

公共卫生

全国政协委员、中科院院士王松灵：

谨防病从口入

本报记者 陈晶

“俗话说‘病从口入’，口腔健康是全身健康的基石，也是经济、社会、文明发展的标志。”全国政协委员、中科院院士、首都医科大学副校长王松灵告诉记者，虽然口腔健康至为重要，但目前我国居民的口腔健康状况却令人忧心——2018年公布的全国口腔健康流行病学调查报告显示，我国慢性牙周炎发病率为80%以上，严重影响人民的生活质量，直接治疗费用高。

“正常人有28颗牙齿，口腔中有超过700多种细菌，其牙周膜面积是自己手掌这么大，当发生牙周炎时，手掌这么大慢性病灶的细菌及其产生的毒素可通过牙周膜进入血液到达全身，引起或加重全身各种疾病。”王松灵介绍，口腔健康直接影响全身重大慢病的发生、发展及预后，基于此，应系统开展口腔与全身重大慢病发生发展的研究，服务全身健康。

2016年国务院颁布了《“健康中国2030”规划纲要》和《中国防治慢性病中长期规划(2017—2025年)》，特别提出健康口腔在全身健康中的作用。2019年又提出《健康口腔行动方案(2019—2025年)》，充分体现了我国政府将口腔健康理念贯穿到大卫生的政策。“口腔健康是全身健康的基石，关注口腔健康，建立基于口腔健康的全身重大慢病防控科技体系，是实施健康中国发展战略中的重要一环。”为此，王松灵建议，将口腔健康与全身重大慢病防控纳入国家重大科技计划。

“如今，一颗进口种植牙近2万，口腔里种牙就可以装进一辆奔驰或宝马，而国产种植牙研发后价格估计可以降低50%。”王松灵坦言，只有加大研发力度，研发新生物材料用于口腔修复及治疗，用前沿诊疗新技术防控口腔疾病，才可以有效缓解该现象。

为此，王松灵建议：首先，应系统开展口腔疾病与全身重大慢病发生发展研究，服务全身健康。揭示口腔疾病过程规律，明确口腔细菌和全身健康联系的分子机制，包括口腔微生物与心脑血管疾病、恶性肿瘤、呼吸系统疾病、糖尿病、不良妊娠等影响机制，为实现精准防治、形成有效的防治策略提供科学依据。

其次，尽快设立成果转化基金推进研究成果转化应用到临床。第三，发展适宜技术，提升基层口腔疾病防控能力。将口腔卫生项目纳入国家和社区卫生项目，高度重视口腔预防保健，制定面向人群全生命周期口腔卫生保健措施，发展适宜筛查、诊断和治疗技术，实施基层口腔疾病筛查和治疗管理。

全国政协常委、江西省政协副主席谢茹：

改革完善疾病预防控制体系

本报记者 王磊

“‘十三五’期间，我国公共卫生和疾病预防控制体系建设取得了长足进步和发展，队伍弱化，‘招人难、流失多’老问题依旧存在。”带着新冠肺炎疫情暴露出来的短板问题，全国政协常委、江西省政协副主席谢茹在调研中发现，“同学历、同级别、同年资的公共卫生医师收入只有临床医师的1/2，甚至1/3。”

“需要进一步落实中编办关于疾控中心每万人口1.75的配置比例要求，加大力度补足区域内疾控专业技术人员。”谢茹建议，研究制定基层医疗机构配齐公共卫生医师配套政策，探索建立适应现代化疾控体系的人才培养机制，加强医学院校、医疗机构与疾控机构交流互通，还要科学核定疾控机构职称数量及结构。

调研中，谢茹还发现基层疾控机构存在体系不全、保障不足、医防割裂等问题。

“一些风景区、高新区、经开区等非建制区无疾控机构，也无专人负责，相关部门数据信息无法及时对接，传染病防治法赋予的相应职责没有完全落实到位。”谢茹建议，由县级疾控中心设立疾控派出机构，基层医疗机构配备公共卫生副院长等办法，推动解决非建制区的网络“盲区”问题，同时，医疗机构公共卫生科和院感科设置，二级以上医疗机构应有公共卫生学历的班子和人员。

“自取消收费性服务后，疾控中心经费保障变得更加困难，全额不全、绩效不绩、公益不公较为普遍。”谢茹建议，将公共卫生体系建设及重大疫情等突发公共卫生事件应对纳入对各级党委政府高质量发展的绩效考核，实行疾控“公益一类保障、公益二类管理”模式。

全国政协委员许洪玲：

“治未病、防传染” 构建基层公共卫生体系

本报记者 李宁馨 实习记者 魏天权

“要以‘治未病、防传染’理念构建基层公共卫生体系，加强基层卫生机构传染病预防能力建设。”全国政协委员许洪玲说。

许洪玲介绍，在卫生健康领域，目前政府各部门之间、政府与医疗机构之间以及医疗机构之间的利益调整，往往忽略了预防功能，传染病预防多部门联动局面尚未形成。她在调研中发现，医疗系统和公共卫生系统之间的协调和配合存在一定缺陷，临床医生过于关注个体疾病，忽略了人群疾病流行模式的变化，临床医学在疾病早发现、早防控中的作用未能充分发挥。

许洪玲建议，从顶层设计的角度明确政府的管理职责和筹资职责，将公共卫生服务与医保结合，使医保由原有的单纯购买医疗服务向购买预防、康复等综合型医疗服务发展。制定合理的预防性物资储备方案，加大资金投入，提高储备标准，有效应对重大、特大突发公共卫生事件的发生。

许洪玲还建议，应制定公共卫生人才队伍建设与管理规划，用足用好事业编制岗位，完善公共卫生服务人员特别是疾病预防专业人才的激励机制，健全相应的薪酬制度，研究落实对基层卫生人才职称评定的倾斜性政策，提高他们的待遇。同时吸引预防学学科方面的高层次人才深入基层扎根基层，并在待遇、科研经费等方面给予支持。

“要继续坚持政府主导，全面统筹建立以健康档案为核心、以流行性疾病调查为基础的信息平台，并实现数据的动态管控。”许洪玲建议，以区县为单位建立和完善覆盖区域的慢病和传染病监测系统，将现有医疗卫生服务信息化系统进行有效整合，纳入公安、街道等相关部门的居民人口信息，做到人群监测底数清晰，信息共用。

两会回声·智慧医疗



全国政协委员蔡秀军：

规范数据标准 推动智慧医疗发展

本报记者 王天昇

血液中钾含量低可以如何表示？在不同医院的报告上，其可能被记为“低钾”“血钾过少症”“低K离子”“↓K”“K↓”等多种形式，可谓令人眼花缭乱。

在全国政协委员、浙江省政协副主席蔡秀军看来，这些医疗数据的混乱正是我国目前智慧医疗科学发展的掣肘之一。

蔡秀军说，我国拥有庞大的患者群体和丰富的临床病例，为了更好地实施“健康中国”战略，有必要利用现代信息技术手段大力发展智慧医疗。

“但是目前临床数据的整合、利用尚存在诸多不足和障碍，不利于智慧医疗的科学建设与发展。”蔡秀军介绍，造成这一尴尬局面的主要原因，首先在于医疗数据缺乏统一标准。一方面，同一家医院有众多系统，不同系统之间术语、概念、数据类型定义各不相同，造成各系统患者数据自成体系，无法整合利用；另一方面，不同医疗机构之间同一系统如HIS系统，数据也各不相同。而因为临床诊疗过程中缺乏高质

量、标准的数据，整体上又缺乏国家层面的统一、规范、标准的医疗信息数据字典，导致了大量患者诊疗数据不能高效服务于科学研究和临床研究，从而导致不能更好地服务患者的局面。

“其次，是医疗数据系统不兼容。”蔡秀军表示，不同的医院采用不同的数据系统，不同的设备信息系统也各异巨大，这种目前普遍存在的情况导致不同医院、不同设备无法做到数据共享。各医疗机构出于数据安全考虑对数据离院一概否决，同时各医疗机构之间相互割裂，壁垒森严，缺乏临床数据共享平台，科研协作效率不高，严重制约了我国各专科科研和临床质量管理的整体发展。

“第三大原因在于医疗数据安全保障与隐私保护不足。我国法律对个人信息保护大多采用的是间接方式，界限模糊，权威性威慑力不够，导致个人信息泄露严重和假信息泛滥。同时，各类网络攻击的手段越来越先进、越来越隐蔽、功利性越来越强，而业界的数据安

全意识和保护手段还很薄弱。”蔡秀军认为，规范医疗健康数据标准和使用，是推进智慧医疗建设发展的基础性工作。为此，建议：

一要研究制定全国统一的医疗数据标准。对目前全国现行医疗数据格式进行摸底调研，评选出最科学、最可行的数据格式、标准，作为国家标准，分步骤阶段在全国推广实施。目前可以以专科联盟为中心，整合临床专家、疾病分类专家、信息化专家资源，推动建立专科术语集及数据字段。如中国心血管健康联盟正在推动心血管领域临床专家、疾病分类专家和信息化专家共同整理、编写胸痛、心衰、房颤、心脏康复、瓣膜中心和高血压达标中心标准化术语集，即将完成心血管领域数据字典，可以对其探索的经验进行总结和推广。同时强化技术支持，鼓励相关企业研究开发数据转换系统和设备，在最小限度内、用最小的成本改造医疗设备、医院信息系统，实现数据的互通和共享。

二要构建全国统一医疗数据平台。医疗信息大规模归集形成医疗健康大数据后具有很强的战略价值，关系到国家安全，必须由中央一级政府部门管控。建议中央层面建立全国统一的医疗数据平台，用于归集、管控全国的医疗信息，并严格管理和使用过程。明确患者数据的归属权限，明确数据使用保护负面清单，为患者数据的使用提供依据。

三要增强数据隐私保护和数据安全。医疗信息的归集应充分尊重患者的意愿，除了传染病等涉及社会安全的医疗数据外，患者可以自主决定是否共享。信息调用方面可设立分级账户体系，明确各级别账号对应的访问权限。加强访问者的权限控制和访问后的行为追溯，对访问行为实行实时监控，确保数据安全和患者隐私。研究制定医疗数据安全相关条例，保障数据全生命周期安全。医疗信息硬件和软件尽量国产化，并加强维护、监测，避免数据被窃取。研究区块链等现代信息技术在医疗数据保护领域的应用，用先进的技术保护数据。

全国政协委员胡豫：

守卫抗疫成果 推广智慧医疗

本报记者 刘喜梅

近年来，人工智能、大数据、云计算等信息技术迭代升级，正在重塑医疗健康产业生态，智慧医疗迎来快速发展机遇。特别是新冠肺炎疫情发生后，互联网诊疗优势凸显、AI辅助CT诊断研发加速、可穿戴设备广泛推广……

“整体来看，以互联网医院为雏形的智慧医疗健康产业初具规模。截至2020年10月底，全国已有900余家互联网医院，远程医疗协作网覆盖所有地级市，在线用户规模2.15亿，具备转向高质量发展的基础和优势。”全国政协委员、武汉协和医院院长胡豫告诉记者，智慧医疗是今年两会他最为关注的话题之一。

胡豫表示，虽然智慧医疗呈现强劲发展势头，但也存在诸多问题，突出表现在：

智慧医疗水平不高。覆盖全生命周期、涵盖预防—诊疗—康养的智慧服务链尚未建立，如在线诊疗与智能监测“断联”，心脏监测、睡眠监测等智能设备尚未与医疗机构连接，影响救治效率。此外，用户接受和使用率不高，2017年使用过医疗App的患者仅占38.9%。

智慧互联程度较低。跨区域、跨机构卫生健康信息平台、数据共享交换平台、诊疗中心建设良莠不齐。在国家卫生健康委员会组织的互联互通标准化成熟度测评中，尚无单位或机构达五级甲等水平。究其原因，电子病历库、电子健康档案、全员人口信息等数据库使用、管理权、所有权尚未明确，各大机构数据标准化程度不高，制约互联互通目标实现。

法律法规体系有待完善。近年来，政府出台了《医院智慧服务分级评估标准体系(试行)》等标准，但缺乏法律法规保护和监管个人健康数据和隐私安全，致使医疗健康个人信息泄露事件频发，部分设备或网站过度索取、超范围收集使用个人信息、过度推荐定向医疗广告等。

鉴于此，为提供更高质量、更为安全、更可持续智慧医疗服务，胡豫建议：一是进一步完善智慧医疗顶层设计，将智慧医疗写入“十四五”卫生与健康规划，加速形成医疗健康新业态，提升整体智慧化水平。鼓励云计算、大数据存储等技术发展，健全相关标准与安全体系，实现电子健康档案库、电子病历库、全员人口信息库升级，加快建

设区域卫生健康信息平台、数据共享交换平台，为健康大数据的形成和利用奠定基础。

加大财政投入，提高医院信息化水平和智慧化程度，支持高水平医院牵头建设区域远程医疗协作平台，具备远程心电、检验、影像、病理诊断等功能，促进优质资源和数据互联互通，实现分级诊疗线上转诊，助力构建优质高效医疗服务体系。

二是进一步拓展覆盖全生命周期的智慧医疗服务。

加快智慧医院建设。建立互联网医院质控标准和评价管理体系，提高线上医疗服务质量；加大财政投入，升级更新诊疗设备和软件系统，推广健康指标智能监测，提高就医流程智慧化程度，切实提升医疗健康服务效率。

完善智慧+康养服务。以三批智慧健康养老应用试点示范企业为基础，探索企业、医疗机构、社区等多方协同机制，以信息共享提高急救危重症响应速度，以培训服务提升老年人医疗健康App使用率。

推进智慧+医防服务。以高血压、糖尿病等慢病管理为切入点，结合网格化医联体建设，整合社区、医疗和健康管理机构资源，对辖区居民开展持续性健康监护和规范治疗。

三是进一步加速智慧医疗相关技术研发。探索政府主导，医院、科研院所、企业等多方协同研发应用的新模式，完善管理与利益分配机制，以重大项目为抓手，促进智能医疗设备、辅助系统、智能诊断设备等技术、新产品、新方案和新策略产出。

加快智慧医疗人才培养体系建设。鼓励高等院校和医院交叉融合，试点开设相关专业，遴选编纂优质教材，制定培养方案，补齐复合型人才缺口。

四是进一步健全智慧医疗相关法律法规。加快个人信息保护立法进程，尽快完善出台个人信息保护、数据安全法，用法律夯实保护公民个人信息的安全防线。将在线医疗产生的纠纷纳入互联网法院管辖范围，加大执法力度。

健全多元化监管机制，鼓励机构自治、行业自律、政府监管、群众监督相结合，促进各类规范标准落地，保障健康大数据安全应用。

全国政协委员陈义汉： 加强药品不良反应监测要靠智能化

药品不良反应是指合格药品在正常用法用量下出现的与用药目的无关的有害反应。《药品不良反应报告和监测管理办法》确定了我国的药品不良反应监测的主体主要包括持有人报告、医疗机构/经营企业报告和监测机构管理。医疗机构是药品不良反应上报的主力军，在药品上市后的不良反应监测和报告中发挥着重要的作用。在药品不良反应监测方面，我们取得了巨大的进步，但是也有需要与时俱进地改进的方面。

当前，药品不良反应监测面临的主要问题包括：一是国家药品不良反应监测系统缺乏定期更新升级，系统适用性差。根据国家药品不良反应监测系统界面系统使用注意事项提示，该系统目前仅支持微软IE7、8、9、10版本浏览器，系统在微软IE11(2013年11月发布)及以上版本中，部分功能将无法正常使用。由于微软电脑操作系统已更新换代，且IE已随着系统的升级普遍升级到更高更新的版本，致使现阶段在药品不良反应上报过程中，采用较新版本的IE，部分系统功能无法正常使用，给药品不良反应上报带来困难。此外，对于市面上常用的Gecko(火狐浏览器内核)、WebKit(苹果Safari浏览器内核)和Blink(谷歌浏览器内核)内核的浏览器，则无法正常进行药品不良反应的上报工作。

二是药品不良反应监测和上报普遍缺乏主观能动性，监测覆盖面窄。药品不良反应覆盖面窄，主要表现在两方面。一方面，《全国整顿和规范药品市场秩序加强药品使用环节管理专项工作方案》规定，二级以上医院每年上报药品不良反应报告数应大于床位数的10%。但实际过程中，这10%的药品不良反应报告并非均摊在各个临床科室，而是普遍由药学部门承担，进而药品不良反应由药学部门临床药师进行上报以完成考核任务，导致药品不良反应上报仅仅集中在配有临床药师的特定科室。另一方面，非住院患者在用药过程中发生不良反应时，缺乏自身对不良反应是否与药物相关的准确判断，同时缺乏对药品不良反应上报流程的认知，进而造成这部分人群不良反应数据的缺失。

为此，建议：一要全面升级药品不良反应监测系统，并定期进行升级：一方面，建议对标主流浏览器内核进行国家药品不良反应监测系统的升级，使该系统可以在IE、火狐、苹果和谷歌等主流浏览器上进行上报。另一方面，建议在“十四五”期间进行药品不良反应手机上报系统的开发，逐步实现可以利用微信、支付宝等软件进行药品的智能化扫描识别和智能化药品不良反应上报。

二要确立医院药品不良反应报告主体，并定期开展考核：对于医疗机构内的药品不良反应上报，因考核基数为床位数量的10%，建议加强对临床各科系的药品不良反应上报率进行考核，确定药品不良反应上报的主体应当为临床医生或临床护士(师)，并按照各个科室的床位数量进行考核，同时考核药品不良反应中上报人员的结构比例，对于上报人员结构比例不合理(例如药师上报数量在80%以上的)的医疗机构，定期进行通报。

三要构建药品不良反应智能监测体系，并智能上报系统：建议在“十四五”期间，将国家药品不良反应监测系统与医疗机构医院信息管理系统进行对接，将医院信息管理系统中的患者信息、用药信息和不良反应发生情况等直接与国家药品不良反应监测系统对接，并形成智能化监测体系，减少人工对不良反应事件的判断和对信息手工上报而带来的信息数据偏差，提高我国对药品不良反应监测的能力。

(本报记者 王天昇 整理)