

基层药师参与西药慢病管理的模式创新研究

唐付民

盐城市大丰区草堰镇卫生院，江苏盐城，224100；

摘要：随着人口老龄化加剧及疾病谱变迁，慢性非传染性疾病（慢病）已成为公共卫生的严峻挑战。在“健康中国2030”战略下，慢病管理重心下沉至基层，但普遍存在“重医疗、轻药学”的结构性失衡。本文立足药学服务转型期，剖析基层药师面临的身份定位模糊、胜任力不足、激励缺位及信息孤岛等瓶颈。基于现代药学服务（PharmaceuticalCare）与药物治疗管理（MTM）理论，提出构建“纵向医联体支撑、横向家庭医生签约融合、数字化赋能”的创新模式。研究认为，通过重构价值链、建立临床与人文结果评价体系并配套药事服务费政策，是基层药师从“供应保障者”向“治疗管理者”转型的必由之路，具有显著的卫生经济学意义。

关键词：基层药师；慢病管理；药物治疗管理（MTM）；模式创新；药学服务转型

DOI：10.69979/3029-2808.26.02.064

引言

在二十一世纪第三个十年，全球卫生体系正在发生一场深刻的范式转移，即由以疾病治疗为中心转变为全生命周期健康管理^[1]。中国是世界上慢病负担最重的国家之一，高血压、糖尿病、慢阻肺等慢性病的管理成效同国民健康素质、医保基金的安全可持续性息息相关。长期以来，我国医疗资源的配置呈现倒三角结构，优质医疗资源高度集中于三级医院，承担慢病长期管理职能的基层社区卫生服务中心（站）和乡镇卫生院却面临着严重的人才和技术匮乏。基层药师是距离患者最近的药学专业技术人员，其职能长期被窄化为药品的调剂分发与库房管理，其在药物相互作用审核、用药依从性干预、药物不良反应监测等核心临床价值领域的作用没有得到充分的发挥。

1 结构性困境：基层药师参与慢病管理的现实阻滞

1.1 职能异化与身份认同危机

传统的基层医疗生态中，药师的职业画像长久以来一直被固化成发药员。职能异化有深刻的历史和制度原因。在长达数十年的以药养医体制下，药房被当作医院的利润中心而不是成本中心或者服务中心，药师的工作重心被迫集中到药品的进销存管理以及快速调剂上，以应对庞大的门诊流量。尽管国家已经全面推行药品零差率政策，试图剥离药品的逐利属性，但是长期形成的思维惯性和科室架构并没有随之发生根本性的转变。基层医疗机构药师常常身兼数职，除了药品采购、库房管理外，还要负责收费或者行政工作，因此没有足够的时间和空间进行以患者为中心的临床药学服务^[2]。更严重的

是，药师职能的边缘化导致药师群体职业效能感低和身份认同危机，患者及家属普遍缺乏找药师咨询用药的意识，临床医师也很少在治疗方案制定中寻求药师专业意见，造成双向忽视，基层药师在慢病管理团队中处于尴尬的“在场缺席”状态。

1.2 胜任力断层与知识更新滞后

除体制机制的制约外，基层药师队伍自身专业素质的结构性短板也不容忽视。从学历结构上看，我国基层医疗机构药学人员中仍然存在大量中专、大专学历人员，而且相当一部分人员是非药学专业转岗而来的，没有经过系统的临床药理学、药物治疗学、病理生理学的训练。现行的药学教育体系一直存在重化学、轻临床的倾向，造成药学毕业生虽然掌握了药物化学结构、制剂工艺等知识，但是面对复杂的临床病例时却无能为力。在慢病管理中，对于合并心脑血管疾病、代谢性疾病、肾功能不全等复杂的老年患者，如何调整给药剂量、识别药物-药物和药物-食物的相互作用、进行精准的药物重整，对药师的临床思维能力提出了很高的要求。现有的继续教育体系大多流于形式或者内容过于理论化，缺少针对基层常见病、多发病的实战型案例教学，造成基层药师的知识库更新速度远远滞后于临床指南的迭代速度，形成“想管而不敢管、管而无效”的胜任力断层。

1.3 激励机制缺位与服务定价真空

任何持续的服务模式创新都必须要有合理的经济激励机制。目前我国公立医疗机构薪酬分配体系主要依据医疗业务收入和工作量（如处方调剂张数），而体现药师智力劳动价值的临床药学服务（如用药咨询、慢病随访、家庭药师服务）一直处于“无偿服务”或者“隐

性服务”的状态。由于缺乏明确的药事服务收费项目与医保支付标准，基层医疗机构开展慢病药学管理时陷入

‘做得越多，成本越高，亏损越严重’的现实困境。在这种背景下，机构管理者缺乏动力投入资源去培养临床药师或购买专业的药学服务软件，药师个人也缺乏内在驱动力去拓展本职工作之外的慢病管理业务。虽然部分地区设立了药学门诊，但是由于缺少医保政策的配套支持，患者付费意愿低，致使服务不能常态化开展。缺少价值衡量，直接造成药学服务供给侧动力枯竭^[3]。

1.4 信息孤岛与数据连续性断裂

慢性病管理的主要内容就是数据的连续性和全周期的跟踪。但是目前基层医疗卫生机构的信息化建设还处在初级阶段，并且存在严重的“信息孤岛”现象。基层医院 HIS 系统（医院信息系统）与上级医院信息平台没有实现完全互联互通，基层药师不能查阅患者在上级医院住院病历、详细检查检验结果和用药变更记录，造成药师在进行药物重整和用药评估时如同“盲人摸象”，极易因为信息掌握不全而做出错误的判断。另一方面，院内的各个系统之间也缺少深度融合，药房系统和公共卫生系统、家庭医生签约系统之间常常互相割裂，慢病患者的健康档案数据不能自动传送到药师工作站，药师的干预记录也无法实时反馈给全科医生。数据链条断裂造成沟通成本大大增加、管理效率降低，从而使得基于大数据的精准慢病药学服务无法实现。

2 理论框架与机制分析：药学服务介入的逻辑起点

2.1 从“保障供应”到“改善结果”的价值重塑

基层药师参与慢病管理的理论基础，就是对药学服务核心价值的重新认识。传统的药品供应保障只解决了有药可用的问题，而慢病管理中，用药有效与用药安全是实现患者全周期健康维护的核心保障。按照 Hepler 和 Strand 提出的药学服务（Pharmaceutical Care）理念，药师的使命就是直接对患者的药物治疗结果负责。在慢病管理的场景中，它表现为对于药物相关问题（Drug-Related Problems, DRPs）的系统识别与解决。研究表明，在慢性病患者中普遍存在适应症未治疗、选药不当、剂量过高或者过低、不良反应、依从性差等 DRPs。基层药师参与慢病管理，其实质就是将药学专业知识转化为具体的结果，即 ECHO 模型：经济、临床、人文的结果。这就不仅仅是血糖、血压等生化指标的达标，更包含了患者生活质量的改善、药源性入院率的降低、总体医疗费用的节约。因此，模式创新的核心逻辑就是

构建起一套机制，使药师从繁重的物流劳动中解放出来，去发现并解决阻碍治疗目标实现的各种药物问题。

2.2 药物治疗管理（MTM）的本土化适配

源于美国的药物治疗管理（MTM）服务模式给我国基层药师提供重要的方法论参考。MTM 以药物治疗回顾（MTR）、个人用药记录（PMR）、药物相关行动计划（MAP）、干预和转诊、记录和随访五个核心要素来改善治疗效果。但是直接套用西方模式在我国基层存在医疗文化差异、支付体系不同、药师权限受限等问题。因此需要进行 MTM 的本土化适配。在我国基层环境中，这种适配应该体现为全科、专科和药学的融合：即药师不独立开展诊疗决策，而应嵌入全科医生团队，承担药物治疗监护与优化的专业职能^[4]。从机制上讲，应该建立以慢病病种为依据的标准化服务路径，对于社区高发的 II 型糖尿病，药师的介入点应该集中在胰岛素注射技术的教育、低血糖风险的防范、合并心血管用药的相互作用筛查。将标准化的 MTM 流程植入社区卫生服务流程中，可以保证服务的同质化、可及性。

3 模式构建：多维协同的基层药学慢病管理体系

3.1 “1+1+N”家庭医生团队嵌入模式

为解决基层药师单兵作战能力弱、医患粘性不足的问题，本文提出建立 1+1+N 的家庭医生团队嵌入模式。第一个“1”代表全科医生，第二个“1”代表基层药师，N 代表护士、公卫医师、上级医院专科专家。在这种模式下，药师不再只是被动的处方调剂者，而是成为核心签约成员，直接参与到家庭医生的签约服务和履约管理当中。在慢病患者建档之初，药师就介入进行全方位的药物评估，创建“家庭用药档案”，清除家庭小药箱里过期的药以及重复用药。在日常管理中，全科医生负责诊疗方案的制定，药师负责方案执行过程中的精细化管理，特别是对于服用五种以上药物的共病老年患者，实行联合查房或联合门诊制度。该模式打破医、药物理隔离，依靠团队合作达到“医防融合”，利用全科医生建立的信任关系来提高患者对药师服务的接受度，利用药师的专业纠偏能力来保证全科医疗的安全性。

3.2 基于医联体的“垂直化”药学服务延伸模式

由于基层药学人才缺乏，必须依靠紧密型医联体或者县域医共体来创建“上级药师下沉、基层药师上修”的垂直化服务体系。该模式的核心就是资源的柔性流动和技术的同质化辐射。三级医院的临床药师应定期下沉

到社区卫生服务中心，开设联合药学门诊，带教基层药师开展疑难病例用药分析。更为关键的是，建立处方前置审核中心和远程药学服务中心，用互联网技术将基层的处方审核、疑难用药咨询上收到医联体中心端完成。对于慢性病患者长期处方，实行上级医院制定方案、基层医院延续处方、社区药师监护执行的分级管理路径。基层药师在慢病随访中发现患者病情波动或者出现严重不良反应时，可以借助绿色通道迅速将患者转诊到上级医院。此模式利用纵向资源整合，借助技术云端赋能，弥补基层药师能力短板，保证慢病患者在社区可以享受到和三级医院一样质量的药学监护。

3.3 数字化驱动的智能化慢病药学监护模式

信息化时代模式创新要依靠数字技术的深度加持。应建立大数据的区域性慢病药学管理平台。该平台应该具有如下主要功能，一是自动抓取功能，可以跨机构整合患者的诊疗、体检、购药数据，自动识别多重用药、禁忌症、潜在风险，二是智能分层功能，根据患者的疾病严重程度、用药复杂性、依从性评分，将慢病患者分为红（高风险）、黄（中风险）、绿（低风险）三级，指导基层药师把有限的精力精准地投入到高风险人群中，三是移动端交互功能，通过手机APP或者微信小程序，药师可以向患者推送个性化的用药提醒、生活方式干预建议，患者也可以实时上传血压血糖数据和用药疑问。另外，引入AI辅助决策系统（CDSS），医生开处方、药师审核处方时提供实时的循证医学证据支持。数字化模式把传统的“人海战术”转变为“精准制导”，极大地提高了基层慢病管理的覆盖面和效率^[5]。

3.4 差异化的“药学门诊+居家药学”双轨服务模式

根据慢病患者群体不同的行动能力，建立院内药学门诊和院外居家服务相结合的双轨制服务模式。在社区卫生服务中心内部设立标准化的慢病药学门诊（或者药物治疗管理门诊），主要为行动自如、病情较重的患者提供面对面的药物重整、吸入剂/胰岛素笔规范使用教学、抗凝药物剂量调整等深度服务，并出具规范的《药学监护报告》。对于高龄、失能、半失能或者康复期的居家慢病患者，则依靠长期护理保险或者家庭病床服务来开展居家药学服务（Home Medicines Review）。药

师通过入户走访可以观察患者的药品储存环境、剩余药量，确认实际服药情况与医嘱一致，也可以识别家庭环境中的跌倒风险（服用镇静催眠药物的老年人）。将服务触角延伸到家庭终端的模式，解决了慢病管理最后一公里的脱节问题，大大降低了由于用药错误造成的非计划性再入院。

4 结语

基层药师参与到西药慢病管理当中，是医疗卫生体制改革不断深入的必然结果，也是应对老龄化社会健康危机的战略选择。这一模式的创新，本质上是管理体制、服务流程、人才培养和信息技术等方面的一套系统工程。创建“1+1+N”团队合作、纵向医联体支持、数字化赋能、双轨制服务等新的模式，可以有效地解决目前基层慢病管理中“药”的缺位问题。

应当清醒地认识到，转型过程不可能一蹴而就，需要政策制定者给予强有力的制度供给，需要医院管理者转变传统的科室管理思维，更需要广大基层药师不断的专业精进来重塑职业自信。随着药学服务价值逐渐凸显以及智能化技术的深度融合，基层药师将由幕后药品保管员变为主台前药物安全守护者、居民健康守护者，为建设优质高效的整合型医疗卫生服务体系贡献无可替代的专业智慧。这是药师职业价值回归的必经之路。

参考文献

- [1] 张思玮.打通医防融合，实现全生命周期健康管理 [N].医学科学报, 2025-03-14(003).
- [2] 赵明鑫.慢病管理：赋能基层药师成为“用药守门人” [N].公益时报, 2025-05-20(009).
- [3] 武明芬,马力,国警月,等.社区慢病药物治疗管理服务模式探索与实践 [J].医药导报, 2023, 42(06): 912-917.
- [4] 姜攀.基层医院药师开展药物治疗管理服务的实践与思考 [J].基层医学论坛, 2019, 23(16): 2352-2354.
- [5] 汪哲宇.数字化慢病管理系统的研究与实践 [D].浙江大学, 2021.

作者简介：唐付民（1971.01），男，盐城大丰，本科，社区主任药师。