■本期关注

以标准化试点项目为抓手 推进紧密型县域医共体建设

□白 鹏

核心提示 巩义市总医院针对县域医共体建设中“联而不紧、医防脱节、信息壁垒”等共性问题，以省级标准化试点项目为抓手，构建四大标准模块，推进管理、业务、服务、信息同质化，构建七大健康服务体系，实现基层就诊率稳定在65%左右、医保基金连续盈余、患者满意度升至94%。

从共性难题到标准化试点

过去，卫生健康领域存在三个突出问题：城乡医疗资源配置不均衡，各级医疗机构信息系统不贯通，服务体系碎片化。群众看病不方便，单一医疗机构很难满足群众就医需求。为破解这些难题，2017年国务院办公厅印发指导意见，要求开展医疗联合体建设。紧密型县域医共体，就是把县、乡、村三级医疗机构整合起来，实行统一管理和运行，做到“以县带乡、以乡带村”，梯次帮扶带动，提升县域医疗卫生体系整体效能，真正让老百姓在家门口就能获得质量更高、就医更便捷、费用更经济的医疗卫生服务。

在推进医共体建设过程中，国内不少地方也遇到一些共性难题：

第一，紧密程度与整合深度不足。部分地区只是“挂牌子、搭架子”，存在“联而不合、合而不紧”的现象，行政、人事、财务、业务、用药、信息、后勤“七统一”落实不到位，利益共享、责任共担机制没有真正落地。

第二，医防融合、服务模式转型滞后。医疗和公共卫生存在“两张皮”，临床医务人员参与公共卫生工作动力不足；预防保健、康复、慢性病管理供给不足，家庭医生签约服务存在“签而不约、约而不实”的问题。

第三，信息化存在技术壁垒。县域内系统标准不统一，电子病历、检验检查结果、健康档案无法互通共享，重复检查现象较多；县、乡医疗机构之间存在内部竞争，县级医院对基层形成患者虹吸，双向转诊出现“只上转、不下转”的情况。

究其根本，就是缺少一套可复制、可推广、可考核的标准化操作范本，这也是巩义启动标准化试点的初衷。

2019年5月，国家卫生健康委将巩义市列为试点县市。同年12月，郑州市首家紧密型县域医共体——巩义市总医院正式成立，由巩义市人民医院牵头，整合全市所有公立医疗机构。

2024年10月，巩义市总医院获批创建河南省紧密型县域医共体建设服务标准化试点项目。两年来，巩义市总医院搭建起一整套完整标准体系，相关工作得到国家卫生健康委充分肯定，承办2025年第三期全国医共体建设培训会，获得河南省医改先进集体等10余项荣誉。

具体实施过程

巩义市总医院成立以党委书记、院长为组长的标准化创建领导小组，设立标准化办公室，58个科室均设置标准化联络员。巩义市总医院出台专项实施方案，制定18个月攻坚计划，打造标准化长廊，推动“标准上墙、标准成册”。2025年2月，巩义市总医院召开标准化试点工作启动大会，完成全院动员部署。

在人才培育方面，巩义市总医院组建跨职能部门的标准编写小组，成员覆盖管理、临床、护理、公共卫生、标准化等专业人员；选派16名工作人员参加省级培训，3人考取标准编审职业技能等级证书，4人获批郑州市企业标准化专员。组织外出对标学习，邀请专家来院授课，全院累计500多人次参与学习，营造出“人人学标准、人人懂标准”的良好氛围。

巩义市总医院严格依据国家标准，收集国家及行业标准295个，自主编制企业标准302个，搭建服务通用基础标准体系、岗位标准体系、服务保障标准体系、服务提供标准体系四大模块，实现医共体服务环节全覆盖。

标准化实践落地 重点推进四个同质化管理

管理同质化：落实“七统一”标准

一是组织架构统一化。巩义市总医院班子由卫生健康委提名、医管委审议通过，成员单位党组织关系全部转入总医院党委统一管理。设立人力资源、财务运转、业务管理等十二大复合型职能中心，巩义市对各成员单位实行垂直管理。

二是运行管理统一化。巩义市总医院对成员单位党建、业务、信息化、财务、公共卫生等工作开展连续性指导，落实行政、人事、财务、业务、用药、信息、后勤统一管理，实现统一考核督查、统一考勤制度、统一奖惩标准、统一绩效工资分配、统一培训和文化宣传。

业务同质化：三级质控与多元化帮扶

巩义市总医院成立业务管理中心，对各成员单位统筹开展质控管理，落实业务院长帮扶、驻扎式帮扶、定向帮扶、巡回医疗、巡回麻醉手术、线上线下带教培训、管理指导等多种帮扶举措，持续提升基层医疗机构服务能力。

服务同质化：七大健康服务体系

围绕群众全生命周期的健康就医需求，巩义市总医院构建七大健康服务提供体系，把标准化的内涵，从单纯治病延伸到全生命周期健康管理。

健康促进体系：巩义市总医院培养标准化科普专家700余名，每年开展巡讲100余场，录制健康科普音视频1000余个，连续16年举办健康文化周，受益群众超百万人次。

慢性病管理体系：巩义市总医院建立慢性病管理中心，组建县、乡、村三级家庭医生签约团队，为82万居民建立电子健康档案，动态管理慢性病患者22.2万人次。慢性病管理率从2019年的56.41%提升至2025年的83.09%。

妇幼保健体系：巩义市总医院构建县、乡、村三级妇幼保健网络，规范备孕、孕期、产后全周期健康管理，设立家庭化产房、产后护理中心、托育中心。

中医药发展体系：巩义市总医院建设“具有国医堂、镇有中医馆、村有中医阁”服务网络，中医诊疗人次占比从30.7%提升至40.58%。

急救体系：巩义市总医院规范建设5个卫生院标准化急救站，打造城区15分钟、乡镇30分钟急救圈，累计救治急危重症患者8000余人次。

医养结合安宁疗护体系：巩义市总医院打造“15分钟医养服务圈”，累计服务老年人3860人次。

延续医疗护理家庭病床体系：开展居家服务项目60余项，累计完成上门服务30232例次、建立家庭病床768人次。

信息同质化：打造“一张网”互联脉络

建成全民健康信息平台，实现医共体内部数据“书同文、车同轨”。

一是数据接口统一化。巩义市总医院横向打通医疗、医保、公共卫生系统，纵向打通县、乡、村三级医疗机构，实现“通卡就医”、检查结果互认。

二是远程医疗标准化。巩义市总医院建立远程心电、影像、胎心、检验等“十三大资源共享中心”，完成远程诊疗200多万次，节约费用超1亿元。

三是药事管理规范化。巩义市总医院建立“县域中心药房”“县域审方中心”“智慧共享中药房”，实行药品统一招标、采购、配送、质控、支付。

取得的阶段性成效

通过标准化建设，巩义市总医院推动医疗卫生服务体系从“碎片化、低效能”向“连续化、高质效”转变，真正契合医改初衷。

医院得发展

巩义市人民医院成功创建三级乙等综合医院，巩义市公立中医院成功创建二级甲等中医医院，基层诊疗人次年均增长7%以上。

百姓得实惠

基层就诊率稳定在65%左右，远程诊疗200多万次，节约费用超1亿元。慢性病管理率增长26.68%，心血管疾病、脑血管疾病年住院人次连年下降。县域内住院医保报销比例由49%提升至56%。

医改可持续

医保基金从改革前透支6000余万元，转变为连续6年略有盈余。2024年县域医保基金结余留用资金986万元，2025年所有成员单位共盈余2166万元。县域内平均住院费用由5888.48元下降至5521.29元。

患者满意度从82.62%提升至94.00%，医务人员满意度从89.89%提升至93.19%，群众获得感、幸福感持续增强。

可持续性与推广价值

巩义市总医院的相关实践经验三次入选国家卫生健康委《紧密型县域医疗卫生共同体实践案例》，在《中国医院》等核心期刊发表论文2篇；着力提升“医、教、研”能力，建设科研型医院，与5个教科研机构联合开展科研项目；国家卫生健康委体改司、中西医结合司、药政司、基层司等部门多位领导先后莅临巩义调研；中国工程院院士王陇德、吉训明等十多位专家教授带队来巩义市总医院开展课题研究；世界卫生组织专家、欧洲心脏病学会主席、泰国考察团、“一带一路”考察团等国际专家友人先后6次来巩义市总医院观摩交流。

巩义市总医院累计接待来自29个省（自治区、直辖市）的兄弟县市实地学习交流500多批次，赠送标准资料1000多套，举办4期医共体培训班，向外整体输出建设经验。

巩义市以标准化为抓手，实现医共体管理同质、服务同质、信息同质，为全国县域医共体改革提供实践样本。

下一步，巩义市总医院将以省级服务业标准化试点项目为新起点，持续优化紧密型医共体标准体系，争创国家服务业标准化试点项目，逐步形成一批医共体行业标准、团体标准，为全国县域医共体建设提供可复制、可推广的实践经验，为健康中国建设做贡献。

（作者供职于巩义市总医院）

结核病的误区和真相

□王伟东

“肺结核是不治之症，得了就没救了？”“和结核病患者说话就会被传染？”“症状消失就可以停药了？”——这些关于结核病的误区，在普通人群中比较常见，很多人因认知偏差，既忽视了防控，也误解了这种疾病。

其实结核病离我们并不遥远，科学认知是最好的防控方法。今天，我们来逐一打破这些常见误区，读懂结核病的真实模样，学会科学防护，守护自己和家人的健康。

误区一：结核病已经消失了，不需要再关注

错误认知：许多人觉得结核病是“过去式”，身边很少有患这种病的人，认为我国已经消灭了结核病，不需要再关注和预防。

真相：结核病从未消失，依然是全球重大的公共卫生威胁。世界卫生组织《2025年全球结核病报告》显示，2024年全球新增结核病患者约1070万人，结核病是全球单一传染病死因首位，死亡人数远超因艾滋病。我国仍是全球结核病高负担国家之一，2024年估算新发患者约70万人，发病数居全球第4位。因此，全社会仍须科学防控结核病。

误区二：和结核病患者说话就会被传染

错误认知：很多人认为，只要和结核病患者说话，哪怕只是简短交流，也会被传染上结核病。甚至因此不敢与患者交谈，造成患者被孤立。

真相：说话确实可能产生带菌飞沫，但“说话就会传染”是过度恐慌。并非所有结核病患者都有传染性，只有活动性肺结核患者才具有传染性，但患者在接受有效抗结核治疗2周后，传染性会大幅降低。此外，感染需要吸入足够数量的结核分枝杆菌，通常需要长时间、近距离与患者的接触才可能构成感染风险。如果患者或健康人正确佩戴口罩，且环境通风良好，感染风险将进一步下降。此外，与患者接触时进行科学防护是必要的，但不应歧视或孤立患者，请多一点儿理解，少一点儿恐惧。

误区三：结核病患者康复后就不会再得病

错误认知：有人认为，得过一次结核病，身体就有了“终身免疫力”，以后不会再感染或复发。

真相：结核病治愈后不等于终身免疫，患者仍有复发或再感染的可能。即使经过规范治疗，患者体内仍可能残留少量“休眠菌”或“持留菌”。当机体免疫力下降时，这些细菌可能重新活跃，导致旧病复发。结核病不会产生持久保护性免疫，治愈后仍可能再次吸入结核分枝杆菌而发生新的感染。患者治愈后建议定期体检、保持健康生活方式，营养均衡、适度锻炼，避免熬夜和过度劳累。家庭中有肺结核患者时，仍要做好个人防护。

误区四：肺结核是不治之症

错误认知：很多人一听到“结核”二字，就联想到旧社会的“痨病”、林黛玉的结局，认为一旦患病就等于被判了死刑。

真相：随着医学发展，结核病早已不是不治之症。现代抗结核化疗方案经过数十年临床验证，疗效确切可靠。只要严格遵循“早期、联合、适量、规律、全程”的治疗原则，绝大多数初治肺结核患者可治愈。我国肺结核患者的成功治疗率常年保持在90%以上。即便是治疗难度较大的耐药结核病也能实现病情缓解甚至临床治愈。近年来新药（如贝达喹啉、德拉马尼）的应用，进一步提升了耐药结核病的治疗效果。结核病能否治愈，前提为是否坚持治疗规范治疗。一旦确诊肺结核，患者应在专科医生指导下完成全程抗结核治疗。

误区五：症状消失就可以停药，不用全程治疗

错误认知：有些肺结核患者在服药2周~3周后，咳嗽、发热等症状明显好转，甚至完全消失，便自认为“病好了”，擅自停药。

真相：这是最危险的误区！擅自停药可能让可治愈的普通结核病演变成难治的耐药结核病。症状消失不等于痊愈，抗结核药物服用2周左右，药物可杀死大部分活跃繁殖的结核分枝杆菌，症状随之缓解。但体内仍残留少量“休眠菌”或“持留菌”，这些细菌难以被短期用药清除。肺结核治疗周期有科学依据：普通肺结核治疗全程为6个月~8个月，耐药肺结核更是长达18个月~24个月。这一周期是基于大量临床研究和细菌学证据制定的，目的是彻底清除体内所有结核分枝杆菌，防止复发和耐药。

误区六：结核病会遗传给下一代

错误认知：有些家庭出现多人患结核病的情况，就认为结核病是遗传病，会代代相传。

真相：结核病是传染病，不是遗传病，不会通过生育遗传给下一代。家庭出现多人患结核病，主要是因为共同生活的家人生活习惯和营养状况相似，且长时间近距离接触，家庭成员吸入带菌飞沫的概率高，导致发病风险大。若家中有人确诊结核病，其他成员应及时进行结核分枝杆菌感染筛查，必要时接受预防性治疗，而不是归咎于“遗传”。同时，患者应尽早规范治疗，减少家庭内传播风险。

误区源于未知，恐惧来自误解。结核病是一种可防、可控、可治的疾病。终结结核病流行，需要每一个人的科学认知与主动配合。如果你或家人正在治疗结核病：请相信医学，遵从医嘱，完成全程治疗。如果你是普通公众：请记住这些科学事实，不恐慌、不歧视、不传谣。破除误区，科学防护，让我们同心同行，共同抵御“白色瘟疫”，守护每一次自由呼吸。

（作者供职于河南省疾病预防控制中心）



下沉基层做实家庭医生签约服务

□王 涛

健康是民生之本，守护是责任所在。家庭医生签约服务是国家基本公共卫生服务重要惠民举措，以契约为纽带，为居民提供连续、综合、便捷的健康管理服务。为进一步提升居民对家庭医生签约服务的知晓率、参与度与获得感，在家庭医生签约服务宣传期间，内乡县王店镇卫生院持续推进签约履约工作，深入乡镇社区、走进居民家中，做实家庭医生签约服务，用心当好群众身边的“健康守门人”。

建强村级服务小队 构建三级联动服务格局

王店镇卫生院组建6个家庭医生服务团队，下设19个服务小分队；实行网格化管理，将服务触角延伸到每一个村（社区）。每村组建的专属家庭医生服务团队，由院班子成员担任团队负责人，带头下沉一线。每支团队由县级医院医师、乡镇卫生院医护人员和本村乡村医生组成，县级医院下沉医师提供技术支撑，乡镇卫生院医护人员统筹调度，乡村医生贴近群众开展日常服务，三方协同，共同做好慢性病管理、上门随访、健康宣教、签约建档等工作，搭建起县、乡、村三级联动健康服务网络。

群众以前看病要坐班车去县城，来回折腾大半天。现在县里、镇上、村里的医生一同上门，有疑问当场就能解答；随访结束后，团队会及时更新老年人电子健康档案，完整留存本次诊疗信息，为后续持续健康管理提供依据。针对身患高血压病、冠心病、需要长期服用多种药物且子女常年在外务工的老年人，家庭医生服务团队会上门开展随访：医生为老年人检测血压，护士逐一核对各类药物的剂量，县级医院下沉医师结合老年人既往健康记录与当前身体状态，现场优化药物治疗方案，同时向老年人告知服药注意事项、饮食禁忌等内容。

公示服务团队信息 打通群众健康求助“看得见的渠道”

为破解部分村民“签了约，不知道家庭医生是谁、有事不知道该找谁打电话”的现实难题，王店镇卫生院把家庭医生签约服务团队公示牌张贴服务内容抓实抓细。卫生院统一规范设计印制公示牌，列明县、乡、村级家庭医生、健康管理员的联系方式、服务范围，做到一村一版、精准对应。居民遇到健康疑问，可以随时联系自己的家庭医生服务团队，实现“有需求、找得到、联系上”。

坚持团队入户上门张贴。各家庭医生签约服务团队结合日常下村组义诊、入户随访工作，走进千家万户，尽量选取客厅醒目、不易受潮磕碰的墙面位置。张贴时医务人员现场对照公示牌，向住户逐一讲解团队人员分工，告知群众可以电话咨询用药、预约上门随访、咨询健康问题，打消老年人不敢打电话咨询的顾虑。

除入户张贴之外，各村村委会、村卫生室也同步悬挂公示牌，实现“农户家中+村级阵地”双向覆盖。王店镇卫生院还将公示牌张贴落实情况纳入下乡工作台账与考核内容，对张贴位置、完好情况定期回头看，若出现脱落、破损，及时上门更换。看得见、摸得着的便民公示，真正把家庭医生的联系方式交到群众手上，变“被动等待群众找医院”为“主动把服务联系方式送到群众家”，切实提高家庭医生签约服务的群众知晓率与获得感。

固化下乡工作制度 力戒形式主义“纸上履约”

王店镇卫生院出台下乡管理制度，结合农村群众生产生活实际，统筹安排时间下沉村组开展服务。各家庭医生签约服务团队每周至少进村开展一次现场服务，实现全年常态化推进。同时，严格落实下乡人员出勤管理。下乡人员统一身着红马甲，便于群众识别。院班子成员带队入户随访、现场督导，推动服务从“纸上签约”转向“实地履约”。

部分肢体残疾患者因长期居家，难以到卫生院就诊，是团队的重点随访对象。服务小队来到患者家中，细致询问睡眠与饮食情况，规范测量血压，查看肢体康复状态，仔细核对服药情况。随访过程中，班子成员查阅下乡签到台账，核验入户服务影像资料，针对随访中存在的不足现场提出整改意见，以实地督导压实团队履约责任，杜绝服务走过场。

推行双线服务模式 兜底保障重点人群就医

王店镇卫生院推行“村组集中服务+入户上门随访”双线服务模式。深入各个村民小组，就近设置临时服务点位，集中开展血压血糖检测、健康咨询、科普资料发放等工作；针对高龄老年人，以及失能卧床人群、行动不便人群、重症慢性病患者等重点签约服务对象，开展“一对一”上门问诊、健康评估、个体化用药指导，做到重点人群不漏一户、不落一人。

闭环档案管理 考核倒逼履约责任落地

每次下乡返回王店镇卫生院后，工作人员当日完成全部资料归集，严格按照“年月日+行政村”建立档案文件夹，签到表、随访台账、现场影像分类归档，落实“一日一档、一村一档”，确保纸质档案完整规范。

王店镇卫生院常态化开展内部督查考核，重点核查下乡出勤、人员在岗、台账签字、影像留存、档案整理等情况。对下乡频次不足、私自脱岗、服务流于形式的团队及个人予以院内通报，把履约责任压实到每一位工作人员。

下一步，王店镇卫生院将持续提升家庭医生签约服务质效，巩固县、乡、村三级联动机制，持续优化履约服务内容，做实做细民生实事，以持续下沉的基层医疗卫生服务，守护群众身体健康。

（作者系内乡县王店镇卫生院党支部书记、院长）

征 稿

本版主要栏目有《本期关注》《经验探索》《一家之言》《他山之石》等，内容涵盖卫生健康系统业务、行政、后勤、经营、医疗安全、医院文化、人事制度、医患关系等。

稿件要求：论点明确、论据充分、条理清晰、语句通顺，具有一定的科学性和实践指导性，热忱欢迎您投稿！

电话：（0371）85967078，15515221996（微信同号）

投稿邮箱：707334863@qq.com