

卫生政策研究进展

Progress in Health Policy Research

重点药品监测专刊

2026年 第3期

(总第150期)

上海市卫生和健康发展研究中心

2026年5月30日

编者按 本期聚焦重点监控合理用药药品治理领域，围绕政策实践演进、遴选机制优化、医疗机构政策响应、国际治理经验借鉴开展系列专题研究，为完善药品监管体系、深化合理用药治理提供支撑参考。该系列研究系统梳理我国重点监控药品政策发展历程、医疗机构管理创新实践、实施成效、现存挑战及未来研究方向，为政策迭代优化与落地实施提供实操依据；在遴选机制维度，梳理我国重点监控药品遴选方法与指标体系的演进路径，从方法学发展与指标结构优化视角，对重点监控药品遴选实践进行分析与评价，为完善重点监控药品管理机制、提升合理用药治理水平提供决策支撑；基于复杂适应系统理论的研究表明，医疗机构对政策的响应是多主体博弈、自适应演化的非线性过程，呈现象征性、选择性、整合性三类响应模式，建议政策治理从刚性考核转向赋能培育，激发医疗机构内生管理动力；同时梳理国外针对高风险、高费用、低价值药品的治理经验，归纳其核心的识别机制、干预工具与评估框架，为优化我国重点监控药品政策体系提供域外启示。该系列成果全面梳理药品监管治理的实践成效，厘清当前治理现存短板与优化路径，为健全现代化合理用药监管体系、筑牢临床安全用药底线提供有力支撑。新书速递专栏同步推介两部由上海市卫生和健康发展研究中心支持组织翻译出版的专业著作。谨供领导和同志们参阅。



卫生政策研究进展

2008 年 11 月创刊

第 19 卷 第 3 期 (总第 150 期)

2026 年 5 月 30 日

(内部交流)

主管

上海市卫生健康委员会

主办

上海市卫生和健康发展研究中心

(上海市医学科学技术情报研究所)

编辑印刷

《卫生政策研究进展》编辑部

上海市北京西路 1477 号

邮编 : 200040

E-mail : phpr@shdrc.org

顾 问 : 闻大翔

付 晨

主 编 : 胡善联

副 主 编 : 陈 霆

金春林 (常务)

丁汉升

许明飞

编辑部主任 : 信虹云

责 任 编 辑 : 张 苹 信虹云

编 辑 组 成 员 : 楚玉玲 周 娜

陈贤胜 王 琪

校 对 : 汪 丽 吴延梅

目 次

一、专题研究

重点监控合理用药药品管理政策的中国实践与研究进展 1

我国重点监控药品遴选的方法、指标与实践演进 13

基于复杂适应系统理论的重点监控药品医院响应行为研究 ... 23

从药物利用管理到价值导向治理——国际重点药品监管经验及

对我国的启示 32

二、新书速递

《有序选择的建模方法：入门教程》：从“会做回归”到“真

正读懂有序选择模型” 41

《公共卫生实践与研究中的经济学应用》：让公共卫生决策更

科学、更精准 45

三、征稿启事 48

印刷单位 : 上海市欧阳印刷厂有限公司

印刷数量 : 500 本

重点监控合理用药药品管理政策的中国实践与研究进展

杨茜萍¹ 程文迪² 王海银² 何江江²

【摘要】文章采用文献综述法，系统梳理 2016—2026 年间我国国家重点监控合理用药药品目录政策的演进历程、医疗机构管理实践创新、实施成效、现存挑战及未来研究方向，为政策的持续优化与落地提供参考。研究发现，该政策经历了地方自主探索、国家统一规范、动态深化调整三个阶段，核心目标从控制辅助用药费用转向全面促进临床合理用药。医疗机构在实践中创新了信息化与智能管控、多部门协作管理、标准化评价指标体系构建及持续质量改进四大管理模式，有效控制了药品费用、提升了合理用药水平并保障了用药安全。最新研究显示，政策已向专科化管理、基层医疗与医共体模式，并与 DRG/DIP 支付改革、国家集采等政策形成协同效应。文章认为，重点监控药品政策成效显著，但面临不合理用药根除难、政策执行存在矛盾、管理成本较高等挑战。文章建议，未来需深化基于真实世界数据的药品评价、强化多政策协同、开发智慧监管工具、推动专科化与同质化管理，以构建更为精准、高效、协同的药品使用监管体系。

一、研究背景

国家重点监控合理用药药品目录政策是我国深化医药卫生体制改革、应对医疗费用快速增长、促进临床合理用药的关键性制度创新。自 2019 年《第一批国家重点监控合理用药药品目录》发布以来，该政策

第一作者：杨茜萍，女，硕士研究生

通信作者：何江江，男，研究员，上海市卫生和健康发展研究中心（上海市医学科学技术情报研究所）副主任

作者单位：1. 昆明医科大学，昆明 650500

2. 上海市卫生和健康发展研究中心（上海市医学科学技术情报研究所），上海 200031

通过对特定药品实施重点监测与管理干预，已成为独具特色的强约束治理工具。2023 年《第二批国家重点监控合理用药药品目录》的发布，标志着政策从辅助用药管控向价值导向合理用药治理的根本性转型。

当前，政策深化面临多重现实挑战：**一是**第二批目录纳入质子泵抑制剂、人血白蛋白等大量临床必需药品，如何在严格监控与保障合理必需使用之间取得平衡，成为执行中的突出矛盾；**二是**政策要求如何在医疗机构内部转化为可持续的管理能力，避免象征性响应与选择性优化，政策落地的“最后一公里”问题亟待破解；**三是**在按疾病诊断相关分组（Diagnosis Related Groups, DRG）/按病种分值付费（Diagnosis-Intervention Packet, DIP）支付改革、国家集采等多政策并行背景下，如何实现协同增效、避免效应抵消，已成为各方关注的焦点。上述挑战凸显了系统梳理政策演进、总结实践经验、剖析现存问题的现实紧迫性。

从学术价值看，自 2015 年地方探索以来，相关研究在 2019 年、2023 年两轮政策发布后呈现井喷式增长，累计文献量已达数百篇。然而，现有研究多聚焦于单一医院实践或特定药品类别分析，缺乏从政策演进—管理实践—成效证据—未来展望整合性视角的系统梳理。少量综述或局限于政策初期，或未能整合 2024 年后的最新进展，难以满足政策制定者与医院管理者对系统性参考的需求。尤为重要的是，最新研究已呈现向专科化、基层医疗、医共体模式及多政策协同拓展的趋势，亟需系统整合这些分散的创新实践。

本文基于政策周期理论与结构—过程—结果评估框架，对 2016—2026 年重点监控药品政策相关文献进行系统梳理，旨在全面回顾政策演进脉络，总结医疗机构管理实践创新，评估多维实施成效，剖析现存挑战并展望未来方向，以期政策持续优化提供理论依据与实践参考。

二、政策演进脉络：从地方自主探索到国家精细化治理

（一）地方自主探索期（2015—2018 年）

为应对医疗费用快速上涨、优化药品使用结构，安徽、四川、江苏、福建等多个省份率先启动了省级重点监控药品目录的制定与管理实践。此阶段以管控辅助用药或价格高、用量大的药品为核心，主要依赖行政干预、处方点评与限量停药等手段。这些地方性探索为国家层面政策的出台提供了宝贵的实践经验与数据支持，也揭示了单一行政手段的局限性。

（二）国家统一规范期（2019—2022 年）

2019 年 6 月 11 日，国家卫生健康委办公厅、国家中医药局办公室发布《第一批国家重点监控合理用药药品目录（化药及生物制品）》（国卫办医函〔2019〕558 号），标志着政策进入全国统一实施的新阶段。该目录聚焦于神经保护剂、神经营养药等 20 种化药及生物制品，并首次系统性地对西医开具中药处方的权限进行了明确规范，引发了行业广泛关注与学术研究热潮。2021 年，《国家重点监控合理用药药品目录调整工作规程》的出台，确立了目录动态调整、有进有出的常态化工作机制，为政策的科学化、制度化运行奠定了基础。

（三）动态深化调整期（2023 年至今）

2023 年 1 月，《第二批国家重点监控合理用药药品目录》发布，政策内涵与外延进一步深化。第二批目录纳入了质子泵抑制剂、抗菌药物、人血白蛋白等 30 种临床用量大、使用问题突出的药品，监控范围从辅助用药扩展至临床使用不合理问题较多、使用金额异常偏高的各类药品，体现了从费用管控向合理用药治理重心的根本性转变。贺雯茜等（2024）系统分析指出，第二批目录与第一批相比，有 7 个品种被继续纳入，13 个品种被移出，23 个品种被新纳入，大量临床必需药品的纳入要求医

疗机构摒弃第一批目录阶段“一刀切”的做法，转向更精细化的管理。

当前，政策研究与实践重点已转向与 DRG/DIP 支付方式改革、药品集中带量采购等政策的协同联动，以及精细化、信息化管理工具的深度开发与应用。蔡永杰（2024）研究显示，在 DIP 医保支付背景下，重点监控药品管理需与信息化系统深度整合，寻找满足医院发展需要与降低医疗成本的平衡点。

国家重点监控药品政策演进的关键节点与特点总结见表 1。

表 1 国家重点监控药品政策演进关键节点与特点

时间阶段	政策 / 事件标志	核心特点	学术研究焦点
地方自主探索期	安徽、四川、江苏等省份率先发布省级重点监控药品目录	以管控辅助用药或价格高、用量大药品为主，各地目录差异较大，措施以行政干预和处方点评为主	地方管控模式介绍、辅助用药使用现状调查、初步效果分析
国家统一规范期	发布《第一批国家重点监控合理用药药品目录（化药及生物制品）》（2019）；印发《国家重点监控合理用药药品目录调整工作规程》（2021）	建立国家统一目录，规范西医开具中药处方权限，监控范围明确化、制度化，确立动态调整机制	第一批目录执行效果评估、医院管理模式探索、政策对特定药品市场影响分析
动态深化调整期	发布《第二批国家重点监控合理用药药品目录》（2023），多省出台配套管理细则	目录动态更新，范围扩展至临床使用问题多的治疗性药品，强调合理用药精准治理，与 DRG/DIP 支付方式改革等协同强化	第二批目录管理实践、精细化与信息化管理工具开发、多政策联动研究、标准化指标体系构建

三、医疗机构管理实践的模式创新与核心策略

（一）信息化与智能化管控模式

信息技术已成为实现事中干预、提升管理效率的核心驱动力。处方前置审核系统得到广泛应用，能有效拦截不合理用药医嘱的发生。周秀丽等（2025）研究显示，采用处方前置审核系统后，不合理用药占比显著降低，处方审核时间大幅缩短，药物不良反应发生率明显下降。创新实践不断涌现，范超等（2025）以罂粟碱注射剂为例，建立涵盖适应证、

给药剂量、给药频次、溶媒选择等维度的合理用药评分卡，并据此优化合理用药系统规则，使医嘱合格率由 20.39% 显著提升至 86.67%，同时构建经济性—合理性双维度分析模型，为识别经济性主导的过度用药问题提供了科学依据。王晓兰等（2024）通过可视化软件 Power BI 分析重点监控药品使用金额占比，结合处方前置审核系统对审核规则进行精细化设置，使重点监控药品使用金额占全院药品金额比从 8.7% 下降至 4.7%，次均费用由 2 034 元降至 203 元。陈杨等（2024）探索基于统计过程控制（Statistical Process Control, SPC）的药品用量动态监测方法，成功为 179 个重点监控药品品种建立动态监测模型，监测维度从 1 个扩展到 3 个，显著提升了药品监测的范围和深度。鄢欢等（2023）研究表明，智能化技术的应用节约人力资源，提高药学工作效率，重点监控药品使用金额占比逐渐下降。

（二）多部门协作管理模式

研究与实践普遍证实，单纯依靠药学部门的管理难以形成长效机制。建立由医院主要负责人牵头，医务、药学、信息、医保、财务、绩效、纪检等多部门共同参与的协作机制至关重要。李元林等（2024）基于多部门多学科协作模式构建重点监控药品临床合理使用及管理体系，使重点监控药品销售金额占比由 12.07% 下降至 9.61%，临床不合理使用率由 17.75% 降至 6.33%，不良反应报告例数显著减少。李伟俊等（2025）研究显示，临床药师主导的多学科重点监控药品工作小组实施干预后，重点监控药品品规数从 37 个降至 33 个，销售金额占比从 11.99% 降至 9.68%，处方合理率从 88.9% 升至 95.6%。药师—医师双点评模式通过临床药师与临床医师共同参与处方点评与结果反馈，使重点监控药品金额占比从 4.89% 下降至 4.00%，不合理用药医嘱比例由 38.49% 下降至 5.63%。宋周烨等（2025）在 DRG 支付背景下实施多模态管理，通过多

部门联动对肠外营养药物进行综合管理，使肠外营养医嘱整体不合理率显著下降，医疗总费用、药占比和西药费用均显著下降。

（三）标准化评价指标体系构建模式

为克服管理经验化、主观化的问题，构建科学、统一、可量化的评价标准成为研究热点。学者们运用德尔菲法、层次分析法等科学方法，系统构建了覆盖全流程的多维度管理指标体系。张明雄等（2025）采用改进德尔菲法，经两轮专家咨询，最终建立包含 2 个一级指标（药品采购使用和合理用药）、5 个二级指标、20 个三级指标的重点监控药品合理用药管理指标体系，专家权威系数高，指标可靠性强。凌俐等（2025）基于德尔菲和层次分析法构建了涵盖事前管理（权重 0.2536）、事中管理（权重 0.503 1）、事后管理（权重 0.243 2）3 项一级指标、15 项二级指标、62 项三级指标的完整指标体系，实现了监督管理流程的闭环。针对特殊人群用药监管的空白，近期发布了多项专科共识。丁爱丽等（2025）发布的《儿科重点监控药品目录遴选指标专家共识》，构建了包含临床使用合理性（权重 40%）、临床价值（权重 25%）、临床经济性导向（权重 35%）三大维度的分层指标体系，填补了儿科重点监控药品目录遴选标准空白。辽宁省药学会妇儿药专业委员会（2026）发布的《妇产科重点监控药品目录遴选指标专家共识》，涵盖处方评价、经济评价和临床价值 3 个维度共 21 项三级指标，有效弥补了国家重点监控政策在妇产科专科适配性不足的问题。

（四）持续质量改进模式

PDCA 循环（PDCA Cycle）及其衍生模式（如 FOCUS-PDCA）是被广泛验证有效的持续改进工具。刘芳琳等（2026）应用 PDSA 循环法改进重点监控抗菌药物的使用管理，通过绘制鱼骨图、柏拉图寻找真因，使重点监控抗菌药物使用金额占抗菌药物总金额比例由 60.66% 下降至

51.46%，住院患者抗菌药物使用强度由 47.41 下降至 29.56。李春芝等（2025）基于 FOCUS-PDCA 循环重塑合理用药管理体系，采用鱼骨图、柏拉图等质量管理工具发现问题、分析原因，使全院患者药品费用占比、出院患者次均药品费用、重点监控药品销售金额均较之前下降。吴敏等（2025）应用 FOCUS-PDCA 降低抗菌药物使用强度，使全年抗菌药物使用强度降至每百人天 34.60 限定日剂量（Defined Daily Doses, DDDs），重点监控科室最大降幅达 69.53%。巴桑拉姆等（2025）通过多学科协作结合 PDCA 循环管理实现人血白蛋白使用率、人均使用量、使用疗程有效下降，医嘱合理率由 76.39% 提升至 99.44%。嵇小彦（2022）研究表明，帕累托图联合鱼骨图分析法有利于全面了解不合理用药的类型分布和根本原因，有助于整改措施的制定和实施。

以上四种重点监控药品核心管理模式的对比分析见表 2。

表 2 医院重点监控药品核心管理模式对比

管理模式	核心特征	典型工具 / 方法	主要优势
信息化与智能化管控模式	以信息技术为驱动，实现自动化、实时化、个性化监管	处方前置审核系统、合理用药评分卡模型、大数据监测平台、统计过程控制模型	拦截效率高，节省人力，规则统一客观，可实现全流程追溯与智能预警
多部门协作管理模式	打破部门壁垒，整合行政、医疗、药学、医保、信息等多方力量，形成治理合力	成立专项工作小组、联席会议制度、联合处方点评、绩效联动考核、多模态管理	管理权威性强，措施落地阻力小，能形成综合治理格局，提升临床接受度
标准化评价指标体系构建模式	建立科学、量化、结构化的管理评价标准，克服主观性	运用德尔菲法、层次分析法构建多级指标体系，发布专家共识（儿科、妇产科）	评价结果客观可比，管理目标清晰，利于同质化推广、精准考核与专科化适配
持续质量改进模式	采用结构化流程进行问题根因分析与系统性解决，形成管理闭环	PDCA/PDSA/FOCUS-PDCA 循环、帕累托图（二八法则）、鱼骨图、根本原因分析	注重问题根源，措施针对性强，促进管理流程螺旋式优化，适用于各类问题的持续改进

四、政策实施成效的多维证据评估

（一）有效控制药品费用与医保基金支出

政策实施后，相关监控药品的采购金额、使用数量、药占比及患者次均药品费用等经济指标普遍呈现显著下降趋势。闫琴琴等（2023）研究显示，干预后重点监控药品使用金额下降率达 64.03%，使用金额在全院药品中占比由 12.92% 下降至 4.04%，出院患者次均药品费用下降 23.08%。王阿丽（2025）研究证实，重点监控药品管理模式有助于提高医保控费管理效率，观察组住院药费、重点监控药费、重点监控药费占比均低于对照组，不合理处方总发生率显著降低。柯涌波等（2021）基于药品采购金额的分析显示，加强重点监控药品监管显著降低了广东省二、三级医疗机构第一批国家重点监控药品采购金额占比。杨龙华等（2025）将 PDCA 循环法用于集采药品管理，在提高集采药品完成比例的同时，使重点监控合理用药药品采购金额占比从 17.71% 降至 13.92%。

（二）显著提升临床合理用药水平

通过处方前置审核、专项处方点评、药师干预、临床培训等综合措施，医疗机构处方合理率、医嘱合格率得到显著提升。陈丽思等（2025）研究显示，临床药师干预后重点监控药品使用量下降 44%，使用金额减少 60.03 万元，医嘱点评合格率从 70.56% 提高至 88.19%。李伟俊等（2025）研究发现，处方合理率从 88.9% 升至 95.6%。许铭娟等（2025）对某院重点监控药品使用合理性分析显示，通过持续监控和管理，病历不合理率和不合理医嘱率有所下降，但适应证不适宜和用法用量不适宜仍是最主要的不合理用药问题，有待进一步加强监控。黄娜等（2024）对第二批重点监控药品的干预实践显示，临床药师通过制度修订、用药教育、PDCA 循环等实践，使重点监控药品使用最大下降幅度达 57.89%，合理使用率提升 41.20%。

（三）保障用药安全与协同提升医疗质量

不合理用药行为的减少，直接降低了因无指征用药、超剂量、超疗程等导致的药物不良反应（Adverse Drug Reaction, ADR）发生风险，提升了患者用药安全。马莹等（2021）对 71 份国家重点监控合理用药药品不良反应报告的分析显示，用药合理率为 69.01%，不合理用药包括给药剂量和给药方式不合理，医院应通过处方前置审核和处方点评等手段规避不合理用药。曹芳等（2025）对某院神经内科重点监控药品临床应用调研显示，药物相关问题（Drug-Related Problems, DRP）以安全性问题最突出（47.62%），其次为必要性问题（35.71%），药师可据此开展干预措施。在 DRG/DIP 支付方式改革背景下，将重点监控药品管理与病种成本控制、临床路径优化相结合的研究表明，该政策能够在有效控制药品费用的同时，促进临床诊疗行为更加规范与合理。杨香瑜等（2021）基于 DRG 实施重点监控药品精细化管理，使重点监控药品费用占科室药品费用的比例明显降低。王钦等（2024）在 DRG 付费背景下促进卒中中心合理用药管理，干预后用药品种数、药占比、重点监控品种金额占比均显著下降。

五、政策拓展：专科化、基层化与多政策协同

（一）专科化管理：儿科与妇产科

针对特殊人群的用药监管空白，近期相关研究发布了多项专科共识。丁爱丽等（2025）的儿科共识填补了儿童用药监管领域的标准空白。关玮伟等（2023）对儿科重点监控药品磷酸肌酸钠的干预效果评价显示，药师干预后全院磷酸肌酸钠使用率由 15.96% 下降至 4.84%，用药金额从 351.65 万元下降至 134.44 万元，用药合理率由 62.33% 提高至 93.67%。辽宁省药学会妇儿药专业委员会（2026）发布的妇产科共识，为医疗机构妇产科重点监控药品目录的制定提供了专业参考。郑雅英等

(2022) 对某三甲妇幼医院重点监控药品使用分析显示, 药品使用不合理率达 7.25%, 给药频次不适宜和适应证不适宜是主要原因, 需进一步加强重点监控药品在临床的合理使用。

(二) 基层医疗与医共体模式

赵欣等 (2025) 研究医共体模式下 Triangle 分层分级管理模式在基层医院重点监控药品管控中的应用, 结果显示管控后重点监控药品金额下降 8.16%, 人均金额下降 16.54%, 药师点评效率由每小时 6.06 份提高到每小时 8.33 份, 争议病历数由 67 份下降至 21 份。杨慧等 (2022) 对安徽芜湖某区 6 家非三级医院的研究表明, 医保控费政策促进了重点监控药品的有效监管, 多家二级及以下医院重点监控药品使用逐渐趋于合理, 但仍需加强专项点评。马玉婷等 (2025) 探讨区域异地处方点评对促进基层医院合理用药的效果, 通过酒泉市合理用药质控中心组织成员单位交叉进行处方、医嘱点评, 使药占比、抗菌药物使用率等指标显著改善。

(三) 多政策协同: DRG/DIP 与集采

蔡永杰 (2024) 在 DIP 医保支付背景下分析重点监控药品管理成果, 显示各类重点监控药品使用金额显著下降, 但需进一步完善管理方式, 加强信息化系统应用。杨龙华等 (2025) 探讨 PDCA 循环法用于集采药品管理, 在提高集采药品完成比例的同时, 有效控制了重点监控药品的采购与使用。许丹娜等 (2023) 在病种分值付费下实施药学干预, 显著降低了急性阑尾炎患者的药品费用、重点监控药物占比和抗菌药物应用。陈锦冰等 (2023) 通过 DRG 下医保精细化管理, 将药品限制支付管理嵌入临床路径, 有效规范了临床用药行为。

六、现存挑战与未来研究方向展望

（一）主要挑战与争议

一是不合理用药问题根除困难。无适应证用药依然是占比最高、最难根治的顽疾。许铭娟等（2025）研究显示，适应证不适宜和用法用量不适宜是最主要的不合理用药问题。曹芳等（2025）的研究中，无用药适应证的 DRP 占比达 35.71%。**二是政策执行的平衡难题。**贺雯茜等（2024）指出，第二批目录包含大量临床必需药品，简单粗暴限停、一刀切管控的做法不再可行，将影响医疗机构药品正常供应。如何在严格监控与保障合理必需使用之间取得平衡，是执行中的突出矛盾。**三是管理成本与能力不匹配。**龚巧燕等（2021）对四川省 88 家三级医院重点监控药品管理现状的调查显示，部分医院存在对于省重点监控药品管理不足、销售金额占比下降幅度偏小的情况，管理能力有待提升。**四是信息系统互联互通壁垒。**王笛等（2021）对重点监控药品监测平台指标的探讨指出，数据采集的标准化和系统间的互联互通是提升监管效率的关键。

（二）未来研究方向展望

一是深化基于价值的药品综合评价研究。未来需建立融合临床疗效、安全性、经济性、创新性等维度的药品临床价值综合评价体系。李友军（2023）探索制定药物临床应用评价方法，通过建立药物临床应用评价表，显著提高了临床医师对点评结果的认可度。**二是拓展多政策协同与管理新场景研究。**重点探索重点监控药品管理与 DRG/DIP 支付方式改革、国家集采政策的深度协同机制。同时，关注医共体、城市医疗集团等整合型医疗服务体系，以及互联网医院、居家医疗等新兴场景下的药品使用监管策略。**三是强化卫生经济学与差异化实施研究。**开展不同管理策略的成本效果分析，为资源有限的医疗机构提供决策依据。开发适

用于不同级别、不同类型医疗机构的差异化、模块化、可推广的管理工具包或实施指南。**四是**迈向人工智能驱动的智慧监管。探索利用人工智能、自然语言处理技术自动解析电子病历中的诊断信息，实现与处方药品的智能关联与审核，从根本上破解无适应证用药的识别难题。开发基于机器学习的用药风险预测模型，实现对药品使用异常趋势的早期预警。

（三）结语

国家重点监控合理用药药品目录政策是我国在深化医药卫生体制改革背景下推出的、具有中国特色的强有力的药品使用监管工具。近十年的实践表明，该政策在控制药品费用不合理增长、倒逼医疗机构提升合理用药管理水平方面发挥了重要作用，并催生了丰富的管理创新。政策正从综合性医院向专科医院、基层医疗机构延伸，并与 DRG/DIP 支付改革、国家集采等政策形成协同效应。未来该政策需要在巩固现有成效的基础上，向更加科学、精准、协同、智能的方向优化升级。通过构建基于多元证据的决策体系、促进多领域政策协同、赋能以人工智能为代表的创新技术，推动专科化、同质化管理，有望最终构建一个以患者健康结局为中心、以临床价值为导向、兼顾公平与效率的药品使用治理新生态。

（责任编辑：信虹云）

我国重点监控药品遴选的方法、指标与实践演进

杨雨琪¹ 程文迪² 王海银² 王子璐³ 徐云舒³ 何江江²

【摘要】文章系统梳理我国重点监控药品遴选方法与指标体系的演进路径，从方法学发展与指标结构优化视角，对重点监控药品遴选实践进行分析与评价，为完善重点监控药品管理机制、提升合理用药治理水平提供参考依据。文章以“重点监控药品”“遴选方法”“指标体系”等为关键词，系统检索 2019—2025 年相关中英文文献，采用文献分析与政策文本分析方法，对遴选方法及指标体系进行归纳，并引入“政策执行—循证决策—系统管理”三层分析框架，对遴选的政策背景、方法路径、指标构建及实践应用进行综合评述。研究发现，当前遴选工作已形成以德尔菲法、层次分析法等专家共识方法为主导，以“临床合理性—经济性—安全性—必要性”多维度综合评价为核心的共性模式。研究认为，指标体系在政策驱动下不断迭代，呈现从单一费用控制向价值医疗导向过渡的趋势，信息化与精准化管理工具的应用日益广泛；然而，仍存在目录动态调整机制不健全、部分指标权重失衡、基层执行能力不足等问题；未来应强化循证依据、发展智能化监测工具、完善“国家—地方—机构”三级协同的个性化动态遴选体系，推动重点监控药品管理迈向科学化与精细化。

为规范临床用药行为、控制医疗费用不合理增长，我国自 2015 年起逐步建立起重点监控药品管理制度，其核心环节在于科学、公正地遴选出需要重点监控的药品品种。国家卫生健康委员会先后于 2019 年与 2023 年发布两批《国家重点监控合理用药药品目录》，各省市及医疗机

第一作者：杨雨琪，女，硕士研究生

通信作者：何江江，男，研究员，上海市卫生和健康发展研究中心（上海市医学科学技术情报研究所）副主任

作者单位：1. 中国药科大学国际医药商学院，南京 211100

2. 上海市卫生和健康发展研究中心（上海市医学科学技术情报研究所），上海 200031

3. 大连医科大学公共卫生学院，大连 116044

构也据此制定了相应的本地目录。遴选方法与指标体系的科学性与可操作性，直接关系到政策目标的实现与临床合理用药的推进。近年来，围绕重点监控药品遴选产生了大量研究，涵盖了从宏观政策分析到微观医院实践的各个层面，但尚未有研究从整合性的理论视角对其进行系统梳理与述评。鉴于此，本文对 2019—2025 年间相关研究进行系统梳理，引入“政策执行—循证决策—系统管理”三层整合理论框架，对重点监控药品的遴选方法与指标体系进行深入剖析，以期为我国重点监控药品目录的动态优化与精细化管理提供理论参考与实践依据。

一、资料与方法

（一）检索策略

在中国知网（CNKI）、万方数据和维普数据库，以及 PubMed、Web of Science 等数据库中检索 2019 年 1 月—2025 年 12 月公开发表的相关文献。检索时采用主题词与自由词相结合的方式，围绕“重点监控药品”“合理用药”“遴选”“指标体系”等核心概念构建检索式。根据不同数据库的检索规则与特点，对检索式进行适当调整与优化，并通过多轮预检索不断修正关键词组合与逻辑关系，最终确定正式检索策略。

（二）纳入与排除标准

通过文献筛选，纳入符合以下标准的研究：（1）研究主题与重点监控药品遴选、管理或合理用药评价相关，并涉及遴选方法、评价指标或指标体系构建内容；（2）研究对象为国家、区域或医疗机构层面的重点监控药品管理实践；（3）研究类型包括综述、实证研究，排除观点性文章、新闻、评论、社论、文献目录、会议摘要等。

（三）提取内容

从纳入文献中提取用于分析的关键信息，主要包括：（1）文献基本信息，如作者、发表年份、研究机构及期刊来源；（2）重点监控药品遴

选的方法学特征，包括德尔菲法、层次分析法等专家共识方法及其应用方式；（3）指标体系构建情况，包括指标维度设置（如临床合理性、经济性、安全性、必要性等）及权重分配方式；（4）遴选实践应用情况及效果评价；（5）研究提出的问题与改进建议。

二、研究框架

重点监控药品的遴选并非单纯的技术行为，而是嵌入在中国医改特定情境中的一项复杂政策与管理实践。为全面理解其内在逻辑，本文构建一个整合性分析框架（见图1）。政策执行层面关注自上而下的国家目录与自下而上的地方调整之间的互动，分析政策目标如何通过行政与考核机制转化为具体的遴选行动。循证决策层面强调遴选过程需综合研究证据、专家经验与本地数据，其方法学（如德尔菲法、层次分析法）的科学性是结果可信度的基石。系统管理层则将遴选置于医院药事管理的闭环中，考察其如何与处方审核、处方点评、绩效考核等环节联动，形成一个动态调整的适应性系统，为后文的文献梳理提供清晰的组织脉络。

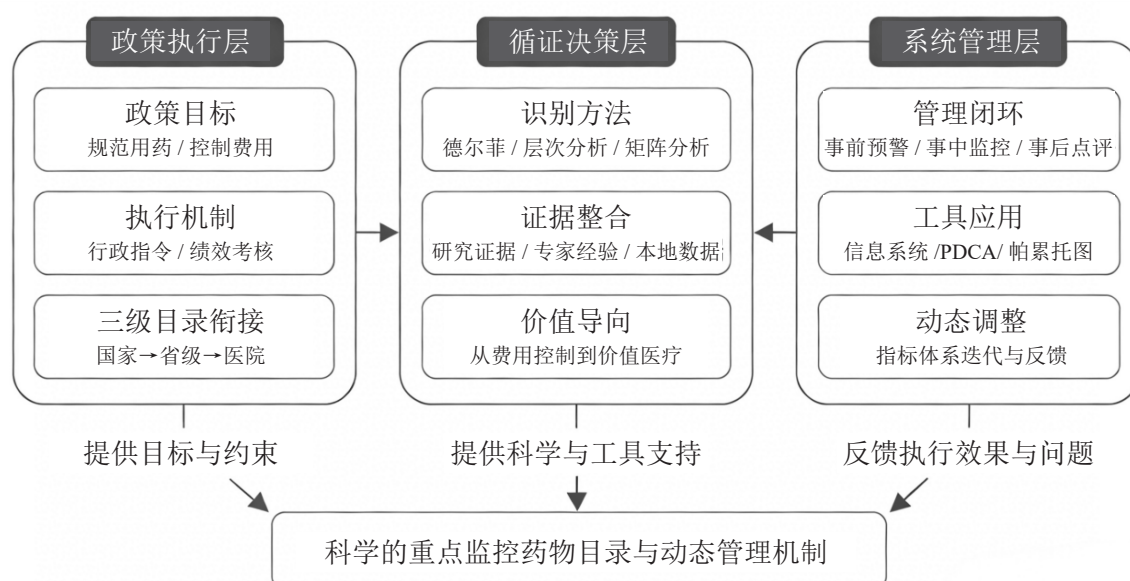


图1 重点监控药品遴选的“政策—循证—管理”三层整合分析框架

三、结果

（一）重点监控药品的遴选方法：从专家共识到数据驱动的多元化发展

当前重点监控药品的遴选方法呈现出由单一经验判断向多方法融合发展的趋势，整体表现为定性与定量相结合的多元化特征。在主要研究方法中，改良德尔菲法具有匿名性、反馈性和统计性特点，能够有效减少专家意见偏倚并促进共识形成，被广泛应用于指标筛选与专家共识研究中，主要用于初步筛选药品范围及构建评价指标体系，具有规范性强、可操作性高的优势。同时，层次分析法（Analytic Hierarchy Process, AHP）通过将复杂决策问题分解为目标层、准则层和方案层，并进行逐层比较与判断，从而实现指标权重的科学确定，将复杂问题结构化、层次化处理，有效提升决策过程的系统性与科学性，被广泛应用于指标体系构建与权重测算中。层次分析法常与德尔菲法联用，通过定量一定性结合用于确定各遴选指标的权重，将专家判断进行量化，提高了决策的科学性，相关研究普遍将临床合理性、经济性、安全性和必要性作为一级准则。数据驱动方法逐渐成为医疗机构层面研究方法的重要补充，如ABC分析法、VEN分析法及其组合应用（ABC-VEN矩阵法）能够从用药金额与临床必要性等维度识别“金额高、非必需”的药品作为重点监控对象，增强遴选的客观性与精准性。此外，帕累托图、鱼骨图等管理分析工具也被引入重点监控药品管理实践，用于识别关键问题及追溯不合理用药原因，为遴选标准优化与干预措施制定提供支持。部分研究开始强调将药品的循证医学证据等级（如指南推荐强度）、药物经济学评价结果纳入遴选考量，标志着遴选逻辑从“费用控制”向“价值评估”的深层次转变。总体来看，各类方法在不同层级与应用场景中形成互补，共同构建了以专家共识为基础、数据分析为支撑、管理工具为辅助的综合遴选方法体系（见表1）。

表 1 重点监控药品主要遴选方法比较

方法类别	具体方法	核心特点	适用场景	代表性文献
定性 / 共识类	德尔菲法	匿名、多轮、反馈，凝聚专家共识	国家 / 省级目录初筛、指标体系构建	丁爱丽（2025）；LING Li（2025）
定量一定性结合类	层次分析法	将复杂问题层次化，进行两两比较确定权重	确定遴选指标体系各维度 / 指标权重	张明雄等（2025）；LING Li（2025）
定量 / 数据驱动类	ABC 分析法	根据药品累计销售金额划分优先级（A 类为重点）	医院层面识别高金额药品	Low J（2003）
	VEN 分析法	根据临床必需性将药品分为关键、基本、非基本	结合经济性识别“高金额、非必需”药品	张莉等（2022）
	ABC-VEN 矩阵法	综合金额与必需性，精准定位监控目标	医院药品库存与使用精细化管理	Devnani（2010）；廖晓阳（2006）
	帕累托图	识别导致不合理用药的“关键少数”原因	基于点评结果，确定需重点监控的用药问题	郭晓宁等（2022）；嵇小彦（2022）
管理分析工具	鱼骨图	追溯不合理用药问题的根本原因	为制定干预措施和遴选标准提供依据	嵇小彦（2022）

（二）重点监控药品遴选指标体系的构建与演进

基于相关文献分析，重点监控药品遴选指标体系的构建过程深刻反映了政策目标由单一费用控制向多维价值导向转变的演进路径（见表 2）。当前研究普遍认为，构建涵盖临床合理性、经济性、安全性及必要性与管理性的多维度、分层次综合评价体系已成为基本共识。在具体指标设置上，临床维度侧重适应证、用法用量及联合用药的合理性，经济维度强调费用水平、结构及医保影响，安全维度关注不良反应与用药风险，而必要性与管理性维度则体现药品临床价值及使用规范程度。与此同时，随着信息化手段的发展，各类指标的数据来源逐步依托医院信息系统（Hospital Information System, HIS）、处方审核系统及不良反应监测平台，实现了从经验判断向数据驱动的转变。

进一步分析发现，不同层级的指标体系在构建重点上存在差异。国家层面更强调药品的普遍性、金额异常性及不合理使用风险，而医疗机

构层面则更注重指标的可操作性与管理闭环。同时，指标权重的分配成为当前研究的关键争议点，多数研究倾向于提高经济性与临床合理性的权重，以服务控费与规范用药目标，但亦有学者指出需避免经济导向过强对临床必要用药可及性产生潜在影响。总体而言，我国重点监控药品遴选指标体系正由单一维度评价向多维协同、动态优化与精细化管理方向持续演进。

表 2 重点监控药品遴选指标体系核心维度与典型指标

核心维度	次级维度	典型具体指标	数据来源 / 评价依据
临床合理性	适应证适宜性	无适应证用药率、超说明书用药率	病历记录、临床指南、药品说明书
	用法用量适宜性	剂量不适宜率、频次不适宜率、疗程过长率	处方 / 医嘱、药学点评
	联合用药适宜性	不适宜联合用药发生率、配伍禁忌发生率	处方 / 医嘱、相互作用数据库
经济性	费用水平	药品销售金额及排名、次均药品费用、限定日费用	医院信息系统、采购数据
	费用占比与增长	药占比、重点监控药品金额占比、费用增长率	医院信息系统、财务数据
	医保影响	医保基金支出占比、超医保限制用药率	医保结算数据、处方审核系统
安全性	不良反应	药品不良反应报告率、严重不良反应发生率	不良反应监测系统
	用药风险	禁忌证用药率、特殊人群（老年、儿童）用药不当率	病历记录、药学点评
必要性与管理性	临床价值	临床不可替代性、基本药物属性、指南推荐等级	专家论证、政策文件、临床指南
	使用规范性	处方 / 医嘱合理率、动态监测预警指标触发率	处方点评系统、合理用药监测系统
	管理响应	干预后改善程度、医师培训考核合格率	管理记录、考核数据

（三）遴选方法与指标体系的实践应用、成效与挑战

现有研究表明，重点监控药品遴选方法与指标体系已在不同层级医疗机构中得到广泛应用，但其实施路径与效果呈现出明显的层级差异。在三级医院，由于具备较完善的药事管理体系和信息化基础，能够将多

维度指标体系嵌入合理用药监测系统，实现对重点监控药品的自动化识别、动态预警与闭环管理；而县级及基层医疗机构则更多依赖简化目录及行政管理手段，如处方专项点评、医师约谈及绩效考核等，以推动遴选结果的落实。

从实践成效来看，大量实证研究证实，基于科学遴选的重点监控药品管理在降低相关药品销售金额、优化药品费用结构、控制药占比以及提升处方合理率等方面均取得了显著成效，且信息化工具的应用显著提升了监管效率与精细化水平。

然而，制度运行过程中仍面临多方面挑战：**一是**目录动态调整机制相对滞后，部分地区未能及时根据最新循证证据及用药结构变化更新目录；**二是**指标体系的科学性与标准化程度仍有待提升，部分概念（如“辅助用药”）界定模糊，缺乏统一量化标准；**三是**不同层级医疗机构在数据基础、技术能力及药学人力资源方面存在明显差距，制约了政策执行效果；**四是**统一遴选标准在一定程度上存在“一刀切”风险，难以充分适应专科差异及特殊人群（如儿童、老年患者）的个体化用药需求。

四、讨论

当前重点监控药品遴选与管理体系虽已在规范临床用药与控制费用方面取得阶段性成效，但在医疗技术快速发展、创新药物不断涌现以及医保支付方式持续改革的背景下，现有体系仍面临适应性不足的问题，亟需进行前瞻性与系统性升级。

（一）推动遴选逻辑从以费用控制为核心向以临床价值与患者结局为核心转变

未来重点监控药品的遴选逻辑应突破以费用控制为核心的传统范式，全面转向以价值医疗为导向的多维评价体系。在指标构建上，应整合“临床获益—经济成本—患者体验”三重维度，其中临床获益需引入

再住院率、生存期及功能状态改善等终末健康结局指标，经济评价应从单一药占比扩展至基于疾病分组的全程费用分析，同时逐步纳入患者报告结局（patient-reported outcomes, PROs），如生活质量、依从性及满意度等。此外，应依托真实世界数据开展药品比较效果研究与成本效益分析，通过构建疾病队列评估药品在实际临床环境中的“净健康获益”，为目录动态调整提供高质量循证依据。对于临床必需且不可替代的高价值药品，应探索设置保护性评价通道，避免单一经济导向对创新治疗产生抑制效应。

（二）从静态目录管理向动态监测与实时调整的转变

随着医疗数据资源的快速积累，重点监控药品遴选正由经验驱动向数据驱动转型。未来可基于机器学习算法（如随机森林、神经网络等）构建动态风险预警模型，对电子病历、处方数据及医保结算信息进行综合分析，实现对异常用药模式及潜在风险的自动识别与前瞻性预警，从“事后点评”向“事前干预”转变。同时，可利用自然语言处理（Natural Language Processing, NLP）技术解析非结构化临床文本，实现适应证符合性与用药合理性的自动化审核。此外，探索构建基于区块链的药品全生命周期数据追溯体系，有助于提升数据的真实性与可追溯性，为真实世界证据生成与价值评估提供可靠支撑。

（三）由传统行政干预向数据驱动的智慧治理模式演进

在管理机制方面，应构建“国家—区域—机构”三级联动的分层遴选与管理体系。国家层面负责制定统一的评价原则与核心指标框架；区域层面根据疾病谱、经济水平及医保承受能力进行适配与细化；医疗机构则结合专科特点与用药实际，实施个性化监控与干预措施。已有研究显示，医疗机构基于自身临床实践制定差异化目录具有较强可行性，为分层管理提供了实践基础。同时，应针对肿瘤、儿科、老年医学等特殊

领域，开发专科化评价工具，以提高遴选标准的适配性与科学性。在此基础上，建立以循证证据与政策需求为驱动的动态调整闭环机制，明确调整触发条件、评估流程及专家审议机制，提升目录更新的及时性与透明度。

（四）推动遴选迈向多部门协同与政策联动

重点监控药品管理的持续优化离不开多部门协同与政策联动。未来应加强与按疾病诊断相关分组（Diagnosis Related Groups, DRG）/按病种分值付费（Diagnosis-Intervention Packet, DIP）支付改革、药品集中带量采购及基本药物制度的衔接，将重点监控结果纳入支付调节与绩效评价体系，形成正向激励与约束机制。有学者将“高费用、低价值”药品使用纳入医保结算调控重点，同时对具有明确临床价值的药品给予合理支付支持。此外，应推动药品生产企业由“销售导向”向“价值导向”转型，鼓励开展上市后真实世界研究与药物经济学评价，以循证证据支撑其临床应用价值，在政策体系中形成以价值为核心的良性发展生态。

五、讨论

对近五年相关文献的系统回顾可以发现，我国重点监控药品遴选工作已初步形成以政策引导为核心、循证证据为基础、管理实践为导向的系统化运行格局。遴选方法由以专家共识为主逐步向多方法融合发展，呈现出专家判断与数据驱动相结合的趋势；指标体系则不断向多维度整合与结构优化演进，力求在临床价值、经济成本与用药安全等多重目标之间实现动态平衡。然而，现行体系在目录动态调整机制、指标量化标准及不同层级执行能力等方面仍存在不足。未来，应重点强化循证支撑，完善动态更新机制，提升指标体系的科学性与可操作性，并推动区域与机构间执行能力的均衡发展。在此基础上，重点监控药品遴选体系有望向智能化、个性化与价值导向持续演进，更好地服务于合理用药与医疗

资源优化配置。从长远来看，重点监控药品管理体系将逐步发展为以患者健康价值最大化为核心目标、以真实世界证据与人工智能技术为双重驱动、以分层协同与动态响应机制为支撑，并与医保支付方式改革及药品集中采购等政策深度协同的复杂适应系统。这一演进不仅体现为方法与工具的升级，更标志着医疗治理理念由控制导向向价值导向的深层转型，对于提升医疗资源配置效率与促进全民健康水平的持续改善具有重要意义。

（责任编辑：张苹）

基于复杂适应系统理论的重点监控药品医院响应行为研究

王子璐¹ 程文迪² 王海银² 何江江²

【摘要】 文章采用理论演绎与多案例文献分析相结合的研究方法，系统筛选并分析相关文献。将医院视为复杂适应系统（Complex Adaptive System, CAS），构建政策压力—主体互动—模式涌现—系统演化的四层递进分析框架。研究发现，医院是由临床、药学、管理和信息等多元异质性主体构成的系统，各主体基于自身目标对政策进行差异化感知与诠释；主体间通过博弈协商、学习反馈与协同重构等非线性互动机制处理政策信号；基于政策压力—医院能力矩阵，系统涌现出象征性响应、选择性优化与整合性创新三种典型策略模式；系统响应受路径依赖与适应性学习共同驱动，并伴随替代效应、指标漂移等非预期后果。文章认为，重点监控药品政策的实施效果并非简单的命令—控制线性传导，而是医院复杂系统内部自组织、协同与演化的非线性结果。政策设计应由单纯考核转向“培育园丁”模式，致力于创建引导系统向理想状态演化的条件，激发医疗机构内生动力。

国家重点监控合理用药药品目录政策是我国深化医药卫生体制改革的关键举措。该政策实施以来，显著降低了相关药品费用，但也催生了医疗机构层面千差万别的管理实践与应对策略。现有文献虽梳理了处方前置审核、多部门协作等多种医疗机构管理模式，并评估了其控费与提质成效，却难以解释一个核心问题：在相同的国家政策框架下，为何不同医疗机构的响应行为存在巨大差异？这一现象难以简单归因于表面执行力的强弱，亟需探究其背后更深层次的系统性规律。传统的政策分析

第一作者：王子璐，女，硕士研究生

通信作者：何江江，男，研究员，上海市卫生和健康发展研究中心（上海市医学科学技术情报研究所）副主任

作者单位：1. 大连医科大学公共卫生学院，大连 116044

2. 上海市卫生和健康发展研究中心（上海市医学科学技术情报研究所），上海 200031

多遵循制定—传达—执行—评估的线性范式，将医疗机构视为被动、同质的政策执行终端。这种视角难以解释实践中多元化的执行行为、差异化策略与各类非预期后果。事实上，面对同一政策，既有医院开发智能化合理用药评分卡的主动创新响应，也有医院仅落实形式化文件传达的被动消极应对；同时，单纯的行政高压往往容易引发临床的隐性抵触，而合理的协同设计则能有效激发医疗机构的内生动力。

为突破这一理论瓶颈，本文引入复杂适应系统（Complex Adaptive System, CAS）理论作为核心分析框架。该理论认为，诸如医院之类的组织并非机械实体，而是由大量具有自身目标、学习能力和适应性的“主体”（如科室、医生、药师）通过非线性互动构成的动态系统。系统整体的行为模式，是这些主体在与环境（政策）互动中“涌现”出来的，而非顶层预先完全设计的结果。本文将医院置于这一理论透镜之下，旨在构建一个解释其政策响应行为的动态模型。通过对现有研究进行理论驱动的再解读，本文致力于剖析政策压力在系统内异质性主体间的感知与诠释过程，探明主体间协作或博弈的互动机制，并归纳最终涌现的宏观响应模式及其演化路径。本文不仅旨在为理解重点监控药品政策的实施现象提供更具穿透力的理论工具，更期望为设计能够激发复杂系统正向演化的“智慧型”卫生政策提供新的思路与依据。

一、理论基础与分析框架

（一）复杂适应系统理论在医院系统中的映射

复杂适应系统理论由霍兰德于 1995 年系统完善并正式界定，其核心观点是：系统的复杂性与动态性源于内部大量适应性主体之间的相互作用。宏观秩序并非顶层设计的结果，而是微观主体间非线性互动的“涌现”。将这一理论框架应用于医疗机构，可以清晰地识别出医院作为复杂适应系统的四个核心属性。

一是主体的适应性与异质性。医院系统并非被动执行指令的机械部件，而是由临床科室、药学部门、管理层、信息科室等拥有各自目标函数、知识体系和决策规则的能动单元构成。面对重点监控药品政策，各主体基于自身目标对政策进行差异化感知与适应性应对，如临床科室追求疗效最优化、药学部门谋求专业权威提升、管理层兼顾运营绩效平衡、信息科室考量技术可行性等。

二是主体间互动的非线性。政策实施过程中，主体间的互动无法用简单的命令—服从模型刻画，而是呈现出持续的提议—反驳—修改博弈。这种专业判断、利益权衡与关系协调的复杂交织，构成了系统演化的内部动力。

三是系统行为的涌现性。医院宏观的系统行为模式，是在多重适应性学习机制（如基于数据的监测—反馈—调整循环）以及跨部门协同网络的重组过程中自发“涌现”出来的，而非单一主体预先设计的结果。

四是系统状态的演化性。医院的响应行为本质上是一个与政策环境共同演化的动态过程，受到内部历史路径（如信息化水平、质量改进文化）与外部环境压力（如目录调整、支付方式协同）的共同塑造。

（二）政策压力—主体互动—模式涌现—系统演化四层分析框架的构建

基于上述对医院复杂适应系统属性的剖析，本文构建政策压力—主体互动—模式涌现—系统演化的四层递进分析框架（见表1），用以系统解构医院对重点监控药品政策的响应行为。该框架将政策实施过程概念化为：外部政策压力输入医院系统后，经由异质性主体的感知与诠释，在主体间的非线性互动网络中被放大、过滤或转化，最终涌现出宏观层面的系统性响应模式，而这一模式又会在持续的内外反馈中不断适应性演化。

表 1 基于复杂适应系统理论的医院政策响应四层分析框架

分析层次	复杂适应系统核心概念	模型内涵
主体层	适应性主体	医院内部由多部门构成微观能动单元。各主体具备异质性的目标函数、知识体系与决策规则
互动层	主体间互动	主体间通过正式制度与非正式关系，围绕资源与规则展开博弈、协商、学习与协作，信息与影响力在动态网络中非线性流动
涌现层	模式涌现	系统宏观层面自发形成的稳定策略与行为模式，是微观主体集体互动过程的产物，非单一主体顶层设计的结果
演化层	系统演化	医院整体响应模式随时间推移的适应性变迁过程，受内部历史路径与外部持续环境压力的共同塑造

本文的分析框架沿着以下四个逻辑层次逐层展开。（1）主体层（微观起点）：探讨各异质性主体如何感知和解读政策压力，识别其内在目标与政策要求之间存在的张力或契合关系。（2）互动层（网络动力）：剖析主体间通过博弈、协商、学习与协作等机制构成的动态网络，考察这些机制如何催生新的局部规则。（3）涌现层（宏观模式）：归纳从微观主体的非线性集体互动中，自发涌现出的具有结构差异的系统性响应策略与行为模式。（4）演化层（动态变迁）：分析系统整体响应模式随时间推移的演进轨迹，以及驱动这一过程的核心动力与反馈机制。

二、研究方法

（一）研究设计

本文旨在突破传统线性政策执行观，从复杂适应系统理论视角探析医疗机构对重点监控药品政策的响应逻辑。研究属于理论构建型案例研究，采用理论演绎与多案例文献分析相结合的方法。将医院视为典型的复杂适应系统，通过解构微观主体（医生、药师、管理者、信息技术人员）在政策压力下的自适应行为，归纳提炼系统层面的宏观涌现模式。

（二）文献纳入与案例选择逻辑

为确保研究证据的代表性与异质性，本文从 2019—2025 年间发表

的 241 篇相关学术文献中进行筛选，案例选择遵循以下多维逻辑，以覆盖系统演化的不同初始条件。（1）医院等级与资源禀赋：涵盖大型三甲医院与基层医疗机构，考察不同组织规模下的系统惯性。（2）信息化建设能力：对比已上线处方前置审核系统或合理用药评分卡的技术赋能型系统与依赖人工审核的传统系统。（3）外部政策环境：纳入已进入 DRG/DIP 支付改革试点的医疗机构案例，探讨复合政策压力对系统演化的催化作用。

（三）数据抽取与分析过程

通过对纳入文献的摘要、关键词及正文进行定性内容分析，抽取以下核心证据维度并将其转化为复杂适应系统理论变量。（1）主体属性：提取各部门对政策的感知逻辑与核心目标。（2）互动模式：识别主体间的博弈、学习及协作机制。（3）模式特征：根据管理实践的可观测指标，识别其所属的响应模式。（4）演化结果：分析用药相关指标变化及各类非预期后果。

三、结果

（一）微观基础：异质性主体的目标与感知

作为政策响应的微观起点，医院内部各异质性主体对外部压力的初始感知与目标设定，构成了系统互动的基石。各主体的目标异质性，决定了政策信号在进入系统之初便产生不同解读。临床科室作为药品选择的直接决策者，核心目标是实现患者疗效最优化、维护专业自主权。面对政策压力，其适应性行为体现为：在明确纳入监控的“红线”药品上主动规避，同时可能将治疗需求转向非监控替代药品。药学部门身兼合理用药倡导者与内部监管者双重角色，将重点监控政策视为提升专业地位的战略机遇，积极组建处方点评小组、研发审核工具，力求将政策赋予的权限转化为实质性专业干预能力。医院管理层作为系统统筹主体，

需统筹政策合规、医保支付、运营效率与医疗质量等多重目标，将政策视作必须管控的系统性风险与绩效指标，其资源配置决策直接决定整个系统的响应基调。信息科室作为技术支撑部门，重点关注技术落地的可行性、运行效率与稳定性，将政策需求转化为具体技术规则和功能模块，其响应速度直接影响各主体的互动方式与运转效率。

（二）动力机制：主体间博弈、学习与协同

主体间的感知偏差与初步行为选择并非孤立存在，而是在紧密的组织网络中不断传递、融合。医院系统主要通过三大核心机制承接与落地政策信号。（1）博弈与协商：集中体现在处方审核与点评环节。临床医生与药师之间形成持续的提议—反驳—修改的互动博弈，这种博弈并非简单的零和对抗，而是关于合理性边界的持续交锋。（2）学习与反馈：系统通过多重渠道进行适应性学习，其中以数据驱动的反馈循环最为关键。处方前置审核拦截记录、点评结果、动态排名等数据持续反馈至各责任主体，推动各方不断调整对用药安全边界的认知。（3）协同与网络重构：为应对复杂的政策考核要求，原有部门壁垒被逐步打破，催生出重点监控药品管理跨部门工作组等协同网络。这种协同网络实现了知识、资源和权威的重组，是系统从零散个体行为升级为整合组织能力的关键。

（三）宏观涌现：基于压力—能力矩阵的三种典型响应模式

微观主体在互动网络中的持续博弈、学习与协作，最终会在系统宏观层面形成稳定的行为模式。为厘清这些模式的形成条件与内在机制，本研究构建“政策压力—医院能”二维矩阵：横轴代表政策压力强度（包括医保约束力、绩效考核权重、稽核频次等），纵轴代表医院治理能力（包括信息化支撑水平、药学专业服务能力、跨部门协同文化等）（见图1）。基于不同压力与能力的交叉组合，文献案例中涌现出三种具有结构差异的系统性响应模式。

一是象征性响应（弱压力—低能力）。当医院既缺乏外部政策约束，又缺乏内部治理基础时，系统通常以最小成本满足形式要求，将政策“仪式化”。具体表现为形式合规、实质分离，主体互动微弱且形式化。典型实践包括仅发布监控目录而无后续干预，处方点评流于形式且无反馈闭环，系统合理用药水平无实质提升。

二是选择性优化（强压力—低能力）。当医院面临强大的外部考核压力，但内部治理能力薄弱、难以支撑精细化管理时，系统多采用行政强力驱动进行机械调整。具体表现为指标驱动，管理层实行“一刀切”的限用或停药，或专注于金额排名的月度公示。这种模式短期控费效果明显，但容易引发治疗不足或通过调整诊断描述来规避审核的规则博弈现象。

三是整合性创新（强压力—高能力）。当强大的政策压力遭遇具备良好信息化与专业协同基础的医院时，政策往往成为倒逼管理变革的契机。具体表现为内化重构与能力建设，各主体深度协同，将合规要求内化为新型治理模式。典型实践包括开发合理用药评分卡等智能决策工具、建立药师医师双点评的常态化循证机制，以及将用药监控与 DRG/DIP 支付改革深度整合，最终实现价值医疗的系统跃迁。

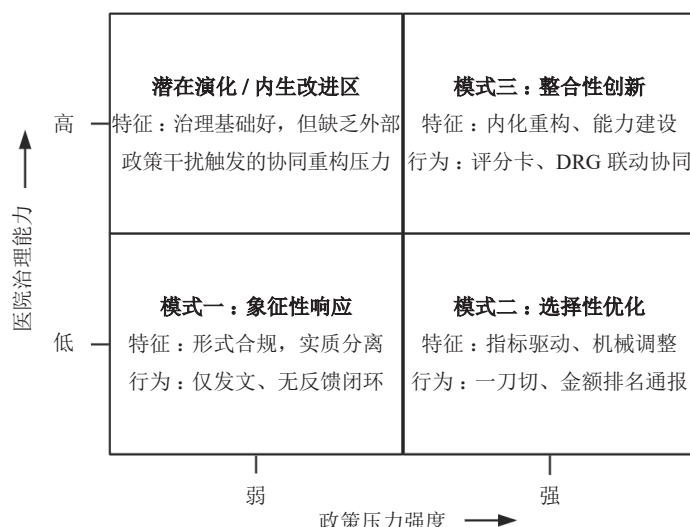


图1 政策压力—医院能力响应模式分析矩阵

四、讨论

（一）系统的动态演化路径与非预期后果

系统响应并非静止于某一模式，而是在内外部力量交织下持续演化。从复杂适应系统理论视角来看，这种演化主要受以下机制驱动。**一是**路径依赖与初始条件约束。系统的历史状态（如信息化基础、既往质量改进文化）构成演化的初始条件。已有成熟处方点评体系的医院更容易向整合性创新模式演化；而学科壁垒森严、信息化落后的医院，则可能被锁定在象征性响应路径，难以实现模式跃迁。这表明政策效果高度依赖于系统接收干预时的初始状态。**二是**适应性学习驱动。适应性学习与正反馈是演化的动力机制。当象征性响应无法应对持续的医保核查压力时，系统可能被迫转向选择性优化。若在此过程中成功建立多部门沟通平台，该协同网络会产生正反馈，进而推动系统向整合性创新的新稳态演进。**三是**非预期后果涌现。演化过程必然伴随非预期后果，这正是复杂系统对外部干扰自适应反应的体现。主要表现为：监控 A 药品导致 B 药品滥用的替代效应；优先药占比而忽视合理用药实质的指标漂移；以及通过调整诊断描述适配审核规则的规则博弈。这些现象并非单纯的政策失败，而是复杂系统适应性扭曲的典型产物，应纳入动态评估视野。

（二）复杂适应系统视角下的政策启示

传统政策制定多试图通过严格考核确保执行“不走样”。然而，基于复杂适应系统视角的分析表明，政策设计的重心应从“指挥工程师”转向“培育园丁”，致力于创建引导系统向理想状态演化的条件。**一是**催化主体互动。鼓励而非禁止医院内部的协商机制，在制度层面为跨专业协商（如药师医师双点评）创造空间，将外部监管要求转化为内部共识。**二是**提供有效反馈。推动建立实时、透明的数据监测系统，实现从事后统计到事前拦截的能力跃迁，使各主体能够基于同一套数据进行高

质量的适应性学习。**三是**设定适应性规则。政策目标应从绝对禁止转向动态优化，为医院的创造性解决方案（如结合临床路径的合理用药评分卡）预留空间。**四是**关注初始能力建设。对于陷入象征性响应陷阱的基础薄弱医院，单纯施压可能适得其反，应配套信息化投入与药学人才培养等能力支持，改变其演化的初始路径。

（三）研究局限性与展望

本研究采用多案例文献分析，受限于二手数据的颗粒度，难以获取组织文化、人际网络等难以量化的微观互动细节。未来研究可进一步开展实地案例的深度描摹，或引入计算模拟方法（主体建模）来构建虚拟医院系统，更精准地评估不同政策干预对系统演化轨迹的动态影响。

综上所述，本研究揭示了重点监控药品政策效果并非来自线性传导，而是医院复杂系统自组织、协同与演化的非线性结果。通过构建政策压力—主体互动—模式涌现—系统演化四层框架，本文识别出象征性响应、选择性优化与整合性创新三种典型策略模式，为解释医院行为的多样性提供了类型学工具，也为设计引导复杂系统正向演化的智慧型政策提供了理论依据。

（责任编辑：信虹云）

从药物利用管理到价值导向治理 ——国际重点药品监管经验及对我国的启示

徐云舒¹ 程文迪² 王海银² 何江江²

【摘要】 文章针对“国家重点监控合理用药药品目录”概念下，采用范围综述（Scoping Review）的研究方法，系统检索 2015—2024 年相关文献与政策报告，梳理国际上针对高风险、高费用或低价值药品的治理经验，归纳其核心的识别机制、干预工具与评估框架，形成一个可供借鉴的“国际治理工具箱”，并以此为鉴，为我国重点监控药品政策的优化与发展提供启示。文章建议，我国未来应推动重点监控政策向基于多源信号的动态识别、人机协同的智慧干预、结局导向的综合评价以及多政策紧密协同的“价值导向治理”模式演进。

一、资料与方法

（一）筛选标准

本研究纳入与国际重点药品监管主题相关的研究文献，不限制具体研究类型。针对同一监管指南、工具或方法流程的相关文献，仅保留完整、正式发布的版本。具体排除标准如下：排除研究计划书、项目注册文件、政策制定过程类非实证研究文献；排除会议摘要、科普读物、新闻资讯类非学术文献；排除无法获取全文、核心数据缺失或数据存在明显错误的文献；针对数据重复文献，保留数据维度最齐全的文版本，针对重复发表文献，保留发表时间最早的版本。

第一作者：徐云舒，女，硕士研究生

通信作者：何江江，男，研究员，上海市卫生和健康发展研究中心（上海市医学科学技术情报研究所）副主任

作者单位：1. 大连医科大学公共卫生学院，大连 116044

2. 上海市卫生和健康发展研究中心（上海市医学科学技术情报研究所），上海 200031

（二）文献来源

采用范围综述的研究方法，系统检索 PubMed、Embase、Web of Science 及 CNKI 等数据库中 2015—2024 年的相关文献与政策报告，以“识别—干预—评估—治理”为分析框架，对国际经验进行归纳与整合。

二、国际视野下的“重点监控药品”

当前我国基本药物政策仍存在不完善之处，临床不合理用药问题客观且严峻，尚未充分发挥规范临床合理用药的作用，相关制度体系有待进一步完善与推广。为强化我国临床合理用药精细化管理，重点监控合理用药药品管理制度应运而生。纳入重点监控目录的药品主要为临床使用不合理问题突出、使用金额异常偏高、对整体用药合理性影响较大的化学药品和生物制品。

合理用药是全世界医药治理的共同核心主题，但国际范围内并无与我国“重点监控合理用药药品”完全对应的专属概念。世界卫生组织（World Health Organization, WHO）于 1993 年制定《医疗机构用药调查指南》，明确了合理用药的评价指标和研究方法，目前已在全球多个国家落地应用。国际药品监测体系普遍强调，药品价格和报销政策规定的药品价格协议（Managed Entry Agreements）应具备临床稳健性、临床合理性、适宜性，同时适配各国国民医疗服务体系的运行逻辑。相关药品政策落地过程中，普遍面临药品可负担性、公平性和可持续性三大核心挑战。

尽管国内外药品监控制度存在差异，但国际特定领域的药品重点监管、专项治理政策，与我国重点监控药品政策的治理目标、核心关注点具有相似性。我国重点监控药品管理以临床价值为核心导向，从用药安全性、有效性、经济性、可及性、适宜性等多维度开展综合评判，且不同属性重点监控药品的临床价值评估各有侧重。从政策内涵来看，我国

重点监控药品的治理逻辑，分散涵盖于国际低效益用药治理、高风险药品监管、临床合理用药管控等多个领域。基于此，本研究系统梳理国际范围内低价值用药治理、高风险药品监管、临床用药规范化管理等相关研究与实践经验，以此回应本研究的核心研究问题。

三、国际重点药品监管概况

大量研究表明，医疗保健系统提供了大量低价值服务，却无法提供必要的高价值服务。识别医疗保健系统过度使用和使用不足的驱动因素，有助于制定策略遏制这一问题及其负面影响，并释放资源以改善服务使用不足的现状。

（一）国际重点药品治理的主要识别机制

国际上识别“重点药品”的实践活动依赖于多元化、长期动态的识别体系，而非单一的专家共识或识别方式。

为监测改善全球药品状况的进展情况，WHO 制定了一套指标体系，用于衡量各国药品体系的重要发展维度：一级指标衡量国家关键药品体系和流程的存在及其运行情况；二级指标衡量这些体系和流程在药品可及性、产品质量和合理用药方面的关键成果。据 WHO 报告，发展中国家超半数药品存在不合理使用问题，且药物使用监测和评估体系尚处于起步阶段。国际重点药品识别机制主要围绕临床用药质量、用药安全性、成本效益等核心层面构建。

在医疗政策的背景下，药物管理广义上是指一套结构化的策略和干预措施，用于应对特定治疗领域的用药难题，保障医疗资源合理、高效利用。不同机构对药物管理的定义和框架界定存在差异，但在具体药品品类管控上已形成成熟规范，涵盖抗菌药物、抗凝剂和镇痛药等品类。对于高价值肿瘤药物，国际通用欧洲肿瘤内科学会临床获益程度量表（European Society for Medical Oncology-Magnitude of Clinical Benefit

Scale, ESMO-MCBS) 作为权威评估工具, 用于评估新型癌症疗法的临床获益程度, 筛选具备充足治疗价值的高价值抗肿瘤药物。

基于价值的定价是价格谈判中一项重要且有效的工具, 旨在确定药物价值的评估构成了许多欧洲国家卫生主管部门与制药商之间谈判的基础。识别和评估无效或不具成本效益的做法, 减少其现有使用, 是提高医疗保健可持续性和质量的重要途径。目前公开可获取的实证研究有限, 现有证据表明基于价值的支付模式实施效果参差不齐。卫生技术评估 (HTA, Health Technology Assessment) 标准可系统、透明地甄别潜在无效用药行为, 为药品成本效益优先级评估提供依据。针对创新药品, 除传统的药品质量、疗效、安全性三大评估维度外, 药品真实世界性价比成为核心评估指标, 风险分担协议因此受到广泛关注。

药品重点监测和识别亦可基于安全风险信号开展。根据 WHO 的定义, 安全信号是指已报告的关于不良事件与药物之间可能存在因果关系的信息, 而这种关系此前未知或记录不完整。例如, 为规范高危药物安全使用, 编制可能导致用药错误和不良反应风险较高的药物清单, 识别出涉及的药物, 并将其与医院的药物消耗记录和美国安全用药实践研究所 (Institute for Safe Medication Practices, ISMP) 的高危药物清单进行比较。根据 ISMP 的解释, 有些药物 “如果使用不当, 极易造成严重的患者伤害”, 这些药物被称为高危药物。

用药安全是医疗保健的关键组成部分, 旨在确保患者从处方治疗中获得最佳疗效, 同时最大限度地降低不良反应的风险。医疗保健系统实施循证策略, 包括整合电子健康记录和临床决策支持系统, 以提高患者数据管理的准确性。HTA 方法是评估新药价值的一种方法。HTA 远不止成本效益分析, 它是一项 “多学科活动, 系统地考察卫生技术 (通常是药物、医疗器械或临床 / 外科手术) 应用的安全性、临床疗效和有效性、成本、

成本效益、组织影响、社会后果以及法律和伦理方面的考量”。国际重点药品治理围绕着潜在不适宜药物（Potentially Inappropriate Medications, PIMs）与潜在预防性用药（Potentially Preventable Overmedication, PPO）等，由于特定人群的用药风险更高，例如老年人发生药物不良反应的风险高于年轻人，因此会更关注特定人群应尽可能避免的用药情况。1991年，美国老年医学会（American Geriatrics Society, AGS）建立了判断老年人潜在不合理用药的 Beers 标准。对于老年患者，尤其是合并多种疾病和多重用药者的药审查过程中，通过纳入具有临床重要性的新明确药物不良事件（PIM）和药物不良反应（PPO）标准，并剔除被认为不再正确或过时的标准，以完善特定人群的用药管控体系。

表 1 国际重点药品治理的主要识别机制

机制类型		典型方法与指标
基于价值的定价	临床疗效比较	ESMO-MCBS
	成本效益比较	卫生技术评估报告
基于风险信号		数据挖掘技术
		监测方法
基于风险分担协议		管理准入计划
基于数据		高危药物分层工具 HAMST-R
基于特殊人群		STOPP/start
		TRIGGER-CHRON
		Beers 标准

（二）国际重点药品干预流程

重点药品干预流程应根据医疗服务组织、临床领域及当地实际情况进行定制，且需纳入多方利益相关主体。药品干预通常不依赖单一工具，国际主流趋势为采用多层次、多工具结合的组合式干预模式。

基于临床决策支持的干预：在药物安全风险日益突出的背景下，处方药物分析是提升患者用药管理质量的关键。目前各国相关程序体系仍

然存在较大差异。药物相关临床决策支持系统可有效降低药物不良反应发生率、节约医疗成本。多国医疗基金会定期向临床医生推送处方行为相关数据与反馈，提升医务人员对用药成本的认知水平，内容涵盖处方用药分析、用药成本、预算限制、处方规范指南及激励机制等相关信息。

针对需求侧的干预：药品费用管控可通过调整医保报销政策实现，对不符合安全、有效标准的药品予以医保拒付。同时依托社会规范与社会比较心理，引导临床处方行为自主优化调整。

针对制药行业的监管政策：多数国家政府会对药品批发、零售环节的利润率进行预设管控。限制药品供应链和分销链的加价空间，是控制药品成本、提升药品可及性的有效策略。

药剂师干预：临床药剂师承担多重临床药学工作，核心目标为优化临床用药方案，重点把控用药剂量、用药监测、不良反应筛查及用药成本效益，以此改善患者健康结果。临床药剂师的活动和职责可划分为三个关键职能：药品不良反应的识别、干预管理和预防。

国际药品干预工具的研发与制定，通常整合临床医师、政府监管部门、行业标准制定机构、专业学术组织及电子药房信息系统、健康管理系统、处方系统供应商等多方主体的意见（美国安全用药实践研究所（ISMP, Institute for Safe Medication Practices）：《Guidelines for Safe Electronic Communication of Medication Information》）。

（三）国际重点药品评估框架

重点药品监管的评估框架涵盖多个维度，药物治理成效与合理性的评估以合理用药的政策目标为核心，主要评估指标包括药品价格管控、药品使用量调控及药物用药安全性等内容。药物安全性评估对改善患者临床预后至关重要，但该项工作长期存在实施难点。药物安全性量化评估是判断用药安全改进措施成效的核心依据。目前可通过四类指标完善

安全性评估，分别为过程指标、结构指标、结果指标及平衡措施。世界各国均出台相关指导方针，规范药物危害管控、提升患者安全水平，内容涵盖安全用药规范、用药风险防控、患者行为干预等方面。

表 2 国际评估重点药品成效与合理性的纬度

评价维度	主要指标	数据来源
价值基准	药物价值指标	追踪药品支出
安全性指标	药物不良事件发生率	药房档案、电子健康记录、报告率、不良药物事件
结果指标	健康结果	医疗服务利用 临床获益

（四）国际重点药品治理的基本要素与原则

经济合作与发展组织（Organisation for Economic Co-operation and Development, OECD）发布的监管政策与治理指标体系（iREG），通过关键监管指标开展量化评估并形成治理建议，为 OECD 成员国的监管政策制定与治理实践提供最新实证依据。iREG 指标体系主要包含利益相关方参与、监管效果评估、事后评估三大核心模块。当前国际药品监管领域普遍面临双重治理挑战，即在推动药品知识产权规范对接全球统一标准的同时，兼顾本土化药品质量标准建设与落地实施，适配本国居民的实际医疗与用药需求。

四、国际重点药品监管比较及对我国重点监控目录管理的启示

在药品监管领域，国际监管经验的核心是将有限的监管资源集中到重点监管领域，实现更高效、灵活、智慧的监管，也为我国重点监控药品政策的优化提供了清晰的理论依据与实践路径。

（一）对政策的启示

部分发达国家已构建并落地成熟的药品监管框架，但低收入国家在平衡成本管控与医疗保健可及性方面仍面临诸多难题。不同国家监管政

策的实施效果存在显著差异，这表明药品政策制定必须贴合本土医疗条件与经济发展水平。高效的药品支出管控需要具备适应性的政策框架，充分结合区域现状与经济发展能力。持续的政策评估是构建可持续药品监管体系的关键，能够在提升药品成本效益的同时，保障基本药物可及性，助力实现合理用药的核心监管目标。

（二）对目录遴选的启示

近年来，WHO 长期聚焦中低收入或发展中国家药品监管能力建设，持续细化完善药品政策法规与技术指导原则，对提升各国药品监管的规范性与可预期性具有积极作用。目前，国际针对重点药品的专项遴选、监管工作，已形成成熟的识别机制与标准化评估工具，可为我国差异化监管提供参考，支撑我国根据不同级别医疗机构、不同专科特点，推行差异化的重点监控目录与分级管理强度。持续推进监管标准国际化，跟踪重点药品监管领域的国际标准动态与发展趋势，主动参与并主导国际标准制定工作，对完善我国药品监管体系、优化重点药品目录管理具有重要现实意义。

（三）对利益相关方协同的启示

当前国际药品监管主要分为两种模式，部分国家采用全球统一化监管标准，另有部分国家构建适配本土的混合监管模式。我国在落实重点药品监控工作的同时，应拓宽国际化监管视野，开展临床试验新标准、新工具、新方法等监管科学研究，推动多主体、跨领域的监管协同治理。

五、结论

近年来，我国医药产业实现高质量创新发展，药品监管综合能力显著提升。但我国药品监管与医药产业的发展成果，尚未充分进行国际传播，亟需扩大国际传播的力度与广度。国际药品治理实践总结出清晰的发展规律：通过多元识别精准精准定位问题药品，依托组合干预工具开

展系统化治理，借助综合评估体系实施循证决策，最终在多主体协同治理框架下实现医疗价值最大化。该规律对处于深化完善阶段的我国重点监控药品政策具有重要的借鉴意义。

（责任编辑：张苹）

《有序选择的建模方法：入门教程》： 从“会做回归”到“真正读懂有序选择模型”

在卫生政策研究、卫生服务评价、健康调查分析以及社会科学实证研究中，我们常常会遇到这样一类问题：居民健康自评是“差、一般、好”，患者满意度是“非常不满意到非常满意”，风险感知是“低、中、高”，政策支持度是“反对、中立、支持”。这类结果变量既不是简单的二分类，也不是可以直接按连续变量处理的普通数值，而是具有明确顺序关系的“有序选择”数据。如何对这类数据进行规范建模、准确解释和合理应用，正成为越来越多研究者必须掌握的方法问题。

近日，由上海市卫生和健康发展研究中心支持组织翻译的《有序选择的建模方法：入门教程》正式出版。该书译自 Cambridge University Press 出版的 Modeling Ordered Choices: A Primer，由上海交通大学出版社出版发行。中文版由上海市卫生和健康发展研究中心金春林主任、王海银研究员担任主审，顾一纯助理研究员担任主译，并由复旦大学胡善联教授、山东大学李顺平教授和澳大利亚麦考瑞大学顾源远教授担任质控专家。

为什么这本书值得关注？

在很多实际研究中，研究者对线性回归、Logistic 回归较为熟悉，但一旦面对有序分类结局变量，往往容易陷入两种误区：**一是**将其简单当作连续变量处理，**二是**只停留在“会跑模型”，却不清楚模型背后的理论逻辑、参数含义和适用边界。事实上，有序选择模型并不是“普通回归的一个小变体”，而是一类围绕潜在效用、阈值划分和离散有序结果展开的系统方法。书中指出，这类模型适用于从电影评分、健康状况、

自评幸福感到信用评级、疾病严重程度等大量现实问题，其本质是在一个不可直接观测、但具有自然顺序的潜在偏好尺度上，对可见结果进行建模。

对医疗卫生与公共政策研究者而言，这本书尤其具有现实意义。因为在健康满意度、服务体验、风险分层、疾病严重程度、治疗依从性等研究场景中，有序选择变量非常常见。如果方法选用不当，不仅会影响估计结果，也会影响后续结论解释和政策含义判断。

这本书讲了什么？

从内容结构看，这本书并不是一本只讲某一个模型命令或某一种软件操作的“工具书”，而是一本围绕有序选择建模方法展开的系统性教程。内容提要显示，本书从随机效用和有序选择模型的理论基础讲起，逐步延伸到二元选择建模、有序选择模型的估计、推断和分析，并进一步讨论规范问题、个体异质性、参数变化和广义模型、面板数据和时间序列数据建模、二元和多元有序选择模型、两部分和样本选择模型，以及半参数和非参数估计与分析。

根据目录安排，全书共 12 章，主要包括：引言中的随机效用和有序选择模型；二元选择建模；有序选择模型；早期模型和当前对应模型；使用有序选择模型进行估计、推断和分析；规范问题和广义模型；适应个体异质性；参数变化和广义有序选择模型；基于面板与时间序列数据的有序选择模型；二元和多元有序选择模型；两部分和样本选择模型；半参数和非参数估计和分析。也就是说，它不仅讲“基本模型是什么”，还进一步回答了“模型怎么扩展”“结果如何解释”“复杂数据怎么处理”等研究者最常遇到的关键问题。

这本书有哪些鲜明特点？

一是从基础原理到实际应用，路径清晰。

书中并没有把有序选择模型当作一个孤立技术点来讲，而是从随机效用框架出发，帮助读者理解为什么会有阈值、为什么有序结果不能简单等距处理、为什么系数显著并不等于解释充分。这种写法有助于读者真正建立方法意识，而不是停留在机械套用模型。

二是覆盖范围广，兼顾经典模型与前沿扩展。

除了常见的有序 Probit/ Logit 分析外，本书还涉及异质性、随机参数、潜类别、面板数据、动态模型、样本选择、半参数和非参数等内容。这意味着它不仅适合入门，也适合作为进一步深入学习和拓展研究设计的参考。

三是案例意识和问题意识较强。

译者序和内容提要都强调，本书通过丰富示例、图表、表格和公式，帮助读者把模型学习和真实世界问题连接起来，而不是停留在抽象推导层面。对于希望将方法真正用于健康调查、卫生经济、政策评估和社会科学研究的读者来说，这一点非常重要。

四是兼具学术价值和跨领域应用价值。

书中介绍的有序选择模型应用范围并不限于某一个学科，而是覆盖经济学、社会学、卫生经济学、金融、政治科学、医学统计、交通规划等多个领域。也正因此，这本书不仅适合计量方法学习者，也适合需要处理有序分类数据的跨学科研究人员。

这本书适合谁读？

如果你正在做问卷研究、满意度分析、健康自评、疾病分级、风险认知、政策支持度评价，或正在处理“有明确顺序、但不是连续变量”的数据，这本书会非常有帮助。内容提要中提到，本书适合医疗卫生领

域学术研究者、政策制定者，以及从事市场调研和管理咨询的读者参考阅读。对于研究生而言，它适合作为从基础离散选择模型迈向更复杂有序模型的进阶教材；对于实务工作者而言，它也能帮助提升对模型适用性与结果解释的判断能力。

这本书能带来什么？

从更广的意义上说，这本书的出版不仅是一本方法译著的引入，也是在推动相关领域研究方法进一步规范化。当前，越来越多卫生政策与健康服务研究开始重视高质量证据生产，而高质量证据离不开高质量方法。面对有序选择数据，研究者不能只满足于“模型跑出来了”，更要进一步理解模型的识别逻辑、参数含义、边际效应解释及复杂情境下的扩展处理。《有序选择的建模方法：入门教程》恰恰为这种从“会用”走向“用对”的转变，提供了一条较为系统的学习路径。

在数据建模与循证研究越来越受到重视的今天，真正有价值的方法学习，不只是掌握一个命令、一套软件，而是理解模型背后的问题意识和分析框架。《有序选择的建模方法：入门教程》的出版，为读者理解复杂选择行为和有序结果分析提供了新的学习入口，也为卫生健康、社会科学及相关应用领域的方法提升提供了有益参考。

（责任编辑：信虹云）

《公共卫生实践与研究中的经济学应用》： 让公共卫生决策更科学、更精准

在“健康中国”战略深入推进的背景下，如何用更科学的方法评估公共卫生项目成效、优化卫生资源配置、提升政策制定质量，正成为卫生健康领域越来越重要的课题。

近日，由上海市卫生和健康发展研究中心支持组织翻译的《公共卫生实践与研究中的经济学应用》正式出版。该书译自牛津大学出版社出版的 *Applied Health Economics for Public Health Practice and Research*，是 *Handbooks in Health Economic Evaluation* 系列著作之一。本书由复旦大学胡善联教授、陈文教授担任主审专家，由上海市卫生和健康发展研究中心何江江研究员、程文迪助理研究员和上海交通大学刘心怡副教授主译，并由复旦大学陈英耀教授、上海市疾病预防控制中心祖平研究员担任质控专家。

为什么这本书值得关注？

公共卫生干预不同于一般临床干预。它面向的是人群健康，常常涉及疾病预防、健康促进、筛查项目、慢病管理等多个场景，不仅实施路径更复杂，而且其成本和收益往往跨越多个部门和更长时间周期。序言指出，当前我国面临卫生费用增长、人口老龄化加快、慢性病负担加重等多重挑战，公共卫生体系精细化管理和科学决策的重要性不断提升，对公共卫生干预开展经济学评价已成为现实需要。

这本书讲了什么？

本书围绕“如何在有限资源条件下，提升公共卫生投入的效率、公平性和成本效益”这一核心问题，系统介绍了公共卫生经济评价的方法

框架和实际应用。根据任务书内容，全书共 15 章，主要包括：

1. 公共卫生与公共卫生经济学基础
2. 预防性服务供需及经济学评价必要性
3. 公共卫生经济评价方法及其现实挑战
4. 证据整合
5. 资源使用识别、测量与估值
6. 健康结果识别、测量与估值
7. 成本效果分析
8. 成本效用分析
9. 成本效益分析
10. 成本后果分析
11. 公共卫生干预的经济学建模方法
12. 投资回报率与社会投资回报率
13. 多准则决策分析
14. 项目预算与边际分析
15. 国际视角下的研究与政策发展方向

这意味着，它不仅是一部“讲理论”的书，更是一部“讲方法、讲工具、讲应用”的书。

这本书有哪些鲜明特点？

一是实践导向鲜明。本书不仅阐述理论，还提供了可操作的成本效果、成本效益、成本效用等分析框架，并结合免疫规划、健康促进、筛查项目等案例，帮助读者理解这些方法如何真正服务实际决策。

二是跨学科特色突出。本书将卫生经济学与流行病学、行为科学、社会学、环境科学、公共政策和循证决策等多学科内容相结合，更适应现实世界中复杂的公共卫生问题。

三是兼具国际视野与本土价值。本书翻译不仅有助于引入国际前沿方法，也有助于推动公共卫生经济学方法的本土化应用，为政策制定者、研究人员和公共卫生实践者提供可借鉴的分析工具。

这本书能带来什么？

从翻译意义看，这本书的价值不仅在于“出版了一本译著”，更在于它有望为我国公共卫生工作带来一套更系统的方法支持。本书可在多个方面发挥作用：弥补国内相关研究与实践不足，支持资源优化配置，推动循证决策，促进跨学科人才培养，并帮助基层公共卫生工作者更便利地获得国际前沿知识。

在公共卫生从“经验驱动”走向“证据驱动”、从“重治疗”走向“重预防”的过程中，方法工具的重要性愈发凸显。《公共卫生实践与研究中的经济学应用》的出版，不仅为读者提供了理解公共卫生经济评价的窗口，也为今后开展政策研究、项目评估和实践创新提供了有益参考。

（责任编辑：张苹）

征稿启事

《卫生政策研究进展》杂志是上海市卫生健康委员会主管，上海市卫生和健康发展研究中心主办的卫生政策研究期刊，属于连续性内部资料性出版物（上海市连续性内部资料准印证号（K）0649）2008年11月正式创刊发行，每年发行8期，主要设有医药卫生体制改革、专家解读、专题研究、他山之石、区县之窗、专家观点政策解读、信息动态讯息等栏目。现广泛征集优质稿件，欢迎作者踊跃投稿。征稿事项简述如下。

一、办刊宗旨

配合卫生健康事业的改革与发展，及时传播改革进展及相关政策研究成果，为决策者提供及时、可靠的卫生决策咨询信息服务。

二、读者对象

刊物出版后，进行赠阅，赠阅范围主要包括：世界卫生组织驻华代表处、世界银行驻华代表处，美国中华医学基金会合作项目单位；国家卫生健康委员会相关司局，国家卫生健康委员会卫生发展研究中心、国家卫生健康委员会统计信息中心；各省市卫生健康委员会规划发展处、财务处、政策法规处；上海市委、市人大、市政府、市政协相关部门，上海市卫生健康委员会领导及有关处室，上海市各区分管副区长、各区卫生健康委员会主要领导，上海相关医疗卫生单位；全国部分高校和研究机构的卫生政策研究专家和学者等。

三、来稿要求

1. 来稿主题应与卫生健康事业改革相关，如有4～5篇同一主题的一组文章，可单独与编辑部联系，编辑部将视稿件情况考虑是否专门成刊。每篇文章5000～8000字为宜。

2. 来稿应结构完整论点明确，论据可靠，数字准确，文字精练。

3. 来稿作者信息包括姓名、单位、职称、职务、地址（xx 省 xx 市或 xx 县 xx 路 xx 号）、邮编、电话、E-mail 等信息。

四、投稿事宜

文稿请采用 word 格式发送至以下邮箱：phpr@shdrc.org。凡被采用的稿件，编辑部会进一步与作者沟通修改事宜。稿件一经录用，编辑部会联系作者支付稿费并赠送当期杂志 1 本。本刊不收取任何版面费。

五、联系方式

地 址：上海市静安区北京西路 1477 号 邮 编：200040

网 址：www.shdrc.org

微信公众号：卫生政策研究进展（过刊电子稿可从公众号查阅）

联系人：张 苹 信虹云

邮 箱：phpr@shdrc.org

发送对象：

中华医学基金北京代表处

国家卫生健康委员会相关司局、国家卫生健康委员会卫生发展研究中心、
国家卫生健康委员会统计信息中心

中国医学科学院医学信息研究所

美国中华医学基金会合作项目单位

上海市市委、市人大、市政府、市政协相关部门

各省市卫生健康委员会政策法规处、财务处

上海市卫生健康委员会领导及有关处室

上海市各区分管副区长、各区卫生健康委员会

相关医疗卫生单位

全国部分高校和研究机构



研究 传播 交流 影响

Research Dissemination Communication Impact

上海市卫生健康发展研究中心

（上海市医学科学技术情报研究所）

Shanghai Health Development Research Center

（Shanghai Medical Information Center）

中国 上海

Shanghai China