盲目上马,有利于提高科研经费的

使用效率和成果的转化效能。一是从国家层面组织专家设计、论证总体发展蓝图,确立近、中、长期发展规划;二是利用好现有优势资源,如已建成的国家重点实验室、医学高科技园区、教育部重点学科和卫生部专科专病中心等,在此基础上谋求重构;三是科学评估、合理遴选转化医学研究工作试点,统筹条件成熟的地方因地制宜、错位发展;四是从原创性命题的研究、融合现有先进技术的研究、改进现有药物的研究等不同层面制定战略目标,鼓励研究机构结合自身的比较优势,多角度有效开展转化医学研究。

2. 政府是转化医学发展的投资方

虽然生物医药企业是将基础研究成果、药物研发与临床应用对接的一个活跃因素,并承担着研发项目投资的风险,但医学基础研究的高失败率,临床研究的高成本和长周期,我国社会投资体系的不完善以及生物医药企业不愿涉足前景不确切的项目,使得政府在高新技术风险投资中还须参与和推动,在转化医学实践开展的前期将会是主要投资方。高新技术项目在临床前研究需要大量资金的投入,而一般社会风险投资热衷于研究成果有市场转化项目的追加投融资,这便造成了供需双方在时间上的错位而不能有效对接,政府的介入是对“市场失灵”的一种矫正和引导。由财政列出专项预算加大基础设施、信息化建设等的投入,在国家与地方自然科学基金、产学研专项研究基金、成果转化奖励计划和各级科技发展基金中,通过设立转化医学基金项目、转化医学人才培养项目,并试点资助建设转化医学中心,为转化医学的发展提供第一桶金。

3. 政府是转化医学人才的培育员

引导多部门、学科的交叉合作,共同培育转化医学人才。通过设立项目和建立人员流动机制,打破地域和部门障碍,组建多学科交叉团队实现联合科技攻关,开放课题增强创新思想的碰撞。在高校人才培养进行相应的医学教育体系改革,尤其是博士培养体系改革,对课程设置、教学训练模式进行创新设置,推进研究生培养模式改革,在一定范围内促使专科人才培养逐步过渡到复合型人才的培养。尤其在研究型医院,培养大量转化医学急需的培养复合型人才,即懂得基础科研的临床型科学家和了解临床需求的基础研究专家。建立科研人员档案及信用系统是人才储备的关键。一方面基于研究成果产出的偶然性和长期性,在政策导向上应宽容科研失败,并鼓励科研人员的流动和转化医学机构的开放;另一方面基于资助项目评审的公平、公正性,有必要建立我国科研人员的信息辅助管理系统和信用评估动态跟踪系统,由政府建立项目执行者的过往科研经历、科研诚信等档案库,可作为对项目评审专家的选择,拟立项目主要负责人的评审依据,从而间接降低政府投入及社会资金风险投资的成本。

4. 政府是转化医学环境的构建者

协调利益、化解矛盾,单靠政府的力量,对社会生活各领域“大包大揽”的治理方式已不断被修正,调动和发挥社会组织的积极作用,完善社会管理格局更突显出实际操作上的意义。全国性专业学术团体、志愿者组织、慈善基金机构及科技中介等对政令的执行可起到协助和推动作用,完善和弥补了政府行政管理上的某些缺位。为社会组织的良性发展创造合理的空间,给予科研成果转化配套的优惠性财税政策,疏导有利于开展临床科研教育的医患关系,鼓励海

内外优秀人才汇聚及营造“政产学研医”合作开放的社会大环境等,是政府推动转化医学与发展的一个重要角色。政府相关行政主管部门通过牵线搭桥,组织不同学科和部门的专家人才,组建产学研用一体化的转化医学团队,有效推动多部门参与共建,及时高效地协调和沟通,同时保障各成员方的利益;二是作为社会架构的中枢,构建公共资源信息和市场供需信息的汇总、维护、咨询等网络服务平台,满足研究人员与医药厂商的需求;三是资助举办或交办研讨会议,尤其注重生物医药企业的加入,在全行业营造重视转化医学的环境和氛围,也有助于转化医学机构拓宽并搭建广泛的合作网络。

5. 政府是转化医学规范的监督者

由政府建立一套全面、持续的监管制度,出台转化医学中心规范化建设标准和指南,对设立的转化医学研究项目开展督导:一是,对申请设立转化医学研究机构的资质,研究过程的质量控制以及退出机制的审查评估;二是,对转化医学涉及生命科学与医学伦理问题的监督,研究对象的权益首先需要得到切身保障,同时也是对后续工作开展的有效保证;三是,病例资源的安全维护、有效共享,需要政府发挥守门人的作用;四是,加大知识产权相关方的利益保护,创造有效吸引投资的良好法律、人文环境,提升专利产业化力度。同时,基于目前及将来转化医学研究平台的全国性布点建设及合作网络的交叉联合,统筹建立国内统一标识的、与国际认证接轨的生物医学信息建设标准及控制中枢,将避免因各机构标准不一,造成数据缺失、重复投入的资源浪费,有力保障数据信息的对接共享、安全维护和成果数据获得国际认可。

6. 政府是转化医学国际地位的铺路人

随着近年来我国科研人员在基础科研成果国际影响力的日渐突显,如何更多、更高层次地参与和融入国际卫生科技领域工作,需要政府开展相应的外交策略研究和分析,争取更多地参与世界卫生组织等国际合作组织管理事务工作,提高我国在转化医学这一新兴领域参与全球合作项目的机会,掌握相关规则制订的话语权。通过建立官方双边或多边交流与合作渠道,促进民间社团、组织交流的活跃,将有利于增强我国的全球科研竞争力,增加科研人员对外交流与合作的机会。由此可见,铺垫迈向国际前沿通途并激励具有世界眼光、民族精神的转化医学领军人才参与国际合作与竞争,也是政府推进转化医学工作的责任。

二、医疗卫生机构的转化医学实践

医院学科建设以科学研究为载体,以满足患者需求、培养医学后继人才为己任,以创新性重大研究发现为标志,不断开展新技术新方法为手段,从而达到提升学科综合实力的目的,并最终指向提高医疗质量和效益。不难看出,医院学科建设即是转化医学的实践单元。

(一) 转化医学为学科建设树立新标高

学科是医院医、教、研工作开展的基本单元。因而,学科建设是确保医院长足发展的重要通道,其建设成效直接奠定了医院在区域、国内及国际行业领域中的技术和学术地位。

1. 明确发展目标

学科建设是医院发展的一个重要手段,它依据人群健康状况及需求,结合现有发展水平、技术和条件,确定改善人群健康的目标和重点以及实现这些目标和重点的途径,确立并遵循学科发展方向。学科方向是学科建设的基础,一个学科有多个方向,学科建设中首要的任务就是根据医院实际情况和区域社会经济发展的要求选择、调整和凝练学科方向。

2. 从多维度运作

从系统的观点出发,界定学科建设的要素及其相互作用通路。学科是在不同的时间、空间和人群中,由主体、客体和环境相互作用,形成在纵向和横向间的网络式连接,活动过程涵盖了制定、执行、监控、评估等环节,由此构成了一个有机大系统。环境把各种要求传输给主体,主体通过借助环境中的支持条件,同时发挥主观能动性作用于客体,最终实现组织目标。

3. 具备战略高度

无论是建设依据还是建设目标,除了考虑现有需求特点、支撑条件和可行性方案,还要以前瞻的智慧、发展的观点,结合当前社会、经济、文化、环境的发展趋势特征,提前布局和谋划应对,保证学科建设的前沿性、稳定性与连贯性。

4. 以人为本原则

医学学科的属性使得学科建设中人既是作用者又是受用者。因而,须充分应用人本主义理念作为管理工具,激发作用者的积极性和创造性,切实合理满足受用者的需求,使学科建设决策科学、协调有效、执行得力。

(未完待续)

《医改声音》

美国医疗服务整合模式

美国医疗服务的整合模式伴随着管理式医疗的发展、医生中介组织的壮大、健康维护组织 (HMO) 的不断演化。在整合的过程中, 医院、医生及保险机构互相约束、制衡、博弈或联手, 最终为患者提供高质量、低成本的服务。

美国模式之一: 医生中介组织的角色与力量

1. 个体医生协会 (Individual Practice Association, IPA): 独立法人, 多为非营利, 可与一个或多个保险公司签约, 负责价格协商, 不负责行政管理。采用按人头付费方式与保险结算, 然后与每个医生结算, 共同承担费用风险。

2. 医生 - 医院组织 (Physician-Hospital Organization, PHO): 由一家医院和一群医生基于共同的市场和利益构成, 负责与保险谈判、议价和签约。签约医生仍可自行执业, 但要接受签约范围内管理式医疗推荐的患者。医生和医院的关系相对松散。这种方式可以视为双方进一步紧密合作的过渡。为保证其运行效率和质量, 签约支付方通常是前瞻性支付政策 (成本和质量可控)。PHO 模式需要强力的资源管理平台、强大的信息系统、医生在制定标准和规则落地时需要高度参与。

3. 服务管理组织 (Management Service Organization, MSO): 为签约医生群体提供行政事务管理和执业辅助服务的机构, 一般隶属于一家医院或由医院和医生共同拥有。医生具备独立行医和保险机构签约权利。

4. 医务人员管理公司 (Physician Practice Management Company, PPWC): 营利性机构, 提供诸如开账单、收款、合同协商等全方位的服务。服务费按照上年医疗总费用的一定比例提取, 当 PPWC 成员涵盖所在地区的大部分医生时, 在合同协商方面优势明显。

5. 开放式医生组织 (Group Practice Without Wall, GPWW): 由一群小型诊所医生组成的服务网络, 保持各自执业地点和服务独立性。可以利用数量上的优势, 在服务价格谈判方面发挥优势。

6. 医疗执业团体 (Medical group practice): 独立法人机构, 以股份制形式运作, 高级医生数量越多, 成功概率越高。拥有自己的机构或服务功能, 各成员医生之间互相合作, 每个医生的个人收入与总体业务量直接相关。

7. 基金会模式 (Foundation model): 医院发起成立的公益性基金会, 由基金会购买医生的服务; 为了符合公益性原则, 基金会表明所提供的服务均为公益服务; 另外一种模式是基金会作为独立机构, 直接与医院和医疗执业团体签约购买医疗服务, 三者独立, 但关系密切。

由此可见, 美国的医生中介组织是在自由执业市场机制和保险支付机制下的产物, 医生作为医疗消费的决策者、医疗服务市场的中坚力量, 拥有着毋庸置疑的话语权和地位。这也意味

着医疗产业市场上形成医院、医生和保险机构三足鼎立的局面,为进一步提供高质、高效和低成本医疗服务奠定基础。

美国模式之二:管理式医疗

1. “守门人”制度:参保者选择签约范围内的医生或医院,保证转诊有序。
2. 激励机制:推动健康风险评估和健康维护计划,鼓励医疗服务提供者控制成本。
3. 准入和质量:只有“保险医学资格认证”和医疗行为信誉审查的医生才能签约保险机构;在和医院或医生共同承诺提高医疗质量的基础上,明确服务范围、内容、价格及支付程序,签订具有法律效应的合同。
4. 医疗有效性数据信息集 (Healthcare Effectiveness Data and Information Set):是管理式医疗应用于评估医疗绩效的标准,由国家质量保证委员会 (National Committee for Quality) 制定更新,各机构上报数据作为质量认证的证据和行业对标的依据。涵盖 75 项,8 个领域 (医疗服务的有效性;医疗服务的可及性和方便性;医疗服务体验;健康计划的稳定性;医疗资源利用程度;患者知情程度;健康计划的信息描述程度)。

美国管理式医疗的优势在于将医疗服务提供方和支付方在利益共享、风险共担的机制下,通过医疗资源管理、医疗质量管理、医疗成本管理和健康风险管理,实现医疗服务的质量-成本最优化。

美国模式之三: HMO

健康维护组织 (Health Maintenance Organization, HMO) 起始于会员预付制,属于经典的管理式医疗。1973 年,美国联邦政府颁布健康维护组织法案 (Health Maintenance Organization Act, 1973) 后获得巨大发展。HMO 伞状结构下包含多种类型的医疗机构、医生群体组织、健康计划等医疗服务运营平台,为患者提供不同层次、连续性、跨区域的健康医疗服务解决方案。执业医师群体与系统的关系更紧密,尤其是健康计划 (含支付方案) 是真正体现“整合”的精髓。HMO 既是服务提供方也是支付方。参与健康计划 (购买医疗保险) 的客户既是健康计划的会员,也有可能成为医疗机构或者医生的患者。HMO 运营依靠强大信息系统和医生的紧密合作,整合资源,提升资源利用度,降低成本,提高效率,以达到质量、成本和效率的最佳平衡状态。

1. 开放型 HMO: 医生作为一个个体与 HMO 直接签约 (Direct Contract HMO)。HMO 也可与个体医生协会签约,个体医生协会再与单个医生签约。一般按人头费、折扣价或约定价等方式结算。每个医生除了为 HMO 服务外,可保持独立诊所和行医自由权,也可以与其他保险公司签约。每个参保人需要挑选一名签约医生作为自己的全科医生。

2. 封闭型 HMO: 签约医生及其医院只为 HMO 参保人员服务。参保人员不必选择某个医生作为全科医生,但须选择某家医疗机构作为自己的初级医疗单位。HMO 通常拥有自己的医疗机构,有的直接雇佣医务人员并支付薪酬 (Staff Model HMO); 有的与医生团体 (Medical Group

Practice) 签订服务合约。后者一般采用按人头付费方式支付酬金, 医生团队再以薪金结合激励机制支付 (Group Model HMO) 每个医生的劳务报酬, 医生团体承担相关的行政管理职责。

3. 混合型 HMO: 比较常见的结合为个体医生直接签约模式 + 封闭式模式 (团体模式)。

案例: KP 医疗集团

凯撒医疗 (Kaiser Permanente, KP) 是美国最大的 HMO 集团, 由三个机构组成: 营利性的普尔曼迪医疗集团 (Permanente Medical Group, PMG) 是医生组织; 非营利性凯撒基金会健保计划 (Kaiser Foundation Health Plan) 是保险组织和非营利性的凯撒基金会医院 (Kaiser Foundation Hospitals), 简称 KP。截至 2010 年, 拥有会员 870 万人, 医院 36 家, 诊所和其他设施 533 个, 雇员总数 16.7 万人, 医生 15853 人, 护士 46866 人。集团全年运营收入 442 亿美元, 净利润 20 亿美元。全年门诊量 3164 万人次, 住院手术 12.5 万例。

1. KP 的整合模式:

- 提供医疗服务与支付渠道整合 (KP 保险公司直接支付给自己的医院和医生);
- 医疗服务系统内部各环节整合 (全科医师与专科医疗; 专科医疗与康复团队; 全科医师与慢病教育);
- 内部生态系统平衡 (保险仅支付 KP 医院和医生; KP 医院为 PMG 医生开放设施使用权; PMG 医生只在 KP 医院执业并为 KP 参保人员服务; 集团结余利润由 PMG 医生公司分享)。

2. KP 的运营特点:

24 家医院通过医院信息系统 HIMSS 七级认证; HEALTH CONNECT 信息系统嵌入慢病管理方案和临床路径, 协助医生开展哮喘、疼痛、冠心病、抑郁、糖尿病、心衰和肥胖等慢病管理 (占 60% 支出)。

3. 医疗服务整合效率:

KP 会员年费低于美国平均水平 20% ~ 30%; KP 医院全部通过了美国最高医疗质量管理标准认证。如果将 KP 集团与英国 NHS 进行对比, 医疗支出水平相当, 而在绩效方面, KP 明显优于 NHS (BMJ, 2004)。

- 医疗资源配置: 万人拥有专科医生数, KP 是 NHS 的 2 倍; 初级保健机构医生平均配置数量, KP 是 NHS 的 8 倍; 初级保健医生拥有检验、影像和药房设施支持比率, KP 是 NHS 的 4 倍;

- 医院运营效率: KP 平均住院日为 3.9 天, NHS 为 5 天;

- 医疗服务可及性: 等候专科医生时间, NHS: 36% 患者 < 4 周, KP: 80% 患者 < 2 周; 初级保健医生门诊时间, NHS 平均 8.8 分钟, KP 平均 20 分钟。

- 医疗绩效: 乳腺肿瘤筛查率 (NHS 中 50 ~ 64 岁 3 年筛查率为 69%, KP 中 52 ~ 69 岁 2 年筛查率为 78%); 糖尿病患者每年检查率 (NHS 为 60%, KP 的 65 岁以下为 70%)。

摘编自《健康界》

《科教动态》

2014 年全国卫生计生科教工作会议在京召开

为贯彻落实党的十八大、十八届三中全会精神和习近平总书记关于科技创新和人才工作的一系列重要指示精神,总结工作和交流经验,2014年6月6日,国家卫生计生委召开了全国卫生计生科教工作会议。国家卫生计生委主任李斌、副主任刘谦出席会议并讲话。

李斌主任指出,近年来卫生计生系统紧紧围绕经济社会发展大局和人民健康需求,不断推动医学科技创新,着力加强医学人才培养,为推进事业改革发展、提高人民健康水平发挥重要的支撑作用,但与党中央、国务院的要求相比,与人民群众的新期盼相比,还存在一定的差距。李斌主任提出了4点要求:一要深刻认识科技教育在卫生计生事业中的战略地位,增强做好工作的责任感和使命感;二要服务大局,服务需求,以科技创新驱动卫生计生事业发展;三要完善体系,提高质量,切实抓好人才队伍建设;四要加强领导,注重协同,有效提升科学管理能力。

刘谦对“十二五”期间“新药创制”和“重大传染病防治”国家科技重大专项工作稳步推进,住院医师规范化培训制度初步建立等卫生计生科教领域7大方面的进展进行了回顾,部署了近期工作重点:在全面落实“十二五”规划任务同时,及早谋划“十三五”规划;做好国家科技重大专项工作的组织实施,提高地方参与程度,加强临床研究;加强科研项目和资金管理,提高医学科技治理水平;落实住院医师规范化培训制度,启动专科医师规范化培训制度建设工作。

上海市卫生计生委、浙江省卫生计生委、四川省卫生计生委、中国医学科学院、中国疾病预防控制中心、国家人口计划生育科研所、上海市医学伦理专家委员会7个单位还分别作了大会交流。

国家发改委、教育部、科技部、财政部、国家食品药品监督管理总局、中国科学院、中国工程院、国家中医药管理局、解放军总后勤部等9个相关部委负责同志,10余名医疗卫生领域“两院”院士,国家卫生计生委相关司局负责同志,各省、自治区、直辖市卫生计生委(卫生厅局、人口计生委)及新疆生产建设兵团卫生局、人口计生委分管领导、科教处处长参加会议。

(市卫生计生委科教处)

国家卫生计生委召开 2014 年度公益性行业科研专项项目启动会议

根据公益性行业科研专项总体工作部署,2014年5月8日,国家卫生计生委科教司在北京铁道大厦组织召开了2014年度公益性行业科研专项项目启动会议。

会议上,王辰副司长针对行业专项项目在执行过程中容易出现的一些问题,向项目组织推荐单位、项目承担单位及项目负责人提出要求,希望各参加单位进一步加强项目过程管理和监督,规范经费预算执行,重视科研诚信、知识产权及医学伦理工作,保证项目顺利实施。财政部教科文司高慧同志就《国务院关于改进加强中央财政科研项目和资金管理的若干意见》文件

精神予以解读,并对加强项目管理、继续做好与国家科技计划衔接、加强预算执行管理等方面提出了要求。

会议还邀请了国家食品安全风险评估中心齐军高级会计师就行业专项经费管理和预算规范化执行等问题进行了针对性的培训。总后卫生部科训局程旭东副局长、有关组织推荐单位代表、项目负责人、项目骨干参加了会议。

本市2014年度公益性行业科研专项项目共立项2项,分别为上海市第六人民医院张长青教授牵头的“基于显微外科的严重肢体组织缺损修复关键技术的优化、规范及评价研究”项目和上海交通大学医学院附属第九人民医院范先群教授牵头的“常见眼恶性肿瘤诊疗新技术、规范及其应用研究”项目。
(市卫生计生委科教处)

上海市卫生计生委开展重中之重临床医学中心和重点学科中期督导

根据《上海市市级医疗卫生学科建设管理办法》要求,为切实加强重中之重临床医学中心和重点学科的管理,市卫生计生委定于6月~7月开展重中之重临床医学中心和重点学科中期督导。

列入本次督导的对象为2012年遴选出的重中之重临床医学中心和重点学科建设项目(包括A类和B类)。督导采取学科汇报、专家评分、学科互评的形式开展,重点督查学科建设目标及完成情况,学科影响力、发展方向及创新情况,人才培养和团队建设情况,资助经费使用情况等。

(市卫生计生委科教处)

国家卫生计生委召开“艾滋病和病毒性肝炎等重大传染病防治”科技重大专项 2014 年度立项课题启动暨在研课题管理工作会议

2014年6月12日,国家卫生计生委在北京召开了“艾滋病和病毒性肝炎等重大传染病防治”科技重大专项2014年度立项课题启动暨在研课题管理工作会议。

会上,传染病专项实施管理领导小组办公室、国家卫生计生委科教司王辰副司长发表讲话,要求各项目承担单位高度重视传染病专项的实施,规范资金使用、日常管理,严格实验室生物安全。会议还向传染病专项责任专家组组长颁发了聘书,并邀请了科技部重大专项办公室、财政部科教文司、国家卫生计生委科教司技术处、实验室处及科技部信息中心分别就专项科研管理制度、专项资金管理制度、医学伦理和知识产权、实验室生物安全、科技报告制度和专项相关软件填报等进行了培训。

总后卫生部科训局程旭东副局长、有关组织推荐单位代表、项目负责人、项目骨干参加了会议,本市传染病专项在研课题均派员参加了会议。
(市卫生计生委科教处)

上海市援助万州开展医学科教管理专题讲座

为切实做好对口帮扶重庆市万州区工作, 加强技术帮带及人员培训, 根据本市对口支援与合作交流工作领导小组办公室的要求和万州区的实际需求, 2014 年 6 月 9 日 -13 日, 市卫生计生委组织了本市医学科教管理专家赴万州开展现场讲学。重庆市卫生计生委科教处、重庆医科大学附属各医院、重庆三峡中心医院、万州区人民医院、儿童医院、附属口腔医院等科教管理干部 70 余人参加了讲座。

本次赴万州讲学的主要内容包括医学科研管理和方法及继续医学教育管理。市卫生计生委科教处张勘处长主讲现代医学科技核心管理; 上海市第十人民医院李济宇副院长主讲医学科学研究的设计、方法及管理; 上海交通大学医学院继续教育学院王雄国院长主讲国内外继续医学教育工作现状及思考。各位专家的讲座不仅具有前沿性、先进性, 且理论联系实际、深入浅出、生动贴切, 受到了参训者的一致好评。讲学达到了预期目的, 取得了良好效果。

对口帮扶、支援西部大开发是党中央和国务院的重要战略部署。多年来, 上海卫生计生系统紧紧围绕“动真情、办实事、求实效”的要求, 主动加强与对口地区卫生系统的沟通联系, 充分发挥了本市卫生医学技术优势, 为保护受援地区人民群众健康、促进当地卫生事业发展做出了积极贡献。

(市卫生计生委科教处)



图1 讲学现场



图2 张勘处长与学员互动



图3 李济宇副院长在讲课



图4 王雄国院长在讲课

2012-2014 年上海市卫生计生委科教处境外培训团组交流汇报会召开

为提高上海医护人员的技能水平、增强上海卫生系统的综合实力,上海市卫生计生委科教处分别于 2012 年选派了 8 位专业人员赴英国皇家内科医师学会(RCP)接受为期 6 周的临床药学/脑卒中培训、2014 年选派了 6 位专业人员赴澳大利亚新南威尔士大学接受为期 3 周的舒缓疗护(临终关怀)培训。为展示培训成果、总结经验,更好地开展今后的合作,使培训项目能够更有针对性地提高上海医护人员的技能水平、提升上海医疗机构的管理水平、增强上海卫生系统的综合实力,2014 年 5 月 30 日(星期五)下午,“2012-2014 年上海市卫生计生委科教处境外培训团组交流汇报会”在中山医院 2 号楼中山大讲堂举行。市卫生计生委科教处张勘处长、基层卫生处杨颖华副处长、中山医院阎作勤副院长、教育处郑玉英处长、上海国际医学交流中心万兴旺主任、上海市社区卫生协会毛春芳常务副会长、药学会、上海市医学会老年医学、肿瘤、神经内科等专科分会专家代表、两批培训学员及学员所属各医院科教、人事部门负责人共约 50 人参加了此次交流汇报会。



参加 2012 年 RCP 培训脑卒中组的史朗峰(华山医院)、丁晶(中山医院)、方晶婷(九院)、林岩(仁济医院),临床药学组的金知萍(中山医院)、徐阿晶(新华医院)、廖赞(十院)、余自成(杨浦区中心医院)8 位医师,参加 2014 年澳大利亚舒缓疗护的夏燕萍(华山医院)、严勤(临汾街道社区卫生服务中心)、龚玮华(提篮桥街道社区卫生服务中心)3 位医生(另有一位肺科医院吴凤英医生因境外培训请假)和刘晓芯(胸科医院)、刘睿艳(中山医院)两位护士分别作了各自培训的汇报介绍。各位培训人员图文并茂介绍了培训国家的基本医疗和保险制度、医疗流程,培训概况、专业知识的收获,人文关怀、文化背景的冲击等,除了培训期间的所见所闻所想,更有回沪工作后在本职工作中对先进理念的效仿试行,与会领导、专家、听众均表示获益匪浅。市卫生计生委科教处张勘处长分别点评了培训人员的汇报并总结发言,对所有的参会者提出不断学习、不断创新的要求,要学以致用,学用结合,提升培训的效用和能级。

(市卫生计生委科教处)

《新闻速读》

上海市第十人民医院重症医学科成功举办同济机械通气论坛 2014 年 6 月 5-9 日, 由上海市第十人民医院 (同济大学附属第十人民医院)、肺科医院、东方医院及同济医院共同主办的 2014 年同济机械通气论坛暨重症呼吸治疗高级培训班和首届体外心肺支持技术培训班在上海市第十人民医院举行。论坛邀请了来自美国和国内的知名专家做专题报告, 并再次围绕“机械通气”和“体外心肺支持技术”两个传统而有挑战性的话题进行了探讨。本届论坛秉承历届的优点, 在注重机械通气基础的同时, 更注重临床运用, 旨在通过论坛学习和讨论, 增进本专业同道彼此的沟通与协作。

世界呼吸治疗协会主席 Jerome Sullivan 教授为大家生动地介绍了亚洲及世界呼吸治疗事业的发展, 呈现了一个朝气蓬勃的医学团队, 并构建了呼吸治疗的美好未来。张翔宇教授为大家详细阐明呼吸机的初始设置及跨肺压; 鉴于他毕生致力于机械通气及人体呼吸生理学研究取得的成绩, Jerome Sullivan 教授亲自为他颁发了终身成就奖, 表彰他对世界呼吸治疗做出的突出贡献。中华医学会重症分会主任委员邱海波教授就急性呼吸窘迫综合征 (ARDS) 机械通气策略的规范化与个体化进行了系统归纳与总结, 他风趣幽默的演讲和深入浅出的授课受到普遍好评。



本次机械通气论坛新增了体外心肺支持技术专题, 除邀请各地专家发表精彩演讲外, 还为所有学员进行了实时体外膜肺氧合 (ECMO) 动物演示。在动物演示现场操作基础上, 王胜教授详细讲解了 ECMO 技术的历史沿革及在当今临床治疗中的应用价值。通过动物演示, 使学员对 ECMO 技术有了更加直观的印象, 加深了理解。通过学习, 学员了解了体外心肺支持技术中可能遇到的多种问题及解决方案。随着 ECMO 技术在临床运用越来越广泛, 掌握这项技术已成为时代的需求。

(上海市第十人民医院)

上海市十院心外科完成华东地区首例 3D 胸腔镜辅助下微创二尖瓣成形术 6 月 6 日, 上海市第十人民医院心外科成功完成了华东地区首例 3D 胸腔镜辅助下微创小切口二尖瓣成形术。该例 57 岁男性患者术前心脏彩超提示, 二尖瓣后叶多发腱索断裂, 导致二尖瓣重度返流。经过缜密的术前准备和评估, 臧旺福教授领衔的十院心外科团队决定采用世界上最先进的 3D 胸腔镜技术为患者实施微创小切口二尖瓣成形术。在麻醉科、手术室及心超室相关人员的全力配合下, 历时 4 小时, 手术顺利完成。术后即时心脏超声提示, 经修复的二尖瓣形态良好, 工作正常, 基本无返流。

微创小切口心脏瓣膜手术在上海市十院心外科已常规开展。该手术摒弃传统的胸部正中长达 20 cm 的纵形切口, 转而采用侧胸部小切口 (4 ~ 5 cm), 并在胸腔镜及微创体外循环辅助下进行。患者手术创伤小, 切口隐蔽, 术后恢复快。3D 胸腔镜采用模仿人眼的双镜头成像技术, 使手术医师通过佩戴偏振光眼镜, 实现手术视野的立体化; 其完全消除了 2D 胸腔镜视野无景深感和立体感的缺陷, 使术野更清晰、操作更便捷和准确, 提高手术质量的同时也缩短了手术时间。3D 胸腔镜技术在上海市十院心外科的成功应用具有里程碑意义, 使该院心外科团队如虎添翼, 也将极大促进微创心外科的发展。 摘编自上海市第十人民医院心外科网站

风险高的药店将被限售处方药 从 6 月 6 日召开的北京市加强药品零售企业规范化管理工作会议上获悉, 该市食药监局将对全市 5300 家零售药店推行规范化管理: 对药店实施分级分类管理, 对级别较低的药店加大监管检查和抽检频次, 风险较高的药店将被限制经营处方药等高风险类别药品; 对药师实行违规计管理。该市食药监局局长张志宽表示, 计划用约 3 年时间将零售药店建成提供专业健康产品和专业健康服务指导的场所, 成为市民用药的安全岛。

6 月 6 日《北京晚报》

能耗超标的医院建设项目一律不予审批 6 月 5 日, 国家卫生计生委启动节能宣传周, 并早在各项工作中贯彻节能理念。其要求各级卫生计生行政管理部门在审批医院建设项目时, 对于能耗超标的项目一律不予审批。据了解, 该委正组织编制《全国医院节能规划 (2014 ~ 2020 年)》, 积极制定《绿色医院建筑评价标准》, 严格完善绿色医院评价体系, 积极推进节约型公共机构示范单位建设。未来还将进一步促进全国医院节能工作发展。 6 月 6 日《光明日报》

深圳首家港资医院纳入医保定点 作为内地首家港人独资医院, 深圳希玛林顺潮眼科医院从 6 月开始被纳入深圳社会医疗保险定点医疗机构。该院院长林顺潮介绍, 接下来医院要和市人力资源和社会保障局进行相关对接工作, 包括信息系统、药品代码、诊疗项目代码等。对接工作完成后, 该院国际名医专家将提供限额的医保服务, 参保人看病即可直接刷医保卡。

6 月 6 日《南方日报》

湖南湘雅医院日间手术中心正式运行 6 月 5 日, 湘雅医院日间手术中心正式运行。患者早上入院, 当天手术, 傍晚回家, 一天就能完成, 且费用大大降低。据中南大学湘雅医院院长孙虹教授介绍, 该中心开设床位 50 张, 配套预约接待中心、术前等候区、8 间手术室、麻醉复苏室等, 是目前国内规模最大的日间手术中心。

6 月 6 日《潇湘晨报》

9 家医药协会共同支持药企伦理准则 5 月 27 日, 中国化学制药工业协会、中国医药保健品进出口商会、中国外商投资企业协会药品研制和开发行业委员会 (RDPAC) 等 9 家医药协会共同倡议遵循《医药企业伦理准则》, 并希望加强行业信用体系建设, 积极践行行业自律, 营

造公平有序的竞争环境和行业自我管理平台。这成为树立行业诚信形象, 增强消费者信心, 鼓励合规企业守法经营, 稳步提升中国医药产业信誉和形象的必然之举。

6 月 5 日《科技日报》

厦门启动全国首个门诊预约统一平台 6 月 4 日, 厦门市卫生计生委召开新闻发布会宣布, 已通过健康医疗云平台集成所有医院挂号资源, 建立并正式启动全国首个门诊预约统一平台, 通过拨打电话 96166 即可预约厦门各大医院门诊。为方便患者, 该平台支持普通话、闽南话、英语预约; 无节假日、24 小时全天候服务; 可预约具体时间点, 使医院就诊平均等候时间缩短至约 15 分钟。接入该平台的医院互通号源, 现场、电话、网络实时同步。

6 月 5 日《东南快报》

国家食药监管 App 正式上线 “国家食药监管” App 近日正式上线, 公众免费下载手机客户端后就能通过手机轻松浏览国家食药监管总局政府网站发布的信息, 随时随地查询食品药品基础数据, 方便快捷地掌握各项许可进度。

6 月 5 日《法制日报》

北京推出手机导医平台, 患者可给医生打分 日前, “朝阳中医” 手机应用程序正式投入使用。安装此应用程序的北京市民, 不仅可以随时随地查询北京市朝阳区内的中医专家信息, 还可在就诊后给医生打分。据相关负责人介绍, 名医查询板块收录朝阳区公立、民营医院副主任职称以上的中医名家 453 位。公众实时点评客观上也可可为其他患者择医提供参考。

6 月 4 日千龙网

国产高端医疗器械国内受冷落 据记者在医疗器械质量万里行调研中了解到, 国产一批高端医疗器械企业正在摆脱“产品低端、技术落后”的状况, 并逐步走向创新发展, 甚至可以挑战国外品牌。然而, 技术领先等优势并未给企业带来好日子, 多重原因造成国产优质医疗器械产品在国内市场仍被冷落, 很难进入高端市场。目前, 招标、医保等政策并不支持国货。

5 月 30 日《经济参考报》

县级医院改革有“钱景”, 社会资本谨慎看好 在 5 月 25 日举行的第二届中国县市医院论坛上, 县级公立医院院长、民营医院代表、社会资本纷纷表示, 他们都正在关注或投资县级医院。至今, 已有多家上市公司并购一些县级公立医院和民营医院。获悉, 中央财政今年将继续按照每个县 300 万元标准对 1011 个县级公立医院改革试点县进行补助。业内投资人士表示, 对于产权不明晰标的, 还会非常谨慎。

5 月 26 日《经济参考报》