■本期关注

托育综合服务中心应避免六种倾向

□孙崇高

核心提示 托育综合服务中心作为“1+N”普惠托育服务体系的区域枢纽，应聚焦区域带动、人才培养、标准供给、家庭指导、全过程质量管理和资源协同，着力避免“办成单一托班、短期培训班、标准虚化、重机构轻家庭、监管概念窄化、联动松散”6种偏差，推动其从挂牌建成转向高质量长效运行。

当前，普惠托育服务体系建设已进入“扩容提质”的关键阶段。随着“1+N”（其中，“1”是指托育综合服务中心，这一服务中心既设置一定的示范性托位，也具备托育人员实训、家庭育儿指导、托育服务示范、行业服务监管等多重功能，通过行业规范、业务指导和服务示范带动，提升区域内托育服务的整体质量；“N”是指不同类型的托育服务供给形态，包括托育机构、社区嵌入式托育、幼儿园托班、用人单位办托等）托育服务体系加快布局，托育综合服务中心作为统筹区域资源的枢纽，其运营实效在很大程度上决定着托育服务体系的整体质量。近期，国家卫生健康委办公厅印发《关于加强托育综合服务中心有关工作的通知》，从制度层面对功能定位和建设运营等方面作出明确要求。从基层实践优化提升的反馈看，推动托育综合服务中心从挂牌建成转向高质量长效运行，必须着眼发挥其功能作用，着力避免6种偏差。

一是着眼发挥区域带动的枢纽作用，着力避免“办成单一托班”的功能错位倾向。托育综合服务中心是服务枢纽平台，不是普通的托育机构，更不是仅用于接待参观的示范点。其主要作用是为区域内各类托育服务主体提供统一的标准支撑、系统化的人才培训、专业化的质量评估和普惠性的家庭育儿指导。如果将工作重心偏移至扩大自身收托规模、参与市场化托育服务的生源竞争，必然会挤占原本用于覆盖全域的服务资源，导致本该承担的行业引领职能被分散弱化。从普惠托育服务的供需结构看，当前行业发展的共性提升重点已经不是托育场所供给总量不足，而是区域内服务标准统一度有待加强、从业人员队伍的稳定性有待巩固、照护过程质量可控能力不足、家庭科学育儿认知有待普及。托育综合服务中心的根本价值，正在于立足“1”对“N”的引领定位，把资源和精力集中在全域托育服务体系的补位上，不与基层托育点位形成同质化竞争，而是从根源上守住公共枢纽的功能边界，充分释放区域带动效能。

二是着眼发挥从业人员系统化培养作用，着力避免“办成短期培训班”的路径偏差倾向。托育服务的竞争力根植于专业照护队伍的素质与稳定，婴幼儿照护要求从业人员具备基础医学防护常识、婴幼儿发展心理学素养、家庭沟通协调能力，这样的人才队伍如果完全依赖市场自发配置，就会出现普惠托育机构招人难、留人难的结构性矛盾，制约托位使用效能。此外，托育综合服务中心在开展人才培养工作时，如果简单以“培训场次、覆盖人次”作为衡量指标，就容易陷入“办班即完成任务”的惯性误区。适宜的做法是，联动属地高等院校、职业学校、妇幼保健机构，搭建区域统一的托育服务实训机制，统筹承担岗前培训、转岗培训、继续教育职能，构建全链条人才培养机制，稳定托育服务专业人才供给渠道，推动合格从业人员向各类普惠托育点位有序流动，从根源上支撑从业人员综合素质持续提升。

三是着眼发挥产品研发和标准供给作用，着力避免“产用脱节”的“标准虚化”倾向。国家已出台一系列托育服务通用规范，在基层实践推进过程中，要重点做好政策条文向一线操作的转化衔接工作，逐步解决“条文清晰、实操模糊”的落地问题。乳儿班、托小班、托大班的照护重点存在明显差异，卫生保健、膳食喂养、伤害预防、发育观察、家庭沟通等主要服务环节，均需要适配本地托育服务场景细化操作指引。托育综合服务中心承担标准设计和产品研发的重要职能，需要将上层的政策规范转化为可直接使用的操作手册、实训素材和评估清单，逐项明确服务环节的达标边界和问题处置流程，让基层托育机构清晰掌握“做到什么程度”“出现问题怎么规范处置”等实操指引。只有把基础性的实践工作做扎实，才能从根本上减少托育机构各自解读标准、服务质量参差不齐的情况，实现区域托育服务质量的整体稳定可控。

四是着眼发挥婴幼儿早期发展支持作用，着力避免“重机构服务、轻家庭照护”的覆盖不全倾向。托育服务的主要价值，最终体现在稳定的师幼互动、到位的回应性照护、婴幼儿情绪与发展信号的准确识别等方面，这些过程性指标是托育服务质量的底色。托育综合服务中心构建质量支撑体系，要将各项评估与业务督导有机融合，推动质量评估结果转化为针对性强的改进指导，通过常态化的专业支持，持续优化照护细节，稳步提升服务质量水平。与此同时，要将家庭育儿指导摆在与机构服务指导同等重要的位置，依托亲子活动、家长课堂、社区育儿指导等多种渠道，面向广大家庭普及儿童早期发展规律和高质量照护的基本技能，同步提升家庭端的照护能力和服务质量辨识能力，形成机构提质、家庭增能的完整婴幼儿照护支撑体系。

五是着眼发挥全流程质量服务管理作用，着力避免“监管概念窄化”的治理失效倾向。健康、安全是托育服务的底线。托育服务质量治理不能仅局限于台账核查与硬件验收，要避免出现“硬件达标、照护过程粗放”的疏漏，比如日常照护中对婴幼儿哭闹反应不及时、膳食喂养操作不规范、活动区域防护不到位等细节问题。托育综合服务中心发挥质量服务管理功能，就需要充分发挥属地技术支撑载体作用，聚焦照护全流程动态监管，把现场照护行为、服务细节纳入质量管理重点，推动监管由静态验收向过程督导转变，切实在区域内构建“规范可感知、经验可复制、机制可坚持”的托育服务质量管理服务体系，让托育机构获得稳定的专业技术支撑，让广大家庭获得清晰的托育服务选择依据，从而推动普惠托育服务从托位数量的增长，进一步转向服务品质的内涵式深化。

六是着眼发挥区域资源协同作用，着力避免“联动松散”的体系孤岛倾向。当前各地托育综合服务中心建设进度较快，功能转化正在有序深化。部分机构正在进一步优化资源配置，强化区域行业指导职能；部分机构在守住安全底线的基础上，逐步加大对照护过程性质量的专业支撑力度；部分机构正在打通与社区嵌入式托育、幼儿园托班、用人单位办托等多元化托育场所的业务衔接通道，全域联动的服务网络正在加快形成。破解联动松散问题，要严格落实国家要求，主动与属地妇幼保健机构、基层医疗卫生机构建立长期稳定的合作机制，设计标准化的婴幼儿医育结合签约服务包。在此基础上，推动不同的托育点位在标准执行、人才培养、质量评估等方面同频联动，真正释放“1+N”托育服务体系的协同效应，更好地发挥托育综合服务中心的枢纽功能作用，进一步增强区域托育服务体系的协同效能。

（作者供职于河南省卫生健康委）

改革攻坚促融合 强基提质惠民生

□柳杨

紧密型县域医共体建设是深化医药卫生体制改革、夯实基层卫生健康根基、推进健康中国建设的关键抓手。作为国家级紧密型县域医共体建设试点县，新安县立足“人民健康是民族昌盛和国家强盛的重要标志”这一根本定位，统筹推进“三医联动”（医疗、医保、医药）改革，深入实施医疗卫生强基工程，系统整合县、乡、村三级医疗卫生资源，加快构建一体化、同质化县域医疗服务体系，不断提升群众就近就医的获得感、幸福感、安全感。

均衡普惠、优质高效的健康中国，离不开健康管理、疾病防控、医疗服务、医保支撑、医药创新、人才培养六大能力的坚实支撑。当前医改已进入深水区，改革任务繁重复杂，县域医疗卫生服务体系运行中资源统筹合力不足、上下联动机制不畅、分级诊疗衔接不紧、基层网底支撑能力偏弱等深层次矛盾逐步显现，阻碍医共体从“物理整合”向“化学融合”跨越升级。新安县直面改革痛点难点，坚持问题导向、目标导向、结果导向相统一，靶向破除体制机制障碍，统筹医疗提质、医保监管、健康保障协同发力，对照六大能力建设要求持续激活县域医疗卫生高质量发展内生动力。

聚焦联动壁垒
健全一体化统筹协同机制

针对过去县、乡、村三级医疗机构各自独立运行、信息互通不畅、转诊流转不顺、资源分散低效等突出问题，新安县以医共体总医院为龙头，建立统一管理、统一资源、统一标准、统一服务的一体化运行体系，夯实分级诊疗落地根基。新安县统筹调配县域医疗资源，组建21个业务中心（专科），实行差异化错位发展。

新安县依托县域智慧医疗平台，打通检查检验结果互认、电子病历共享、急救信息互通通道，实现就医数据全域共享、双向转诊无缝衔接，引导群众理性就医，夯实医保支撑基础，守牢医保基金安全关口。

聚焦基层短板
完善常态化基层赋能机制

新安县紧扣医疗卫生强基固本要求，针对基层人才紧缺、技术薄弱、服务能力有限等短板，健全优质医疗资源常态化下沉赋能机制，夯实健康管理、人才培养能力根基。新安县利用专家常驻坐诊、定期巡回诊疗、师徒结对带教、分层专项培训、定向人才培养、“西学中”培训等方式，精准赋能乡镇卫生院、村卫生室，重点提升基层常见病多发病诊疗能力、心脑血管急症早期处置能力、慢性病规范化管理水平；同步优化村级健康哨点准入管理和激励保障机制，压紧压实基层健康“守门人”职责，扎实做好入户随访、健康宣教、慢性病管理等工作，推动医疗卫生服务从“以治病为中心”向“以人民健康为中心”转变。

聚焦急救弱项
构建全链条闭环救治机制

新安县紧盯农村独居老年人、高龄失能老年人、慢性病高危人群救治“急、难、愁、盼”问题，持续完善分级诊疗和急危重症快速救治体系，持续提升疾病防控、医疗服务能力；加强县域胸痛、卒中标准化救治单元建设，稳步实现乡镇救治单元、村级救治哨点全域覆盖。

今年1月，新安县人民医院创新推出“守护星一键呼救”智慧服务，搭建“群众一键呼救、三级联动响应、乡村医生就近先期处置、总院精准接诊救治”闭环救治模式，有效压缩急症“黄金救治时间”，显著提升突发公共卫生事件处置和急危重症救治能力；目前，累计注册群众17215人次，处置各类健康诉求1001件，实现“救治提效、诊疗规范、医保基金精准投放”多方共赢。

聚焦落地落差
健全全维度长效监管机制

新安县坚持医疗质量管控与医保基金监管一体化推进，建立涵盖“医疗、护理、院感、药事、影像、心电、检验、病理、6S管理、文化建设”的质控体系，统一标准、统一培训、统一考核、统一督导，常态化开展季度质控督查，推动县、乡两级医疗服务朝着同质化、精细化、标准化方向迈进；同步压实医共体医保基金管理主体责任，用好总额付费、结余留用、合理超支分担的激励约束政策，从严规范诊疗行为、严控不合理医疗费用，守牢医保基金安全底线，实现“医疗质量提升、基金可持续运行、群众就医减负”多方共赢，推动医共体建设由“有形覆盖”向“有效提质”转变。

体制顺则机制活，机制优则民生实。下一步，新安县将贯彻落实全国卫生与健康大会精神，坚守医疗卫生事业公益性，持续向改革深水区攻坚，把人财物统一管理、编制统筹使用、薪酬绩效改革作为核心突破方向，持续“破瓶颈、补短板、强弱项、优机制”，一体化推动基本医疗卫生制度落地见效，统筹做好医疗服务、医保监管、健康管理协同文章，持续夯实基层卫生基础、优化县域医疗服务体系，让群众在家门口享有更加优质的全生命周期健康服务。

（作者系新安县医共体党工委副书记，新安县人民医院党委书记；文字整理刘永胜、游新苗）

数字技术驱动医院信用评价转型的思考

□李志杰

医院信用，过去更多是一纸资质、一份年度考核表。《关于健全社会信用体系的意见》（2025年）提出健全社会信用制度、构建以信用为基础的新型监管机制，《国民健康“十五五”规划》部署深化以公益性为导向的公立医院改革。把医院纳入信用监管体系、让信用评价由粗放走向精细，已成为公立医院高质量发展绕不开的必答题。“数字孪生”，正在提供这样一种可能。

老办法遇到新问题

长期以来，判断一家医院“讲不讲信用”，主要看4样：执业资质有没有、许可手续全不全、有没有受过处罚、年度考核过不过得去。这种方式守住了依法执业的底线，却越来越跟不上管理需要。

短板集中在3点。一是“慢”。数据靠人工填报、逐级汇总，结果出来时反映的往往是几个月前的情况。二是“散”。医疗质量、医保结算、药械使用、患者投诉等数据分散在不同系统，各评各的，拼不出完整的信用画像。三是“悬”。评价与医院内部治理、资源配置、绩效分配形不成联动，“评完就完”。靠年终一次打分去追认医院信用，已难以满足精准化、智能化监管的要求。

数字技术赋能医院高质量发展

“数字孪生”，通俗讲就是为真实的医院在数字空间造一个双胞胎：实体运行的每个动作实时映射到数字端，并支持推演与预警。这项技术在智能制造、城市治理中磨合多年，如今正加快进入医疗场景。用它改造信用评价，关键是推动三个转向。

从“一次结果”转向“一段过程” 医院不是几张报表，而是由人、设备、空间、流程、制度和服务关系共同构成的有机体。把电子病历、医保结算、院感监测、满意度随访、应急响应记录等数据接进来，形成统一的数据底座并完成标准化处理，信用评价就不再是年终一次性打分，而是对信用形成全过程的持续观察与偏差提醒。

从“事后定性”转向“事前预警” 有了“孪生模型”，可对设备故障、院感苗头、投诉集中、急诊量骤增等情形开展情景模拟，看清它们怎样影响医院的信用状态，提前发现隐患、研判走向，把“事后追认”变成“事前提醒”，让评价体系更有解释力和前瞻性。

从“监管单方”转向“多方共治” 平台把监管部门、医院、患者和第三方机构连在同一张信息网上，信用数据在共享中接受各方监督，逐步形成多主体参与的信用治理格局，评价结果也更有公信力。

搭建“4+18+N”三级指标体系

指标设计，是“数字孪生”能否真正落地的关键一环。结合河南各级医院的功能定位和数据基础，可搭建“4+18+N”三级指标体系，实现实体医院与数字镜像的对应。

先看“4” 一级指标设基础信用、质量安全信用、服务效能信用、社会责任与可持续发展信用4个维度，分别对应依法执业与规范管理、医疗质量与患者安全、运行效率与就医体验、公益贡献与长远后劲，4个维度合起来覆盖评价全貌。

再看“18” 二级指标围绕资质管理、医务管理、药械管理、医保合规、院感控制、急诊响应、设备运行维护、投诉处置、信息公开、公益服务、人才培养等18个重点领域铺开，每个领域再落到具体评价要点，便于操作、便于核查。

最后是“N” 三级指标交给由“数字孪生”衍生的动态要素，如设备运行异常率、关键流程时滞、医患交互热力分布、重点区域风险预警频次、患者投诉时空聚集度等，用这些“活数据”把评价做得更细、更贴场景，实现对医院运行状态的精准感知。

模型怎么转起来？可以采用“三个结合”：静态指标守住合规底线，动态指标捕捉运行波动；规则评价保障制度口径与可解释性，智能识别借助机器学习、大数据分析，提升对复杂诊疗行为和隐性风险事件的发现能力；评分结果用于信用分等与横向比较，风险画像则回答“问题出在哪儿、会往哪儿走”。同时，借助动态权重调节等方法，在守住数据安全与机构隐私的前提下，提升跨机构协同和模型推广能力。

指标还要“分人穿衣”。省级医院，重点看科研创新、疑难重症诊治、区域引领；市级医院，重点看医疗质量、服务效能、区域辐射；县级医院和基层机构，则抓住基本医疗服务、依法执业、患者满意度等核心项。原则统一、权重有别，信用评价才能从“建起来了”走向“用得精准”。

信用评价促进医院管理

评价的价值，最终要靠应用来兑现。要把结果送回管理现场需要构建“评价-反馈-整改-再评价”闭环，重点从4个方面发力。

嵌进日常 让信用评价伴随医院运转实时运行，发现苗头及时预警，明确责任分级整改，整改后闭环复核，看住整改效果。

列成清单 围绕手术安全、药械管理、医保结算、院感防控等高风险岗位和关键环节，梳理信用风险预警清单，用仿真分析形成面向院领导、职能部门、临床科室的差异化建议。

用出分量 把信用等级与资源配置、绩效考核、质量改进、专科建设、人才培养挂起钩来，与财政投入、医保结算倾斜、评优评先、职称晋升相衔接，让守信有实惠、失信有代价，使信用从“软指标”变成“硬约束”和“强激励”。

联成网络 依托平台实现监管部门、医院、患者与第三方的信息互通、责任共担，形成多方参与的医院信用治理生态。

（作者供职于新乡市中心医院）

哪些人是结核病的高危人群

□李栋梁

结核病是由结核分枝杆菌引发的一种慢性传染病，主要通过呼吸道传播，主要发病部位在肺，称为肺结核。消化道和直接接触也能传播结核病。任何人在任何时间都可能患结核病，无论性别和年龄。但是，有些人群发病的风险普遍高于一般人群。

人类免疫缺陷病毒感染者、艾滋病患者

由于人类免疫缺陷病毒（HIV）直接破坏人体免疫细胞，造成机体免疫能力低下，各种机会感染风险增大，从而导致结核病发生。结核病是该类人群常见的感染性疾病，同时也是该类人群常见的死亡原因。与普通结核病患者相比，结核分枝杆菌、人类免疫缺陷病毒双重感染人群的诊断及治疗难度显著增加。

65岁及以上老年人

随着年龄的增长，人体免疫功能逐渐减退，各脏器功能低下，导致65岁及以上老年人患肺结核的风险也远高于其他人群。

糖尿病患者

糖尿病是肺结核发病的重要危险因素，两者相互影响，形成恶性循环。高血糖导致机体免疫系统功能受损及肺泡表面活性物质减少，呼吸道屏障功能下降，同时，为结核分枝杆菌提供丰富的碳源，加速其繁殖。高血糖还会导致血管内皮损伤、肺部微循环障碍、局部缺氧和酸中毒，有利于结核分枝杆菌存活。与没有患糖尿病的人相比，糖尿病患者发生肺结核的风险是普通人的3倍，治疗难度也远高于普通患者。

病原学阳性肺结核患者密切接触者

与有传染性肺结核患者密切接触的人，通常被称为肺结核患者的密切接触者。由于这类人群在与患者的近距离接触或频繁接触中，会通过空气飞沫感染上结核分枝杆菌，并且感染结核分枝杆菌的数量可能较多，因此比其他人更容易发病。应该注意的是，5岁以下密切接触者的感染发病风险更高，应特别关注此类人群。

长期吸烟者

烟草中的尼古丁等有害物质会通过免疫抑制、肺部损伤等多种途径，提升结核病的发病风险。吸烟会损伤呼吸道纤毛功能，降低机体对病原体的清除能力。此外，吸烟还会削弱免疫系统功能，尤其是肺泡巨噬细胞的功能，而这类细胞是抵御结核分枝杆菌的第一道防线。因此，吸烟者一旦感染结核分枝杆菌，往往更难抑制细菌增殖，潜伏感染更容易发展为活动性结核病。

酗酒者

酒精会减少肺泡表面活性物质的生成，削弱呼吸道屏障功能。酒精可抑制巨噬细胞与中性粒细胞的吞噬能力，降低对结核分枝杆菌的早期清除效率；同时，还会抑制T细胞和B细胞的功能，造成适应性免疫受损，进而提升结核病的发病风险。

营养不良者

营养不良可通过免疫抑制、屏障破坏、代谢紊乱三重机制，显著提升结核病的发病风险。

（作者供职于河南省疾病预防控制中心）

全面行动 全力投入 全民参与 终结结核
结防那些事
开展终结结核行动 共建共享 健康中国