

◁药事管理▷

基于医共体模式开展区域审方的实践与成效*

孙瑞¹, 周兰兰¹, 张玉凤¹, 卜焯¹, 查宝华², 陈超², 张海巍^{1△}

1. 南京医科大学康达学院附属涟水县人民医院药剂科, 淮安 223400; 2. 江苏省淮安市涟水县卫生健康事业发展中心, 淮安 223400

【摘要】 目的 探讨医共体模式下区域审方系统对医共体成员单位合理用药水平的影响。方法 通过建立医共体区域前置审方工作模式, 分析2024年11月—2025年4月医共体成员单位门诊处方的拦截率、干预率、合格率及单张处方费用变化。结果 共审核门诊处方793 323张, 审核率100%。其间, 审方药师对不合理处方平均干预率29.17%, 系统对严重不合理处方拦截率1.04%。与2024年11月相比, 2025年4月审方药师干预率从40.27%下降至9.55%; 随着规则库完善, 系统拦截率由0.54%上升至2.18%; 门诊处方合格率从91.53%提升至97.97%; 单张处方药品费用从57.15元降至25.84元。结论 医共体模式下区域审方通过事前干预, 有效提高了门诊处方合格率, 降低了处方费用, 减少了医患矛盾, 促进基层合理用药, 实现药学服务同质化。

【关键词】 医共体; 区域审方; 合理用药

【文献标志码】 A **【文章编号】** 1672-4232(2026)02-0100-04

【DOI编码】 10.3969/j.issn.1672-4232.2026.02.022

Practice and Effectiveness of Regional Prescription Review Based on Medical Community Model

SUN Rui¹, ZHOU Lan-lan¹, ZHANG Yu-feng¹, BU Ye¹, ZHA Bao-hua², CHEN Chao², ZHANG Hai-wei¹

1. Department of Pharmacy, Lianshui People's Hospital Affiliated to Kangda College of Nanjing Medical University, Huai'an 223400, China; 2. Lianshui County Health Development Center, Huai'an City, Jiangsu Province, Huai'an 223400, China

【Abstract】 **Objective:** To explore the impact of regional prescription review system under the medical community model on the rational drug use level of medical community member units. **Methods:** By establishing a regional pre-review model for medical community, the interception rate, intervention rate, qualification rate, and the changes in single prescription costs of outpatient prescriptions in member units of the medical community from November 2024 to April 2025 were analyzed. **Results:** A total of 793 323 outpatient prescriptions were reviewed, with a review rate of 100%. During this period, the average intervention rate of reviewing pharmacists for unreasonable prescriptions was 29.17%, and the system's interception rate for severely unreasonable prescriptions was 1.04%. Compared with November 2024, the intervention rate of reviewing pharmacists in April 2025 has decreased from 40.27% to 9.55%; With the improvement of the rule base, the system interception rate has increased from 0.54% to 2.18%; The pass rate of outpatient prescriptions has increased from 91.53% to 97.97%; The cost of a single prescription drug has decreased from 57.15 CNY to 25.84 CNY. **Conclusions:** Under the medical community model, regional prescription review effectively improves the pass rate of outpatient prescriptions, reduces prescription costs, minimizes doctor-patient conflicts, promotes rational drug use at the grassroots level, and achieves homogenization of pharmaceutical services through pre-intervention.

【Key words】 medical community; regional prescription review; rational drug use

在全面推进“健康中国”建设, 深化医药卫生体制改革的时代背景下, 提升基层医疗服务能力是实现全民健康覆盖的关键一环。然而, 我国基层医疗机构在合理用药方面仍存在突出问题, 如无指征用药、重复用药、用法用量不适宜等^[1]。据世界卫生组织报道, 全球约有50%的患者存在不合理使用药物, 有三分之一的患者死于不合理使用药物^[2]。国家卫生健康委于2023年发布《关于全面推进紧密型县域医疗卫生共同体建设的指导意见》, 明确指出

到2025年底, 力争90%以上的县市基本建成紧密型县域医共体, 通过资源整合提升基层医疗服务能力, 同时要加快提升医共体药学服务能力, 推动县域医共体药学服务同质化^[3]。该指导意见还提出, 依托县域医共体牵头医院建设“县域医共体审方中心”, 对医共体成员单位开具的所有处方进行前置审核, 以提升处方合格率与合理用药水平^[4]。实践表明, 这一举措有效解决了基层医疗机构药学服务能力薄弱、用药不合理等问题, 保障了基层患者的用药安全。

随着“互联网+”时代的发展, 各地医疗机构积极探索为患者提供更便捷、优质、专业的医疗服

*基金项目: 淮安市医院协会2024年度医院管理创新研究课题(HYXYG-2024-29)

△通信作者

务,通过建立医共体模式下的智能审方系统,实现上下级医疗机构信息互通和资源共享^[5-6]。基于此,江苏省淮安市涟水县由县卫生健康委牵头,依托县人民医院,于2024年8月成立县域医共体审方中心,在全县公立医疗机构内开展门诊处方前置审核工作。全县30家医共体成员单位、329家村卫生室已经全部纳入区域审方平台管理,实现了基层公立医疗机构的全覆盖。至2024年10月,区域审方系统功能逐步完善并正式上线。本文旨在对医共体模式下区域审方的实施成效进行探讨分析,为区域合理用药提供新的方法和理念。

1 资料与方法

1.1 资料

随机抽取2024年11月—2025年4月涟水县30家医共体成员单位的门诊处方793 323张,回顾性分析审方系统拦截率、审方药师干预率、处方合格率及单张处方药品费用变化情况。纳入单位包括二级医院3家、一级医院27家。

1.2 方法

1.2.1 成立县域医共体审方中心。为提高基层医疗机构合理用药水平,县卫健委牵头组建县域医共体审方中心及专家组。审方中心由县卫健委和龙头医院药剂科负责人担任领导小组成员,龙头医院审方药师及各临床科室主任担任专家组成员。全体审方药师均通过江苏省药学会举办的审方药师专项培训并取得证书。审方药师与临床药师轮流参与临床查房,学习临床用药知识,每周至少开展一次业务学习,交流最新指南与专家共识,讨论审方过程中遇到的疑难问题。审方中心每月汇总审方过程中的疑难点,结合最新指南及各临床主任专家的意见,制定审方规则库修改申请及超说明书用药规则。同时,从审方中心领导小组及专家组中抽取10名成员,负责审批审方规则库修改及超说明书用药规则申请等事务。

1.2.2 审方规则库的维护与修改。根据30家基层医疗机构用药目录(药品规格、厂家、医保编码等基本信息),与前置审方规则库中药品目录进行一一配对。该项工作由前置审方软件公司药师负责批量维护,该规则库共收录15 000余张药品说明书、50 000余条药品审核规则。审方药师根据药品说明书、临床指南、专家共识等,结合审查模块,对药品进行个性化规则维护。其中,警示级别达到“拦截”的个性化规则共3 567条,无需药师审核的

“不关注”规则共9 672条。部分新增或需修改的审方规则,由临床医生或审方药师对原规则提出书面申请,定期提交审方中心专家组讨论并审查其是否通过。超说明书用药审查规则须按照《超说明书用药管理流程》执行:临床医生首先填写《超说明书用药备案申请表》,经科主任签署意见后,由所在医疗机构合理用药小组初审,随后报送医疗机构伦理委员会和药事管理委员会审批。审批通过后,由医共体审方药师为该医疗机构维护相应审查规则。

1.2.3 审方中心处方审核流程。审方中心接收到各医共体成员单位处方(医嘱)后即开始审核,具体操作流程为:(1)区域处方审核系统对处方进行警示分级,分为“不关注”“慎用”“禁用”“拦截”四级。其中,“不关注”仅提示医生,无需药师审核;“拦截”为系统直接拦截,医生无法开具相应处方(医嘱);“慎用”“禁用”需药师人工审核。(2)药师判断处方(医嘱)的合理性。合理处方(医嘱)予以通过,转至药房发药;对于不合理处方(医嘱),药师在系统内勾选原因或注明药师意见,退回医师端。(3)药师将处方(医嘱)退回后,医生在电脑客户端收到提示并查看具体退回意见。(4)对于可双签的处方,医生双签后药房予以发药;对于必须驳回修改的处方,医生需重新开具处方,再次提交审核。具体流程如图1所示。

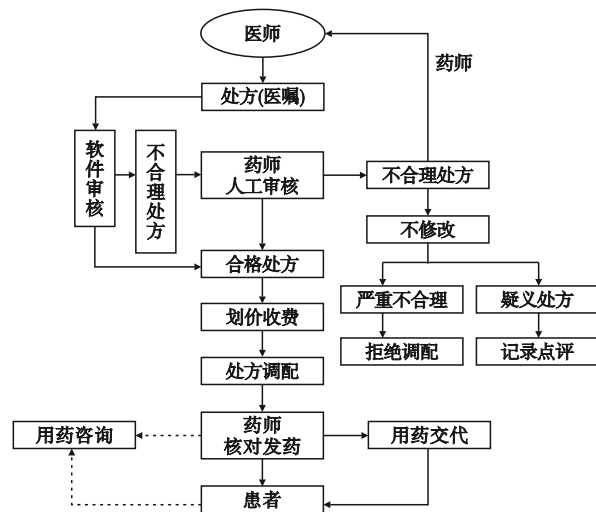


图1 审方中心处方审核流程

根据相关研究发现,处方前置审核的最佳预留时间为30 s^[7]。鉴于本区域医共体审方中心已实现全覆盖、整体处方量较大且处方开具时间集中在上午等特点,开设了三个审方账号同时审核医共体成员单位处方,确保单张处方人工审核时间为30 s,以在处方集中审核时不影响医师的诊疗工作,同时避免因审核时间过短而降低审方药师的干预效率。

每月定期对当月处方进行事后点评分析。

1.2.4 统计学方法。应用SPSS 25.0统计软件进行统计学分析。计量资料用均数±标准差($\bar{x}\pm s$)表示,采用 t 检验;分类变量用 $n(\%)$ 表示,采用 χ^2 检验,以 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 医共体区域审方系统上线后运行情况

2024年11月至2025年4月,30家医共体成员单位累计提交门诊处方793 323张,区域审方系统审核率达100%,具体数据见表1。与2024年11月相比,2025年4月系统拦截率从0.54%上升至2.18%,相对增长幅度为303.70%;审方药师干预率从40.27%下降至9.55%,相对下降幅度为76.29%,上述变化差异均有统计学意义($P<0.05$)。

表1 2024年11月至2025年4月30家医共体成员单位区域审方系统审核、干预情况

时间	处方总数(张)	系统审核不合理处方数(张)	系统拦截率(%)	审方药师干预处方数(张)	审方药师干预率(%)
2024年11月	104 939	17 234	0.54	6 940	40.27
2024年12月	129 532	17 846	0.62*	6 843	38.34*
2025年1月	137 367	14 585	1.23*	3 540	24.27*
2025年2月	115 443	10 367	1.51*	1 965	18.95*
2025年3月	127 158	6 344	1.63*	952	15.02*
2025年4月	178 884	4 464	2.18*	426	9.55*

注:*表示与2024年11月比较, $P<0.05$ 。

2.2 医共体成员单位门诊处方合格率变化

开展区域前置审方后,医共体成员单位门诊处方合格率明显上升。2025年4月与2024年11月相比,处方合格率从91.53%上升至97.97%,差异有统计学意义($P<0.05$),具体情况见表2。

2.3 不合理处方分布变化

开展区域前置审方后,医共体成员单位门诊处方不合理情况显著降低。2025年4月与2024年11月相比,不合理处方量明显减少,不合理处方具体问题分布见表3。

2.4 单张处方药品费用变化

医共体成员单位门诊处方经过前置审方系统

表2 2024年11月至2025年4月30家医共体成员单位处方合格率变化

时间	点评处方数(张)	处方合格率(%)
2024年11月	3 000	91.53
2024年12月	3 000	92.83*
2025年1月	3 000	94.20*
2025年2月	2 987	95.55*
2025年3月	2 996	97.30*
2025年4月	3 000	97.97*

注:2025年2月、3月分别有4家卫生院当月处方数不足100张,按照实数抽取;*表示与2024年11月比较, $P<0.05$ 。

审核、药师干预后,与2024年11月相比,2025年4月的单张处方药品费用下降明显,差异具有统计学意义($P<0.05$),单张处方平均费用结果见表4。

3 讨论

“互联网+”药学服务不仅是落实医共体区域内处方前置审核、促进临床合理用药、提高药学服务质量的重要手段,更是整合医疗卫生服务系统实践中的关键技术支撑^[8]。随着分级诊疗制度和医共体建设的推进,基层医疗机构门诊量逐渐增大,用药人群日益多元化,多重用药及联用不合理现象愈发严峻,患者对基层药学服务的质量和数量需求也随之增加^[9]。然而,基层药师配备明显不足,部分卫生室甚至无专职药师。因此,建立医共体内区域前置审方系统,由龙头医院专职药师承担处方审核工作,实现上下级医疗机构信息互通和资源共享,有助于提高基层医疗机构的整体服务水平,推动药学服务同质化、标准化,逐步形成区域医疗协同体系^[10]。

本次研究结果显示,开展区域审方系统后,医共体成员单位门诊处方合格率显著上升。通过对部分药品规则的个性化维护以及事后对前置审方工作的回顾性分析,对达到“拦截”级别的规则进行直接设置,有效提高了审方系统的精准率。这一举措不仅使审方药师对不合理处方的干预率逐步降低,同时使适应症不适宜、用法用量不适宜、重复用药等不合理问题处方明显减少,从根本上提升了处方质量。过度使用抗菌药物也是我国基层医院面临的普遍医疗保健问题,与基层卫生系统的不必要

表3 2024年11月至2025年4月30家医共体成员单位不合理处方总体情况[张(%)]

时间	适应症不适宜	用法用量不适宜	重复用药	不良相互作用或存在配伍禁忌	用法用量不适宜	其他不适宜	合计
2024年11月	51(20.08)	46(18.11)	102(40.16)	39(15.35)	12(4.72)	4(1.57)	254
2024年12月	46(21.40)	41(19.07)	75(34.88)	35(16.28)	13(6.05)	5(2.33)	215
2025年1月	42(22.83)	35(19.02)	61(33.15)	27(14.67)	15(8.15)	4(2.17)	184
2025年2月	37(27.82)	22(16.54)	43(32.33)	22(16.54)	7(5.26)	2(1.50)	133
2025年3月	30(37.04)	17(20.99)	11(13.58)	17(20.99)	6(7.41)	0(0.00)	81
2025年4月	24(39.34)	15(24.59)	9(14.75)	6(9.84)	5(8.20)	2(3.28)	61

表4 2024年11月至2025年4月医共体成员单位门诊单张处方药品费用

时间	门诊处方数(张)	单张处方药品平均费用(元)
2024年11月	104 939	57.15
2024年12月	129 532	52.89*
2025年1月	137 367	37.89*
2025年2月	115 443	34.69*
2025年3月	127 158	33.04*
2025年4月	178 884	25.84*

注:*表示与2024年11月比较, $P<0.05$ 。

成本和负担密切相关^[11]。本研究中,重复用药居不合理用药类型首位,其中90%均为抗生素重复用药。例如,某卫生院处方诊断为“上呼吸道感染”,开具“哌拉西林钠4 g+0.9%氯化钠注射液250 mL,静脉输液”和“注射用青霉素钠800万单位+0.9%氯化钠注射液250 mL,静脉输液”。根据哌拉西林钠和青霉素钠的抗菌谱,哌拉西林钠可完全覆盖青霉素钠的抗菌谱,故该处方属于重复用药^[12]。又如,某卫生院处方诊断为“高血压”,开具“非洛地平缓释片,5 mg, qd, po”和“硝苯地平控释片,30 mg, qd, po”。根据《中国高血压防治指南(2024年修订版)》,降压药的联合应用应遵循:无论单药治疗还是联合治疗,均应在药物剂量达到足量后再加用另一种药物^[13]。该处方中非洛地平缓释片与硝苯地平控释片均为钙通道阻滞剂,亦属重复用药。不合理用药类型中适应证不适宜排名第二。例如,某卫生院处方诊断为“上呼吸道感染”,开具“盐酸二甲双胍缓释片+复方氨酚烷胺胶囊”。盐酸二甲双胍缓释片主要用于2型糖尿病患者的血糖控制,因此该处方属于适应证不适宜。综上所述,处方前置审核可有效减少因重复用药导致的抗生素滥用问题,从而降低患者药费支出、降低医院药占比,体现了处方前置审核系统的经济性^[14]。

尽管医共体区域审方系统有效提高了处方合格率,但仍存在不足之处。目前,我国审方系统仍处于发展阶段,在实际应用中存在一些问题,如知识库中规则固化导致处方审核结果出现“假阳性”“假阴性”问题,在一定程度上增加了审方药师的审核工作量^[15]。例如,部分中成药说明书适应症仅有中医诊断,无具体西医诊断,导致处方医师开具西医诊断时,审方系统无法灵活识别。这需要审方药师在事后不断对规则库进行维护和完善。以祖师麻膏药为例,其说明书功能主治为“祛风除湿,活血止痛。用于风寒湿痹、瘀血痹阻经脉”,经审方中心专家组审核,结合相关西医诊断,可在该药品审查

规则中补充“风湿性关节炎”“类风湿性关节炎”“软组织损伤”等常用相关诊断。

综上所述,医共体区域审方系统通过事前干预处方,有效提高了处方合格率,保障了患者用药安全,降低了门诊单张处方费用,减少了医患矛盾,促进了基层临床合理用药,实现了药学服务同质化。在开展医共体区域审方工作的同时,需在具体实践中不断进行回顾性分析,及时发现问题,持续完善审方系统规则库,从而更高效地推动医共体内药学服务发展。因此,区域审方是当前医共体模式下提升基层医院药学服务水平的一项创新模式,具有重要的推广价值。

参 考 文 献

- [1] 刘玲,朱兴萍,顾雨芹,等.县区域审方平台在基层合理用药中的建设与应用[J].现代医院管理,2024,22(1):1-4.
- [2] 卢吉美,代凡良.医院药理学伦理与风险研究的可视化分析[J].医学与哲学,2025,46(2):23-27,41.
- [3] 佚名.关于全面推进紧密型县域医疗卫生共同体建设的指导意见[J].中华人民共和国国家卫生健康委员会公报,2023(12):27-30.
- [4] 潘东.县域医共体处方干预同质化管理体系构建及效果分析[J].中国农村卫生事业管理,2023,43(6):407-413.
- [5] 佚名.《关于加快药学服务高质量发展的意见》发布[J].上海质量,2018(12):78.
- [6] 石红霞,熊萱,宋海宁,等.四川省中药饮片处方审核现状网络调查与分析[J].中国药业,2021,30(23):11-15.
- [7] 沈巧芳,叶云,吴美玲,等.基于人工智能的区域处方前置审核的实践与成效[J].中国现代应用药学,2021,38(21):2736-2740.
- [8] 胡厚军,杨宏图,李莹,等.“互联网+”新型药学服务模式促进用药安全性与有效性作用探究[J].中国处方药,2021,19(12):50-52.
- [9] 高悦,杨林.基于智慧药学服务构建区域审方中心的可行性探索与展望[J].抗感染药学,2022,19(2):305-308,312.
- [10] 徐开林,王以坤,刘晓萍.大型公立医院建设区域医疗协同体系的实践与探索[J].中国医院管理,2017,37(4):61-63.
- [11] 肖伯安,李彦璋,关嘉良,等.品管圈活动在降低抗菌药物使用强度中的应用效果[J].临床合理用药杂志,2022,15(22):158-160,170.
- [12] 佚名.国家卫生计生委印发抗菌药物临床应用指导原则(2015年版)[J].中国医药生物技术,2015,10(5):477.
- [13] 中国高血压防治指南修订委员会,高血压联盟,中国医疗保健国际交流促进会高血压病学分会,等.中国高血压防治指南(2024年修订版)[J].中华高血压杂志(中英文),2024,32(7):603-700.
- [14] 宁艳阳.探路县域医共体审方中心建设[J].中国卫生,2024(4):22-23.
- [15] 李伟山,陈月华,朱海英,等.基于区域版前置审方系统提升药学服务的实践与探讨[J].海峡药学,2024,36(8):115-118.

收稿日期:2025-07-22

修回日期:2025-08-19

(编辑 张瀚予)