



中办、国办深入推进深圳综合改革试点

人工智能辅助医疗设备准入等被“圈重点”

本报讯（记者吴刚）近日，中共中央办公厅、国务院办公厅公布《关于深入推进深圳综合改革试点深化改革创新扩大开放的意见》。《意见》提出，探索人工智能辅助医疗设备准入应用机制，在安全可控前提下，探索人工智能辅助医疗设备数据采集、集成共享、合规使用的规则及标准；深化药品医疗器械审评审批制度改革，提升口岸药品监管和检验检测能力；完善临床急需进口药品、医疗器械使用及监督管理制度，探索将国际新药临床真实世界数据用于进口药品注册上市许可的可行路径。

《意见》提出，加强产学研高效协

同、深度融合。探索新型研发机构薪酬市场化管理制度，支持深圳医学科学院在科研管理、人才招聘、经费使用等方面探索新机制。深化科研经费管理改革，实施“预算+负面清单”管理。探索实施科研项目经理人制度，在项目甄选、团队组建、技术路线选择、经费支配等方面赋予其更大管理权限。建立健全职务科技成果赋权、转化和考核等机制，对转化形成的国有资产保值增值情况试行长周期考核。探索重大科技基础设施多元化投入和开放共享机制，实施科研设备、耗材等进出境便利化管理。

《意见》要求，密切跟踪综合改革

试点进展，注重巩固综合改革试点成果，对行之有效的经验做法以适当形式予以固化并在更大范围推广，对新情况新问题及时分析评估，对成效未达预期的试点举措适时调整完善。

《意见》在统筹推进教育科技人才体制机制一体改革，推进金融、技术、数据等赋能实体经济高质量发展，建设更高水平开放型经济新体制，健全科学化、精细化、法治化治理模式等方面作出部署，推进深圳创造更多可复制、可推广的新鲜经验，更好发挥深圳在粤港澳大湾区建设中的重要引擎作用和在全国一盘棋中的辐射带动作用。

江西启动2025年
重型地贫公益救助项目

本报讯（特约记者朱雅丽）日前，江西省卫生健康委印发《江西省重型地中海贫血公益救助项目实施方案（2025年）》，对具有该省户籍的重型地贫患者或一方具有该省户籍、双方地贫基因均为阳性的夫妻实施救助。

此次救助涵盖的普通治疗救助包括输血、祛铁药、罗特西普等治疗产生的床位费、药费；造血干细胞移植救助覆盖配型、骨髓库提供者费用、移植及排异治疗；第三代辅助生殖技术（PGD）救助则为地贫基因阳性夫妻提供胚胎植入前遗传学诊断费用支持。救助标准按患者经济状况进行分级分类实施，经民政和乡村振兴部门认定的特困供养、低保、返贫致贫等7类低收入人口，普通治疗每年最高救助2万元，省内造血干细胞移植最高救助8万元；非低收入人口普通治疗年救助限额为1.2万元，省内移植最高救助5万元；辅助生殖技术每对夫妻最高救助3万元，限1次。

为方便患者申请，公益救助项目建立“线上+线下”的全流程服务体系。患者可通过“地中海贫血救助项目”微信公众号提交身份、诊断、费用等证明材料，经定点医院初审、管理机构复核、中国社会工作联合会终审后，救助款将在15个工作日内拨付至患者或其家属指定银行卡账号。目前，江西省已完成覆盖省、市、县的25家定点救助医院（含3家省级移植医院、3家辅助生殖机构）布局，赣州市、吉安市、宜春市、上饶市4个设区市患者可由辖区内的妇幼保健院协助办理申请，其他设区市符合条件患者由江西省儿童医院协助办理申请。

据介绍，作为推进健康江西建设的重要举措，该项目与江西省地贫防控三级网络深度融合，在提供治疗救助的同时，协同推动定点救助医院提升诊疗服务能力、规范诊疗流程。此外，江西省还通过实施婚前医学检查、孕前优生健康检查、地贫防控、出生缺陷防控等服务措施，从源头上预防重型地贫发生。根据计划，江西省将力争到2030年实现重型地贫患儿出生率低于0.3/万、患者救助率超90%的目标。

据了解，江西省自2024年开始实施重型地贫公益救助项目，2024年累计救助患者257人次，救助金额达449万余元。

江苏强化困境孤独症儿童
关爱服务

本报讯（特约记者程守勤）近日，江苏省民政厅、省医保局、省残联联合印发《关于进一步做好困境孤独症儿童关爱服务工作的指导意见》。

《指导意见》明确，紧扣困境孤独症儿童基本生活、医疗保障、康复救助3个重点，全面筑牢困境孤独症儿童兜底保障防线。依托“大数据+铁脚板”，掌握困境孤独症儿童需求，将符合条件的困境孤独症儿童及其家庭纳入社会救助保障范围。统筹发挥基本医保、大病保险、医疗救助、残疾儿童康复救助等制度的综合保障作用，落实孤独症门诊特殊病种保障政策，将符合条件的0~16周岁困境孤独症儿童全部纳入残疾儿童康复救助保障范围，通过“制度整合+资源统筹”方式构建医疗保障和康复救助的综合保障网络，确保符合条件的困境孤独症儿童“应保尽保、应康尽康、应救尽救”。

相关报道见今日第4版——

“桃子，桃子……”

编辑 钱峰

甘肃防返贫织密多维度健康网

- 开展全面排查，加强重点人群大病及慢性病管理，规范做好健康管理服务
- 持续做好大病专项救治工作，对符合条件的大病患者实施集中救治
- 加强家庭医生签约服务团队建设，优先为监测对象提供“医防融合”服务包

本报讯（特约记者安娜 通讯员蔡万海）近日，甘肃省卫生健康委印发《关于进一步守牢因病返贫底线六

项措施的通知》，要求持续做好重点人群监测、规范开展重点人群健康管理服务、全面做好重大疾病救治保

障、持续提升健康管理服务质量、大力推进健康乡村建设、全面提升居民健康素养水平，织密织牢防返贫健康“防护网”。

《通知》提出，用好“全国防止因病返贫动态管理系统”，对脱贫不稳定户、边缘易致贫户、突发严重困难户以及农村低保对象、特困人员等重点人群开展全面排查，加强重点人群大病及慢性病管理，规范做好健康管理服务。加强与农业农村、民政、医保等部门的沟通协作，建立健全信息共享机制。

《通知》明确，将高血压、糖尿病、

结核病、严重精神障碍等重点慢性病作为重点管控疾病，同时根据疾病谱变化和群众健康需求，逐步扩大管理范围。根据重点人群慢性病患者病情严重程度和健康风险，实行分类分级管理。

持续做好大病专项救治工作，对符合条件的大病患者，按照“定点医院、定诊疗方案、加强质量安全”的原则，实施集中救治。加强与医保、民政等部门的协同配合，落实好医疗救助、临时救助等政策，切实减轻患者医疗费用负担。加强家庭医生签约服务团队建设，组建“1名全科医

生+1名护士+1名公卫人员+乡村医生”签约团队，优先为监测对象提供包含免费体检、慢病用药配送和远程问诊的“医防融合”服务包。

《通知》指出，大力推进健康乡村建设，深入开展爱国卫生运动，持续推进农村人居环境整治，构建健康支持性环境，减少疾病发生。加强健康教育，聚焦近视防控、心理健康、合理膳食、科学运动、传染病防控、“三减三健”、健康孕育等重点主题，普及慢性病防治知识，引导重点人群建立健康生活方式，提高自我健康管理能力。

辽宁：执业医师晋升副高前
须服务基层至少1年

本报讯（记者邹欣苒）近日，辽宁省卫生健康委、省人力资源社会保障厅、省疾控局联合印发《关于执业医师晋升副高级职称前到基层服务有关事项的通知》，明确省级、市级医疗卫生机构（含社会办医疗卫生机构）、申报临床、中医、口腔、公共卫生4个执业类别副高级卫生专业技术职称的医师，均需有累计1年以上在县级以上或者对口支援的医疗卫生机构提供医疗卫生服务的经历。

《通知》明确，省级、市级医疗卫生机构执业医师下沉服务机构包括基层医疗卫生机构和县（区）级医疗卫生机构两大类，且公立医疗卫生机构执业医师仅限选派到公立医疗卫生机构服务。服务内容须与执业类别一致，对于服务机构未设置的专业可选择相近专业开展相关工作，可以挂职服务机构业务的副院长、科室负责人等职务。可采取连续服务的方式，也可以分次完成，原则上每次连续服务时间不少于3个月，应尽量在同一单位完成服务基层任务。执业医师连续服务期间，需全脱产在服务机构工作，未实行全脱产工作的经历不计算为服务基层经历。

《通知》明确，以下4种经历可视为服务基层的工作经历：在符合服务机构范围的单位工作；参加新冠疫情防控；服从组织安排，完成政府指令性援外、援藏、援疆、援青、对口支援帮扶、巡回医疗、突发事件紧急医学救援、突发公共卫生事件应急救援、规模性传染病疫情防控等工作任务；在急救中心（站）和急救网络医院从事院前医疗急救工作。

高致病性病原微生物
实验活动审批管理办法公布

本报讯（记者宁艳阳）近日，国家卫生健康委公布《人间传染的高致病性病原微生物实验活动审批管理办法》，将自7月1日起施行。原《人间传染的高致病性病原微生物实验室和实验活动生物安全审批管理办法》同时废止。

据了解，该《管理办法》适用于三级、四级实验室从事《人间传染的病原微生物目录》规定的应当在三级、四级实验室开展的人间传染的高致病性病原微生物或者疑似高致病性病原微生物实验活动的审批。国务院卫生健康主管部门负责全国三级、四级实验室实验活动审批的监督管理工作。县级以上地方卫生健康主管部门负责本行政区域内三级、四级实验室实验活动的生物安全监督管理工作。

在实验活动的审批方面，《管理办法》明确了申请条件、申请材料、审批程序及批准部门等。同时，《管理办法》规定了实验室的设立单位及其主管部门、各级卫生健康主管部门的监管职责、监管方式、监督检查内容等，并说明了违反《管理办法》行为相关的法律责任。



爱的港湾

近日，一位宝妈抱着新生宝宝来到湖北省荆州市妇幼保健院复查黄疸指数。通过便民服务绿色通道，仅用几分钟，宝妈就知道了宝宝的健康状况。

特约记者杨光摄

免陪照护，在医院如何落地

□本报记者 孙艺

按照国家卫生健康委3部门印发的《医院免陪照护服务试点工作》，在2025年6月启动为期两年的全国医院免陪照护服务试点工作，免陪照护服务模式从基层自发探索走向政策推动。为探寻国家政策在各地实践的着力点与难点，记者采访了浙江省湖州市和嘉兴市、福建省厦门市、天津市等地医院管理者与护理工作负责人，聚焦免陪照护“谁来选择”“谁来照护”“谁来推动”等核心问题，梳理各地实践形成的经验与思考。

“自愿”是原则也是起点

在我国传统观念和住院模式下，住院患者通常由家庭成员陪护。但社会老龄化程度加深、人口增长率下降、家庭户规模缩小、“421”（4个老人、父母、1个孩子）家庭结构越来越普遍，传统的住院陪护模式正面临现实挑战。在这一背景下，免陪照护服务应运而生。此次出台的《方案》指出，免陪照护服务是在患者或其家属知情同意且自愿选择的基础上，根据患者病情和生活自理能力等，由护士或医院聘用医疗护理员提供的生活照护服

务。这一表述明确了该服务模式运行的前提条件与基本原则。多位受访者均表示，与患者充分沟通意愿是免陪照护服务顺利开展的首要条件。

湖州市第一人民医院护理部主任韩慧介绍，她所在的医院已建立较为完善的知情告知流程：门诊医生进行初步说明；责任护士负责详细解读并签署《免陪照护病房告知书》，在照护过程中持续沟通，确保患者在充分理解的基础上作出选择。

但现实中，质疑与不安并不鲜见。“是不是住这个病区就必须免陪？”“是不是一定得签字？”——对于这些患者及其家属的常见疑问，厦门大学附属第一医院护理部主任陈付红说：“转变一个多年形成的陪护习惯，需要更周密的制度设计和更细致的沟通方式。”

为此，厦门大学附属第一医院指导护理部建立起“分层评估+共同决策”的照护流程：根据患者自理能力制定照护等级，并可根据病情动态调整；照护计划需由医护团队与家属共同确认并签字，确保信息对称；照护人员资质与服务接受医护人员、患者及其家属监督；引入第三方监督机制，增强服务透明度。

事实上，“知情同意+自愿选择”正逐步推动不少医院优化院内照护模式。考虑到患者病情需要与家庭实际负担能力各不相同，湖州市第一人民

医院尝试“一对一”“一对多”“分时段”等多元化陪护服务模式。韩慧认为，这种模式的转变不仅涉及照护方式的优化，更促使医院在服务理念上从“我们能为患者做什么”转向“患者希望得到什么”。而无论模式如何转变，不变的目标是：向患者提供更安全、质量更高，也更具人性化的照护选择。

医疗护理员不能替代护士

“引入医疗护理员，不是为了替代护士，而是在护士人力短缺的情况下，让医疗护理员协助提供生活照顾服务。”在厦门大学附属心血管病医院副院长陈媛看来，推行免陪照护，虽在一定程度上缓解了护理的人力压力，但也让“职责边界”这一长期存在的问题更加凸显。多家医院的实践也表明，医疗护理员被清晰定位为生活照护的辅助角色，而专业医疗护理工作必须交由执业医师完成。

陈媛介绍，厦门大学附属心血管病医院将“护士主导、医疗护理员参与”作为协作机制的基本框架，并围绕住院流程、饮食供餐、医疗护理员培训、医护协作等6个环节建立标准化管理体系。她形容这种分工关系为“双重防线”，医疗护理员守住生活照护的前线，护士把好医疗安全的每一

道关口。

在实际运作中，这种分工不是泾渭分明的切割，而是齐心协力的互补。陈媛指出，医疗护理员需将患者的生活变化、行为异常等第一时间反馈给护士，以便护士进行专业判断与干预，这既保障了护理质量，也防止了越权操作、责任交叉等潜在风险。

嘉兴市第二医院免陪照护服务模式采用“灵活模式+硬核边界”的布局。该院院长陈刚介绍，医院根据患者及其家属需求，提供无陪护、家属陪护与专业陪护等多元选择。“陪护方式可以多样，但管理责任必须清晰，这是防止风险积聚的关键。”陈刚强调。

为防范照护中的潜在风险，嘉兴市第二医院还建立了完善的应急响应机制，包括突发事件应急预案、护理人员定期情景演练、全过程风险监测与记录制度等，通过“事前有制度、事中有流程、事后有追溯”的管理闭环，确保服务运行始终在可控、可追责的轨道上。

多部门协同是关键

免陪照护服务的落地是一项系统工程，远非护理一线单方面努力就能突破。（下转第2版）