

数智时代财务管理专业教学改革的场景重构与推进路径

合肥师范学院 夏鋆添 杜俊娟

教育数字化和人工智能正在重塑高校人才培养方式。《教育强国建设规划纲要(2024—2035年)》提出,加强课程体系改革,建立基于大数据和人工智能支持的教育评价与科学决策制度。与此同时,企业财务管理正由报表分析、预算编制和事后控制,转向数据驱动、智能预测、动态决策和价值创造。相比之下,一些高校财务管理专业仍存在技术课程与专业课程“两张皮”、真实业务场景不足、评价方式滞后等问题。推动数智技术真正进入财务管理核心课程,关键不是简单增加软件和工具,而是围绕真实管理任务重构教学场景、教学过程和评价方式。

一、围绕真实财务任务重构教学场景

数智财务教学应由知识点和工具操作转向真实任务驱动。首先,重构财务分析场景。将分析对象由静态报表拓展到企业经营数据、行业数据、市场信息和年报文本,引导学生从“会算指标”走向“会解释经营”。其次,重构预算与决策场景。围绕销售预测、成本预测、现

金流预测、项目投资和融资方案选择,引入滚动预测、敏感性分析和情景模拟,使学生理解经营假设变化与财务结果之间的关系。再次,重构风险控制场景。通过异常波动、利润与现金流背离、费用结构变化等线索,训练学生发现风险、判断风险并设计控制措施。最后,重构财务共享与流程再造场景,将ERP、RPA、BI等工具嵌入业务流程,引导学生理解财务、业务、数据和控制如何协同运行。

二、破解数智教学落地中的现实堵点

当前改革首先面临课程融合浅层化。一些高校虽增设大数据财务、智能财务等课程,但核心课程仍沿用传统讲授逻辑,技术学习与专业能力生成没有真正打通。其次,真实场景支撑不足。企业连续经营数据、流程数据和风险数据获取难,实践平台、仿真系统以及校企协同资源不足,使教学容易停留在案例讲解和软件演示层面。再次,学习评价仍偏重期末考试和最终成果。在生成式人工智能广泛应用

后,如果只看一份报告或一个答案,就难以判断学生是否真正经历了数据处理、假设设定、方案比较和专业判断过程,容易出现“任务完成”与“学习发生”相分离。

三、以能力生成为导向推进教学改革

一是重构专业核心课程。围绕“专业知识—数智工具—管理任务”设置教学模块,在财务报表分析中强化多源数据经营诊断,在管理会计和预算管理中开展滚动预测与情景模拟,在财务管理中强化投资、融资与价值评估的方案比较,在内部控制和高级财务管理中开展风险识别与控制设计训练。

二是建设真实场景资源。依托公开年报、行业数据、企业脱敏数据和模拟经营数据,建设可持续更新的教学数据资源库;通过实验室、仿真平台、校企合作项目和协同案例开发,让学生在接近真实企业管理的环境中完成任务。

三是强化人机协同和过程评价。人工

智能可以承担信息检索、数据处理和初步分析,但关键判断必须由学生完成。课程评价应关注数据来源、分析步骤、工具使用说明、方案修订痕迹和个人反思,把学生能否验证、质疑和修正工具输出纳入评价。

数智时代财务管理专业教学改革的落脚点,不是让学生掌握更多工具,而是培养其理解业务、解释数据、识别风险、参与决策和优化流程的能力。只有以真实场景承载知识学习,以人机协同训练专业判断,以过程评价促进能力生成,才能推动财务管理人才培养由知识传授型向场景驱动型、能力生成型转变。

【基金项目】安徽省哲学社会科学规划项目“生成式人工智能赋能新能源汽车产业链链式创新溢出提升研究”(AHSKYQ2025D172);安徽省质量工程项目(2025jyxm0251,2025jyxm0253)和合肥师范学院质量工程项目(2024jyxm06,2024jyxm15)。

紧密型医共体背景下县域医防融合建设实践与优化路径

——以安徽省濉溪县为例

濉溪县疾病预防控制中心 何 倩

摘要:推进医防融合是紧密型县域医共体建设的核心任务。濉溪县以国家基层卫生健康综合试验区为抓手,构建“机制联动、分级诊疗、服务下沉、数字赋能、绩效导向”的医防融合体系,通过健康管理单元、双包干激励、团队协作等创新举措,实现医疗与公共卫生从“物理整合”向“化学反应”转变。本文系统总结濉溪县实践做法与成效,剖析当前短板,提出可复制的优化路径,为全国同类县域提供参考。

关键词:紧密型医共体;医防融合;健康管理;基层卫生

随着生活方式的改变,慢性病如高血压、糖尿病、心血管疾病等的发病率逐年增加,对个人健康及社会医疗体系构成重大负担。以治病为中心转向以人民健康为中心,是新时代卫生健康工作的核心要求。医防融合通过医疗与预防深度融合,全面健康管理、优化资源配置、提升服务能力。^[1]紧密型县域医共体为破解医防分割、资源下沉不足、慢病管理薄弱等难题提供制度载体。濉溪县作为国家基层卫生健康综合试验区,精细践行“医防融合”理念,用活用准“绩效考核”杠杆,围绕“县强、乡活、村稳、上下联、信息通、医防融”目标,以体制机制创新推动医防深度融合,形成具有推广价值的“濉溪模式”。本文基于实践调研,梳理建设框架、关键举措与改革成效,探讨完善路径,为县域医防融合高质量发展提供理论与实践支撑。

1 主要做法

1.1 濉溪县医防融合建设基础与总体框架

1.1.1 建设基础。濉溪县常住人口91.2万,组建县医院、县中医院2个紧密型医共体,覆盖18个乡镇卫生院、212个村卫生室。面对慢病高发、基层服务能力不足、医防协同不畅等问题,该县以政府主导、卫健牵头、医共体统筹、部门协同为原则,将疾控、妇幼、卫监等公共卫生职能全面嵌入医共体,推动预防、治疗、健康管理一体化。

1.1.2 总体框架。濉溪县积极推动专业公共卫生机构:县疾病预防控制中心、县妇幼保健计划生育服务中心、县卫生健康综合执法大队融入医共体建设,按照共同管理、分级指导、协同服务、责任同担、效益共享的原则,将基本公共卫生职能融入县人民医院、县中医院两家紧密型县域医共体建设,成立医共体公共卫生管理中心、公卫机构与牵头医院协同运行;实行医保基金与公卫经费按人头总额包干,结余留用、合理超支分担;以组建基层网格化治理的健康管理单元为抓手,提供全周期、网格化健康管理;加强县域全民健康信息平台贯通县镇村,数据互通、智能赋能;医防同责、同考核、同分配,以健康结果为导向激发动力。

1.1.3 濉溪县医防融合核心实践举措

1.1.3.1 机制联动,公卫深度嵌入医共体。建立公共卫生责任清单,明确县、乡、村三级机构预防、筛查、随访、健康教育职责。推行疾控监督员驻点制度,实现人员通、信息通、资源通。以行政村和城区网格为单位,划分232个健康管理单元,组建“县级专家+乡镇医师+村医+公卫人员+村卫专干”五方协同的健康管理团队,实施分片包保。推进公办村卫生室转为乡镇卫生院延伸医疗服务点,实现公建公营、薪酬保障、实体统一。

1.1.3.2 深化家庭医生签约,做实分级诊

疗。濉溪县将提升分级诊疗能力作为优化就医秩序、推进医疗卫生服务供给侧结构性改革的重要抓手,通过提升家庭医生服务质效、完善急慢分治实施路径等精细化举措,增强“全生命周期健康管理”的支撑能力和服务水平持续健全家庭医生签约服务体系。建立“1+1+1”工作机制,由县、镇、村三级医生组成家庭医生签约履约服务团队,县级医院的全专科医生每月到村级开展家庭医生签约履约服务(坐诊)不少于1次,不断规范家庭医生签约服务包内涵和服务标准,提高服务质量。通过超200个微信群实现家庭医生签约团队与签约服务对象的动态沟通,参与村卫生室重点人群管理,在线指导高血压、糖尿病等重点人群规范用药。在提供基本公共卫生服务的过程中,医务人员通过个人身份识别码,登录基本公共卫生服务管理平台留下工作痕迹,居民在获取服务时通过刷取身份证,增加身份识别环节,既保障了服务的真实性,还可以了解居民对健康服务的满意度,有效解决了基层长期存在的服务不深入,健康管理数据质量不高、慢性病管理水平低的问题。

1.1.3.3 双包干激励,引导从治病向防病转型。实施医保基金、基本公共卫生经费“双总额包干”,按人头交由医共体管理,建立“结余留用、考核分配”机制,引导医疗机构主动开展筛查、随访与健康促进,降低发病与住院率。医保结余资金按县、镇、村6:3:1分配,资金分配向基层倾斜、向健康管理倾斜,激活内生动力。濉溪县完善家庭医生签约医师考核激励机制,将签约服务人群健康素养水平、重点人群签约率、履约率、健康管理率、住院率等指标纳入考核体系,考核后分配至县镇村三级,由县镇村三级根据内部考核结果主要用于人员奖励。

1.1.3.4 数字赋能提质,信息互通支撑精准服务。濉溪县于2017年建设全民健康信息平台,整合院内诊疗平台、检验检查信息平台、村级卫生健康智能设备、专项公共卫生信息化平台、家庭医生签约管理平台各类数据,开展常态化汇总分析与挖掘利用,依托全域卫生健康信息个人,打通各级医疗机构、卫健相关政务部门、居民个人与医疗机构间的数据互通,完成信息互通流转、医疗资源统筹共享。医疗机构之间可通过全民健康信息平台开展远程视频会诊、远程病理、影像诊断及医学知识检索、居民健康档案查询等,提高优质医疗资源可及性和医疗服务整体效率。

1.1.3.5 资源下沉与人才培养,强化基层服务能力。推进人员、技术、资金、编制“四个下沉”,县级专家驻点帮扶、学科共建,通过技术下沉、资金下沉、编制下沉灵活配置优质医疗卫生资源,以乡镇卫生院每年收支结余的5%~10%为基础,其他基层人员培训经费为补充,建立医师培训统筹基金,用于县级专家下沉指导、基层人员进修学习的各项补助支持,动态调整卫生院编制数方案,通过医共体内部人员统筹使用和柔性流动机制提高编制使用效率,为乡镇卫生院引得进、留得住、用得好人才提供保障。

2 取得成效

2.1 服务模式转型,提升家庭医生服务实效。从被动行医转向主动健康管理,濉溪县按照居民实际需求将家庭医生签约方式调整为

三类,对试点人群常见慢病患者、纳入两病管理人员开展“有偿签约”服务;对65岁以上老人、暂未纳入的两病人员和未签有包包的慢病患者、精神病患者四类人员开展“基础签约”服务;对所有辖区常住居民以户主签约的方式开展“家庭签约”服务,截至2025年,濉溪县全人群签约覆盖率达75%以上。

2.2 完善急慢分诊实施路径:为保障双向转诊渠道畅通。医共体各成员单位建立严格转诊病种目录,各镇卫生院为患者提供24小时转诊服务。转诊患者信息、接洽信息等都在转诊平台上同步更新并联动共享,患者无需自行挂号预约便可获得全程保障。四类重大慢性病过早死亡率持续下降,居民健康素养显著提高。

2.3 提高医保基金使用效率,激励医疗机构主动控费增效管健康。在坚持医保总额预算的基础上,推进大小包干联动机制,增强医共体内“重预防、少生病、少住院”的内生动力,医保资金的健康杠杆作用呈现持续增强,医保基金连续8年结余,2022—2024年全县参保人群县内住院人均费用下降13.34%、慢病人群人均住院费用下降9.74%,群众就医负担持续减轻,医保基金使用效率显著提升。

2.4 慢病包干,提升慢病管理能力水平。濉溪县探索推出门诊特殊疾病定额支付管理机制,在医共体按人头总额预付的基础上,实行针对“两病”(高血压、糖尿病)和常见慢性病人,将47组常见慢性病医保支付费用由乡镇卫生院按人头包干使用,结余留用,合理超支分担,结余部分按县、镇、村4:4:2的份额分配,有效解决急慢分治的分级诊疗制度落实中基层医疗机构如何在防病工作中实现待遇保障的问题。全县四类重大慢性病过早死亡率下降,从2021年13.27%下降至2024年11.45%,群众健康水平持续提高。

3 存在的问题

3.1 县域服务供给能力有待加强。基层服务能力基础仍然较为薄弱,优质服务供给不足,卫生院特色专科建设缺乏差异化就医吸引力,县域急转诊服务体系需要进一步完善,医共体内外转诊流程不够高效规范。

3.2 医保政策体系赋能有待完善。单一城乡居民医保包干对医共体利益共享机制的内生推动力日渐不足,包干基金结余连续3年呈现负增长趋势,医共体运行压力逐渐加大。

3.3 基层卫生治理体系有待巩固。健康管理单元签约团队未能充分运用信息化系统对辖区重点人群实现高效精准的健康管理。镇卫生院与村卫生室之间在行政、业务、后勤、财务等方面仍然存在管理壁垒,镇村一体化管理有待强化。

4. 思考与建议

医防协同仍有壁垒:临床与公卫职责边界、流程衔接有待优化;复合型人才不足,医防融合专业能力与服务积极性有待提升;信息融合深度不够;绩效激励精准度不足:以健康结果为导向的考核分配机制仍需完善。

4.1 完善制度设计,推动深度融合。明确公卫机构融入医共体权责清单,规范筛查、诊断、随访、转诊闭环流程,以医共体建设为抓手,深入推

进人员、技术、服务、管理“四个下沉”,重点加强基层医疗机构特色专科建设,提高县域医疗服务能力;持续强化区域资源共享和中心药房建设,不断提高群众就医取药可及性。持续强化以健康为中心、医防融合、分级诊疗的医疗卫生服务体系^[3]。

4.2 持续深化包干机制 加大财政保障力度^[4]。在城乡居民医保总额预算的基础上加快探索职工医保打包付费政策,完善医保政策体系赋能,强化医保基金对医共体建设、分级诊疗等支持保障作用,加大医防复合型人才培养,建立县级下沉帮扶长效机制。

4.3 持续健全基层治理体系,强化有效的监督考核机制和绩效激励机制^[5]。进一步深化健康管理单元建设,完善健康管理单元内部运行制度和服务规范;强化健康管理单元信息系统应用的培训;强化卫生院对村卫生室的日常管理和业务盘存,以考评结果与绩效挂钩。突出重点抓好牵头医院,牵头医院是医共体建设的主力军^[6],一方面:强化牵头学科建设,聚焦急诊急救、重症医学、神经、心血管、内分泌等严重影响人民健康的疾病,另一方面:深化与高水平医院合作。

医防融合在慢病的有效控制干预和治疗中发挥着重要作用^[7],预防为主,关口前移。濉溪县以紧密型医共体为平台,通过组织、机制、服务、信息、绩效“五位一体”举措,有效破解医防分割难题,推动卫生健康工作重心下移、资源下沉,显著提升居民健康水平与就医获得感。其实践表明,县域医防融合的关键在于利益联结、服务下沉、数字赋能、分级诊疗、绩效驱动^[8]。未来应加强“预防类服务”并实现“医防融合”是提高医疗卫生资源配置和使用效率、有效服务模式^[9],为建设健康中国提供坚实的县域支撑。

参考文献:

- [1] 李丽清,万嘉雯,曾传,等.“卫生健康现代化”视角下江西省医防融合的重大慢性病管理模式及实施路径研究[J].中国全科医学,2026,29(3):340—347.
- [2] 赵英黎,育勤.以医共体建设试点为契机 慢性四病为突破构建医防融合新体系[J].中国农村卫生,2024,16(7):9—11.
- [3] 姚冰洋,付航.以健康为中心导向下基层医疗机构医防融合激励机制建设[J].中国医院,2026,30(1):21—25.
- [4] 宋扬,孙宇,李佳慧.紧密型县域医共体建设存在问题与对策研究[J].中国农村卫生,2025,17(3):121—25.
- [5] 李艳,黄豪,石建伟,等.基层医疗卫生机构实现慢性病医防融合业务模式的关键机制和优化对策研究[J].医防融合专题研究,2026,29(1):108—114.
- [6] 张正军.以“四共”模式驱动县域紧密型医共体高质量发展[J].江苏卫生事业管理,2023,16(2):166—169.
- [7] 马丽平,郭云剑,张炳珍,等.我国典型地区基层医疗机构慢病医防融合工作探讨[J].中国医疗管理科学,2025,15(4):125—130.
- [8] 马瑞华.刘辉.张雪梅,关于县域医共体高质量建设与发展的对策与研究[J].山东医学高等专科学校学报,2026,45(1):19—21.
- [9] 袁蓓蓓.“医防融合”中预防类服务的界定和实现路径探讨:以2型糖尿病为例[J].中国全科医学,2026,29(1):100—107.