

全球疫情动态及应对追踪 简报

(第六十八期)

北京市卫生健康大数据与政策研究中心

北京市医院管理研究所

2025 年 5 月 19 日

疫情概览：截至 2025 年 4 月 20 日（CET 时间），全球新型冠状病毒感染累计确诊人数超过 7.7 亿，其中，欧洲地区累计确诊病例约 2.8 亿，西太平洋地区累计确诊病例近 2.1 亿。累计死亡超过 709 万例。

最新资讯：一项队列研究发现，新型冠状病毒感染与特定自身抗体的产生及疾病严重程度密切相关。重症患者中，自身抗体阳性率更高。

本期关注：总结国际上基层医疗储备建设和平急转换方面的经验，旨在为我国平急结合医疗体系的进一步完善提供有益借鉴，推动我国医疗体系在常态化与应急状态下实现更高效的运转。

目 录

一、全球疫情概览	1
（一）确诊病例变化情况	1
（二）死亡病例变化情况	1
二、最新资讯：新型冠状病毒感染与特定自身抗体的产生及疾 病严重程度密切相关	2
三、本期关注：“平急结合”医疗体系建设的国际经验与启示	3
参考文献	9

一、全球疫情概览

（一）确诊病例变化情况 截至 2025 年 4 月 20 日（CET 时间）^[1]，全球累计确诊新型冠状病毒感染 777,726,897 例，累计确诊病例前 3 位的国家依次为：美国（103,436,829 例）、中国（99,381,761 例）和印度（45,044,634 例）。近七日新增确诊病例前 3 位的国家依次为：英国（1,299 例）、巴西（1,161 例）和希腊（380 例）。

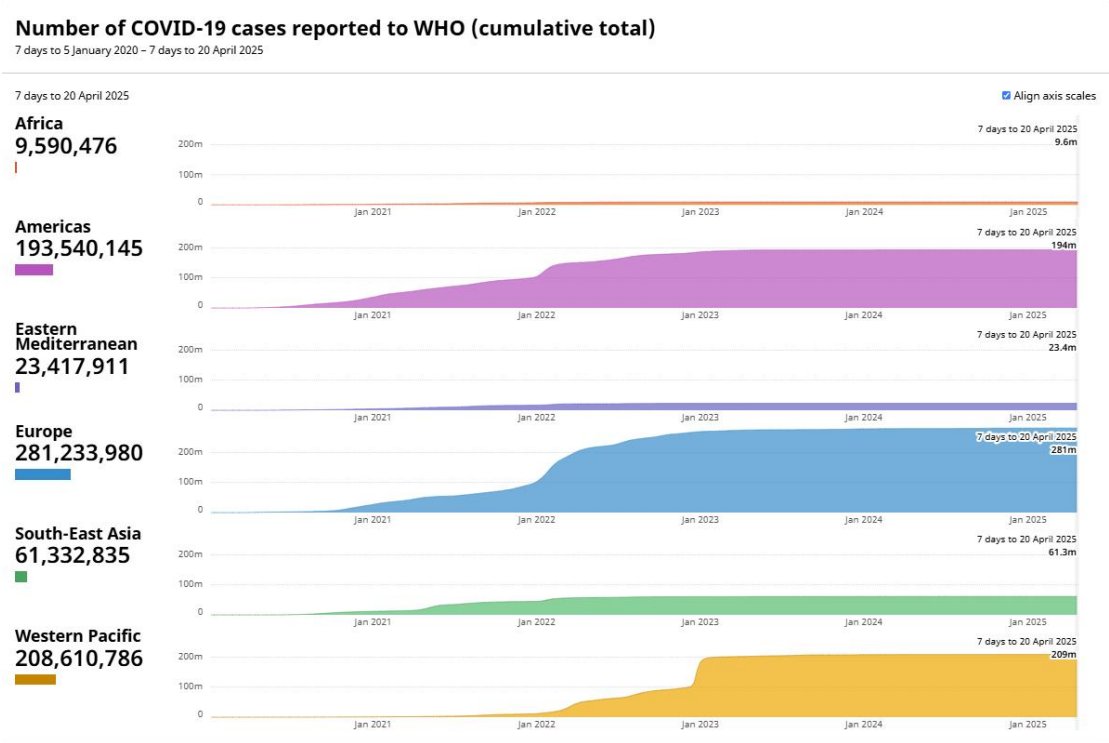


图 1 世界疫情趋势分布图

（数据更新时间：2025 年 4 月 20 日，CET 时间）

（二）死亡病例变化情况 截至 2025 年 4 月 20 日，全球累计确诊死亡病例 7,094,925 例。累计死亡病例前 3 位依次为：美国（1,222,725 例）、巴西（702,767 例）、印度（533,664 例）。近七日新增死亡病例数前 3 位国家依次为：美国（279 例）、巴西（5 例）、拉脱维亚（5 例）。

二、最新资讯：新型冠状病毒感染后自身抗体的产生与疾病严重程度相关

新型冠状病毒感染可能促进自身免疫疾病的发展，但自身抗体具体的类型及其与疾病严重程度的关联尚不明确。2025 年一篇发表于《Clinical Immunology》的研究中^[2]，Brinkmann 等人分析了感染新型冠状病毒患者自身抗体的产生情况及其与疾病严重程度的关系。

该研究选取了 94 例感染新型冠状病毒的患者作为研究对象，按照病情将其分为重症 ICU-体外膜肺氧合（ECMO）组、ICU 组和普通病房 GCU 组，同时选取因其他严重疾病接受 ECMO 治疗的非新型冠状病毒感染患者作为对照组。研究运用系统的自身抗体面板对 54 种自身抗体进行了检测，并比较了不同病情组和对照组之间的差异。

研究结果显示，新型冠状病毒感染患者的病情越严重，自身抗体阳性率就越高，尤其是抗 TPO、抗 β 2-GP1 IgA、抗 GAD65 等抗体。重症患者中，GAD65、TPO、TSAb 等抗体呈阳性的患者，其死亡率和机械通气需求明显高于轻症患者。此外，与非新型冠状病毒感染的 ECMO 患者相比，感染新型冠状病毒的重症患者自身抗体谱存在特异性差异，这表明这些抗体可能与病毒感染相关，而不只是危重病状态本身所导致的。

该研究还发现，感染新型冠状病毒后，新发 I 型糖尿病、系统性红斑狼疮、甲状腺疾病及肌炎等自身免疫病的风险有所增加，并且部分特定抗体（如 GAD65、PL-7、CL IgA 等）与重症患者存在明显关联。尽管样本量有限，但研究结果表明，感染新型冠状病毒能够诱导自身抗体产生，并且可能增加相关自身免疫病的发病风险。

综上所述，新型冠状病毒感染与特定自身抗体的产生及疾病严重程度密切相关。在重症患者中，自身抗体阳性率更高，而且特定抗体

（如 GAD65、TPO、CL IgA 等）与机械通气需求及死亡率相关。该研究为新型冠状病毒感染与自身免疫病之间的联系提供了新的证据，强调了感染后长期监测自身抗体以及预防自身免疫并发症的重要性。不过，由于该研究依赖单次检测且样本量较小，仍需要开展更大规模、长期随访的研究来进行验证。

三、本期关注：“平急结合”医疗体系建设的国际经验与启示

“平急结合”，又被称为“平战结合”“平疫结合”“防治结合”等，是我国关于经济社会平时发展与战时动员有机结合的理论^[3]。平急结合医疗体系是一种将平时医疗服务与应急医疗服务有机结合的医疗体系模式，旨在提升应对突发公共卫生事件及各类突发事件的应急处置能力，同时保障日常医疗服务的正常开展。国际上虽然没有完全对应“平急结合”的说法，但各国均有类似理念和模式的医疗体系建设，在应对公共卫生事件或紧急情况时，能够实现平时医疗服务与应急医疗响应的有效衔接。本期关注汇总了美国、日本等国家在基层医疗储备建设和平急转换方面的经验，以及对中国平急结合医疗体系建设的启示，以期为我国平急结合医疗体系的进一步完善提供有益借鉴，从而推动我国医疗体系在常态化与应急状态下实现更高效的运转。

（一）平急结合医疗体系建设的国际经验

美国：多维度协同的应急医疗体系

基层医疗作为“第一道防线”：新冠大流行凸显基层医疗在早期预警等方面的核心作用。纽约州霍楚尔州长提出立法，将紧急医疗服务定义为基本服务，要求各县确保居民获得服务，绘制县级 EMS 地图以确定和填补覆盖空白，并由州 EMS 工作组进行全州协调^[4]。

美国基层卫生服务机构的人力资源情况：单独开业的医生和小型诊所是初级卫生保健的重要力量，它们不受国家统一安排。美国卫生

部会估算一定地区的医疗服务量以及基层医务人员的需求，据此划分出短缺地区，在联邦政府分配财政补贴和资助时，会对这些短缺地区予以优先考虑。同时，各级政府会提供较大比例的资金用于资助医生培养，以此调控医学院毕业生的数量。在服务模式方面，以患者为中心的医疗之家推荐采用团队式服务方式开展初级卫生保健服务。例如，美国退伍军人组织就转型为这种服务模式，打造了“与患者结盟的照护团队”，通过合理的分工协作，充分发挥团队成员的最大能力^[5]。

降低慢性病高危人群健康风险：通过非医疗干预手段降低慢性病患者在极端天气下的健康风险，可有效缓解疫情期间因医疗资源挤兑带来的公共卫生压力。在纽约州，气候变化引发的极端高温事件促使政府采取行动，霍楚尔州长于 2024 年宣布扩大“基本计划”中空调购置、运输及安装的覆盖范围，并将于 2026 年进一步放宽资格标准。新规将惠及孕妇及因高温加剧病情的慢性病患者（如糖尿病、心血管疾病和高血压人群），预计新增覆盖 15,000 个登记家庭，显著提升弱势群体应对极端高温的防护能力^[4]。

推行平价医疗法案补助计划：基于美国全国社区卫生服务中心临床数据网络对 110 家基层社区卫生服务中心的数据评估显示，在实行平价医疗法案补助扩展计划后，基层社区卫生服务中心糖尿病患者诊断率显著提升，表明该政策有效扩大了医保覆盖范围，使更多潜在患者获得确诊机会；而高血压诊断率受医保改革影响相对有限^[6]。

日本：制度驱动的平台结合模式

日本分级诊疗体系建立在全民医保制度之上，其核心特征是“自由就诊制度”（Free-access system），即患者无需转诊，就能直接前往任何层级的医疗机构就诊^{[7][8]}。不过，政府通过经济杠杆和政策引导实现了隐性的医疗层级划分。初级保健网络由社区诊所（Primary

Care Clinics) 构成, 负责承担约 80% 的常见病、慢性病管理及预防保健服务。基层诊所满足了 90% 的首诊需求, 且其所在区域的住院率比全国平均水平低 15%。专科医疗层级包括二级医院 (区域医疗中心) 和三级医院 (大学附属医院), 主要专注于诊治疑难重症和开展高技术医疗服务。专科医师必须通过日本医学专科委员会 (Japanese Medical Specialty Board) 认证, 并且要完成 5 年以上专科培训^[9-10]。

日本在构建“平急结合”医疗体系方面展现出多层次创新, 其核心在于通过制度设计将基层卫生系统韧性提升纳入国家灾害管理体系, 建立以《灾害对策基本法》为基础的三级应急响应体系, 基层医疗机构被赋予“第一应急响应单元”的法定职责。全国 87% 的初级保健机构具备双重服务功能, 日常提供慢性病管理, 紧急状态下自动转换为分诊中心和临时隔离场所^[11]。

在质量管控方面, 日本厚生劳动省推行“动态床位管理系统”, 通过实时监测基层机构设备冗余度和人员资质, 可在 24 小时内将 42% 的家庭诊所改造为具备传染病筛查能力的应急站点^[12]。依托全国统一的基层医疗质量认证体系, 要求所有初级保健机构通过包括空气流通系统改造、防护物资储备等在内的 12 项应急准备认证^[13]。

值得关注的是日本独创的“地域医疗联动模式”, 通过立法强制要求三级医院与辖区基层机构建立人员轮训制度。数据分析显示, 在新型冠状病毒流行期间, 实施该模式地区的 ICU 床位利用率比非实施地区低 23%, 这证明基层分流有效缓解了医院的收治压力^[12]。

从治理架构方面来看, 日本建立的双轨制筹资机制, 能够确保基层应急能力建设获得稳定的资金投入。法定健康保险基金每年会划拨 2.3% 的份额, 用于基层机构的应急物资储备, 同时还设立专项债券, 支持诊所的负压病房改造。这种“平时投资、急时受益”的财政安排,

让基层医疗机构防护物资储备达标率从 2011 年的 54%提升至 2020 年的 89%^[13]。

德国：高效协同的急救调度体系

德国构建了全民急救与高效调度制度，依托全国统一的紧急呼叫号码，实现了“应呼即到、无差别覆盖”的急救服务。居民和访客均可免费拨打“112”获取包括消防与医疗在内的紧急救援，拨打“116 117”则可在非生命危险情况下获得门诊值班医生服务。当地调度中心会 24 小时不间断受理这些呼叫，并对其进行分级分流，随后派遣合适的资源前往现场。这种高效的呼叫体系，为平急结合医疗体系的应急响应开辟了快速通道。

完善的救护服务和组织架构，保障了应急医疗救援工作能够有序开展。德国救护服务采用两级响应体系，其中基础生命支持由救护技术员（Rettungssanitäter）提供，高级生命支持则由急救护理师（Notfallsanitäter）及急诊医生（Notarzt）执行。各类运营主体共同承担地面和空中的救援任务^[16]。各地市级或区级设有“联合调度中心”，该中心会集中受理消防、急救及部分地区的警务呼叫，采用标准化分级协议对呼救信息进行分流，进而协调资源出动。以凯泽斯劳滕的调度中心为例，自 2006 年起，它就实现了全区域的一体化管理^[15]。

德国急救服务体系通过完善的资金保障机制和动态质量监控体系，确保了服务可持续性与高质量运行。其经费来源以法定健康保险和市政预算为主体，实行患者“零自付”模式，实现了全民覆盖的急救医疗保障。在管理体系上，联邦与各州联合制定了严格的绩效标准，涵盖调度中心响应时效、车辆调度效率以及现场到达时间等核心指标。州卫生部与联邦层面通过数字化监控平台和第三方评估机构进行联合监督，例如 2022 年柏林急救系统因救护车日均占用率突破 83%，

全年触发“应急异常状态”警报达 312 次，这一数据直接暴露了资源配置的结构性矛盾，倒逼德国通过扩建急救站点、优化分级响应机制和引入 AI 调度算法等措施提升资源使用效率^[17]。

（二）中国“平急结合”医疗体系建设的现状

中国“平急结合”医疗体系的建设，旨在让医疗机构在平时能提供常规医疗服务，战时可迅速转化，具备应对突发公共卫生事件的能力。新冠疫情既暴露了基层医疗体系的短板，也推动了国家在政策和实践层面加快“平急结合”体系的构建。

1. 国家对于“平急结合”医疗体系建设的政策和发展方向

构建救治网络与健全体系：《公共卫生防控救治能力建设方案》遵循“平战结合”原则，提出构建分层分级分流的城市传染病救治网络，健全相关网络，建设可转换病区，改造升级重大疫情救治基地，以此提升重大疫情救治能力。

提供技术指导与明确标准：《综合医院“平疫结合”可转换病区建筑技术导则（试行）》为综合医院建设“平疫结合”可转换病区提供技术指导，明确相关建筑设计、施工、验收等方面的标准和要求。

优化资源布局与协同机制：《医疗机构设置规划指导原则（2021-2025 年）》指出，医疗机构设置要围绕平急结合、医防协同、区域协作等要求，构建成渝地区国家应急队伍平急结合的救援机制，推动医疗资源合理布局和优化配置。

推动公立医院应急能力建设：《关于推动公立医院高质量发展的意见》强调坚持医防融合、平急结合、中西医并重，推动公立医院高质量发展，加强公立医院应急管理和救治能力建设。

完善应急指挥与提升效能：《“十四五”国家应急体系规划》规定建立国家应急指挥总部指挥机制，省、市、县建设本级应急指挥部，

形成上下联动的应急指挥部体系，建立健全联合指挥、灾情通报、资源共享、跨域救援等机制，提升应急处置的整体效能。

2.建设现状：从“战时应急”到“常态融合”

疫情期间，基层医疗机构承担了疫情防控的第一道防线。暴露出医防分离导致的信息不畅、响应迟缓等问题。因此，推动医疗服务与公共卫生服务的高效协同，建立医防融合的工作机制，成为提升基层韧性的关键^[18]。

设施与服务能力提升：在条件允许的乡镇卫生院和社区卫生服务中心设立发热门诊区与应急物理隔离区，平时用于健康体检、慢病管理等，战时可快速转变为隔离场所^[18]。

人才队伍建设：加强基层公共卫生医师制度建设，明确基层医疗卫生机构从事公共卫生服务人员的准入标准，通过增加基层人员编制、培养全科医生等途径，提升基层卫生人才队伍的专业能力^[18]。

医院空间与功能布局优化：综合医院在新建或改扩建时，预留“三区两通道”、负压病房等设施，确保在突发疫情时可迅速转换为传染病救治场所^[19]。如广州第八人民医院在疫情后将床位数从 1500 张增加至 2000 张，负压病床达 2200 张，建设了可在平时用于普通医疗、战时迅速转化的“平战结合”综合楼^[20]。

信息化手段助力疫情防控：北京安贞医院通过上线互联网诊疗平台，实现“线上复诊-处方开具-送药到家”的一站式服务，减少患者到院次数，降低交叉感染风险^[21]。

应急物资储备与供应保障：疫情初期，防护物资短缺，暴露出应急物资储备机制的不足。建立院内应急储存常用仓库和备用仓库，落实卫生应急预算资金安排，与供应商签署应急物资与设备的紧急供应协议，保障医院应急物资的快速获取^[22]。

参考文献

- [1] WHO Coronavirus Disease Dashboard.[Internet].2025.Available from:<https://新型冠状病毒感染患者19.who.int/>.
- [2] Brinkmann M,Traby L,Kussmann M, et al.Autoantibody development is associated with clinical severity of 新型冠状病毒感染患者-19:A cohort study[J]. Clinical immunology (Orlando,Fla.),2025,274:110471.
- [3] 中国战争动员百科全书编审委员会.中国战争动员百科全书[M].中国战争动员百科全书,2003.
- [4] New York State. 霍楚尔州长提出新举措, 加强纽约医疗保健系统并扩大医疗服务覆盖面. <https://zh.governor.ny.gov/news/governor-hochul-proposes-new-initiatives-strengthen-new-yorks-health-care-system-and-expand>.
- [5] 黄艳丽,叶静雪,刘鸿源.中美英基层医疗服务质量评价框架及“两病”质量指标对比研究[J].中国全科医学,2021,24(31):3929-3941.
- [6] Angier H,Huguet N,Ezekiel-Herrera D,et al New hypertension and diabetes diagnoses following the Affordable Care Act Medicaid expansion Family Medicine and Community Health 2020;8:e000607.doi:10.1136/fmch-2020-000607.
- [7] Tatsuya K .Report on the nature,characteristics,and outcomes of the Japanese healthcare system.[J].Global health & medicine,2022,4(1):37-44.
- [8] Takuya A,Yosuke Y,Tatsuyoshi I,et al.Effect of Patient Experience on Bypassing a Primary Care Gatekeeper:a Multicenter Prospective Cohort Study in Japan.[J].Journal of general internal medicine,2018,33(5):722-728.
- [9] Daisuke K,Hikohaku R,Tomoki M,et al.Building primary care in Japan:Literature review.[J].Journal of general and family medicine,2019,20(5):170-179.
- [10] Makiko O,Shinji M,Momoko I,et al.Quality of primary care provided in community clinics in Japan.[J].Journal of general and family medicine,2019,20(2):48-54.
- [11] Japan's preparedness for public health emergencies. OECD Reviews of Public Health.10.1787/9789264311602-8-en.
- [12] Takanori Y,Masayuki O,Daisuke K,et al.Assessment of Critical Care Surge Capacity During the 新型冠状病毒感染患者-19 Pandemic in Japan.[J].Health security,2021,19(5).
- [13] Ryoza Matsuda.Health System in Japan. [J].Health Services Research,2018.
- [14] Arbeiter-Samariter-Bund.Rettungsdienst[EB/OL].[2025-5-1].<https://www.asb.de/unsere-angebote/asb-rettungsdienst-katastrophenschutz/rettungsdienst>.
- [15] Deutsches Rotes Kreuz.Rettungsdienst[EB/OL].[2025-5-1].<https://www.drk.de/hilfe-in-deutschland/bevoelkerungsschutz/rettungsdienst/>.
- [16] Wikipedia.Rettungsdienst[EB/OL].[2025-5-1]. <https://de.wikipedia.org/wiki/Rettungsdienst>.
- [17] Von Andreas Macho.Darf nicht von Postleitzahl abhängen Große Unterschiede bei Notfallversorgung[EB/OL]. [2025-5-1]. <https://www.welt.de/wirtschaft/article253899712/Rettungsdienste-Drastische-regionale-Unterschiede-bei-Notfallversorgung.html>.
- [18] 健康县域传媒.防疫关键期, 建设平战结合防控体系的思考[EB/OL]. [2025-5-1]. <https://www.cn-healthcare.com/articlewm/20200228/content-1091451.html>.
- [19] 刘杨正,熊占路,程范军,等.平战结合状态下综合医院应对新发传染病思考[J].中华医院管理杂志,2020,36(11):881-885.DOI:10.3760/cma.j.cn111325-20200325-00899.
- [20] 广东省人民政府.广东加快疫情救治能力的建设布局: 建“平战结合”医院守护好人民健康[EB/OL].[2025-5-1].https://www.gd.gov.cn/zwgk/zdlyxxgkzl/ylws/content/post_3049062.html.
- [21] 中国医院协会信息专业委员会. 北京安贞医院: 信息化助力疫情防控, 打好平战结合组合拳[EB/OL]. [2025-5-1]. <https://www.chima.org.cn/Html/News/Articles/6199.html>.

[22] 中国经济网. “平战结合”常态化 健全完善公共卫生体系[EB/OL]. [2025-5-1].
http://www.ce.cn/xwzx/gnsz/gdxw/202007/16/t20200716_35341586.shtml.

《全球疫情动态及应对追踪简报》

编写组

组 长：琚文胜

副 组 长：郭默宁

编写成员：陈 吟 李 昂 谭 鹏 董爱然

王 睿 李圆圆 曹沛宇 王钥瑶