

# 规划与决策

河南医药大学发展规划部  
2026 年第 8 期（总第 42 期）

## 目 录

|                                                           |    |
|-----------------------------------------------------------|----|
| 【政策文件】 .....                                              | 1  |
| 中医药振兴发展“十五五”规划 .....                                      | 1  |
| 河南省基层医疗卫生机构医疗质量改善三年行动实施方案（2026-2028 年） .....              | 12 |
| 2025 年我国卫生健康事业发展统计公报 .....                                | 23 |
| 特殊教育发展提升“十五五”行动计划 .....                                   | 45 |
| 【资讯动态】 .....                                              | 50 |
| 习近平   加快建设健康中国 .....                                      | 50 |
| 总书记的人民情怀   “推动未来产业同新兴产业、传统产业相得益彰” .....                   | 52 |
| 北京大学以“三个转变”全面提升科技创新效能 .....                               | 55 |
| 上海交通大学构建教育科技人才良性循环长效机制 服务经济社会高质量发展 .....                  | 59 |
| 【理论看点】 .....                                              | 63 |
| 姜澜   锚定“十五五”发展蓝图 一体推进教育科技人才发展 .....                       | 63 |
| 睦依凡 陈丹丹   基于聚焦世界一流大学目标的“双一流”高校建设绩效评价体系关键维度及其要素的理性思考 ..... | 65 |
| 张应强 蒋悦   高校分类发展的理想和现实 .....                               | 80 |

## 【政策文件】

### 中医药振兴发展“十五五”规划

来源：国家中医药局网站

为贯彻落实党中央、国务院关于中医药工作的决策部署，明确“十五五”时期中医药振兴发展目标任务和重点措施，根据《中华人民共和国国民经济和社会发展规划第十五个五年规划纲要》，制定本规划。

#### 一、总体要求

坚持以习近平新时代中国特色社会主义思想为指导，深入贯彻党的二十大和二十届历次全会精神，认真落实四中全会部署，全面贯彻习近平总书记关于健康中国建设和中医药工作的重要论述，坚定不移走中国特色卫生与健康发展道路，坚定不移贯彻新时代卫生与健康工作方针，坚持中西医并重，坚持守正创新，遵循中医药规律和特点，完善中医药传承创新发展机制，统筹发展和安全，以推动高质量发展为主题，以满足人民群众日益增长的中医药健康服务需求为出发点，以全面提高中医药防病治病能力为根本，以科技创新和人才队伍建设为支撑，加快推进中医药现代化，推动中医药走向世界，为推动“十五五”时期健康中国建设取得决定性进展提供有力支撑。

到2030年，覆盖全民和全生命周期的中医药服务体系更加健全，中医药防治重大疾病取得新突破，基层服务提质升级，基础研究能力大幅提升，中药产业创新创造力大幅增强，中医药文化与国际影响力进一步提升，中医药振兴发展迈上新台阶，实现人人享有中医药服务。

| 专栏1 “十五五”时期中医药振兴发展主要指标 |                                            |       |       |     |
|------------------------|--------------------------------------------|-------|-------|-----|
| 序号                     | 主要指标                                       | 2025年 | 2030年 | 性质  |
| 1                      | 每千人口中医类别执业医师数（人）                           | 0.64  | 0.71  | 预期性 |
| 2                      | 二级及以上公立中医医院中医类别执业（助理）医师的比例（%）              | 58.46 | 60    | 预期性 |
| 3                      | 中医类别执业（助理）医师占比达到20%以上的乡镇卫生院、社区卫生服务中心的比例（%） | 73.46 | 80    | 预期性 |
| 4                      | 中医类总诊疗人次占全国总诊疗人次的比例（%）                     | 20.2  | 23    | 预期性 |
| 5                      | 基层医疗卫生机构中医诊疗人次占机构诊疗人次的比例（%）                | 26.07 | 27    | 预期性 |
| 6                      | 乡镇卫生院、社区卫生服务中心能够提供6类15项以上中医适宜技术的比例（%）      | 62.14 | 80    | 预期性 |
| 7                      | 二级及以上公立综合医院设置中医临床科室的比例（%）                  | 96.26 | 98    | 预期性 |
| 8                      | 各级妇幼保健机构设置中医临床科室的比例（%）                     | 65.1  | 80    | 预期性 |
| 9                      | 居民中医药健康文化素养水平（%）                           | 28.1  | 33    | 预期性 |
| 10                     | 中医药国际标准新增数（项）                              | —     | [20]  | 预期性 |

注：[] 内为5年累计数。

## 二、完善高质量中医药服务体系

（一）优化中医药服务资源布局。稳妥有序推进中医药领域国家医学中心建设，依托高水平中医医院设置若干国家中医医学中心，推动中医药在心脑血管病、肿瘤、肾病、疫病等重大疾病防治上取得突破。办好国家区域医疗中心中医项目，促进中医优质资源扩容和均衡布局。建设中医优势专科中心，以专科（专病）建设带动中医药服务能力全面提升。加强地市级中医医院建设，推动发挥在分级诊疗中的作用。推进县级中医医院建设，使其普遍达到《县级中医医院医疗服务能力基本标准》。鼓励和支持有条件的中医医院牵头组建紧密型县域医共体、紧密型城市医疗集团。加强针灸、骨伤、肛肠等中医专科医院建设。

| 专栏2 高质量中医药服务体系建设                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>1.中医优势专科中心。依托中医特色突出、综合实力较强、专科建设基础较好的中医医院开展建设，改善基础设施条件，强化设施设备配置。</p> <p>2.中医医院病房改造和设备更新。支持具备条件的中医医院统筹推进病房空间改善、厕所改造、无障碍建设等，推动医疗装备迭代升级。</p> <p>3.老年中医药健康中心。依托地市级及以上公立三级中医医院开展设置，提升老年病救治和中医药健康服务能力，优化服务模式，辐射带动区域老年中医药健康服务。</p> <p>4.中医医院重点科室。推动多地加强二级及以上中医医院老年病科、儿科、康复科、神志病科、肺病科、急诊科、重症医学科、感染性疾病科等重点科室建设。</p> |

（二）强化重点人群中医药服务保障。加强中医医院老年病科、儿科建设。二级及以上公立中医医院普遍设置老年病科。鼓励中医医院设置心理门诊、睡眠门诊。推动护理机构、安宁疗护机构等加强中医药服务能力建设。

（三）实施医疗卫生强基工程中医药行动。推动每个县级中医医院至少建成2个中医特色优势专科和1个县域中医适宜技术推广中心，发挥其在县域中医医疗、预防保健、特色康复、人才培养、适宜技术推广和健康宣教方面的龙头作用。大力推广基层中医适宜技术，推进中医馆、中医阁建设，支持基层医疗卫生机构提升中医药服务能力。持续开展巡回医疗、健康帮扶。加强边远地区中医医疗机构和综合医院中医科（少数民族医科室）建设。

| 专栏3 医疗卫生强基工程中医药行动                                                 |
|-------------------------------------------------------------------|
| 1.紧密型县域医共体。支持一批县级中医医院积极参与紧密型县域医共体建设。                              |
| 2.中医馆服务能力提升项目。支持中医馆加强中医药人员配置及培训，强化优势专科（专病）、中医药文化、信息化等建设，改善基础设施条件。 |
| 3.省级中医适宜技术推广中心。支持地方建设省级中医适宜技术推广中心，建立集教学、研修于一体的中医适宜技术培训基地。         |

### 三、提升中医药全生命周期健康服务能力

（一）提升中医临床诊疗能力。以提高临床疗效为核心，加强中医优势专科（专病）诊疗规范化建设，优化完善中医诊疗方案。推动国家中医优势专科联合体、区域及省级中医优势专科联盟建设。持续提升中医医院医疗质量，设置国家级中医质控中心，推进省级和地市级中医质控中心建设。提升少数民族医药服务能力。

（二）提升中医药急救救治能力。推进中医医院卒中中心、重症医学科建设，规范建设感染性疾病科，二级及以上公立中医医院普遍设置急诊科。加强现有国家中医疫病防治基地和紧急医学救援基地建设，强化中医应急医疗队伍培训演练和能力建设，发挥中医药在重大突发事件急救救治中的作用。构建平急结合、响应迅速的中西医协同医疗应急工作机制，将高水平应急中医医疗力量纳入国家紧急医学救援体系。

（三）强化疾病预防与健康促进。深入实施健康中国中医药健康促进行动。规范二级及以上公立中医医院治未病内涵建设，提升治未病服务能力，将中医治未病理念融入诊疗服务全过程。指导地方开展儿童青少年近视、肥胖、脊柱侧弯等中医药干预试点。开展眼健康、脑健康、骨健康、心理健康等中医药特色防治工作试点。深化基层中医药医防融合。优化国家基本公共卫生服务项目中医药健康管理服务。

（四）提升中医药康复护理服务能力。依托康复护理扩容提升工程，推动中医医院康复科建设，强化基层中医药康复服务供给。聚焦慢性病、职业病、地方病制定推广中医康复方案。推动三级公立中医医院开设中医护理门诊。

（五）提升中药药事服务能力。加强医疗机构中药饮片管理，合理配备中药专业技术人员，优化中药饮片临方炮制和加工服务。强化中药处方点评。推进中医医院中药房、煎药室智能化升级。推动医疗机构中药制剂依法依规调剂使用，对具有特色优势的加大在临床机构使用推广力度。

| 专栏4 高质量中医药全生命周期健康服务能力建设                                              |
|----------------------------------------------------------------------|
| 1.中医质控中心建设。支持一批国家级中医质控中心建设，研究制定心血管、肿瘤、内分泌等专业的质控指标体系，开展质控分析，加强骨干人员培训。 |
| 2.国家中医应急医疗队伍建设。支持国家中医疫病防治队伍、国家中医紧急医学救援队伍建设，全面提升应急救治能力和水平。            |
| 3.中医药康复护理服务扩容提升。依托有条件的公立中医医院设置一批中医康复中心。鼓励有条件的医疗机构提供高质量中医药康复护理服务。     |
| 4.少数民族医药服务能力提升行动。统筹推进优势专科、制剂能力、人才队伍等工作，加强高原病等优势病种研究。                 |

## 四、推动中西医结合高质量发展

（一）提升中西医结合服务能力。加强综合医院、专科医院、妇幼保健机构中医临床科室建设和中医药专业技术人员配备，将中医诊疗服务深度融入各相关临床科室，鼓励建设中西医结合专科群，发展中西医协同科室。推动提升综合医院中西医协同能力，推动建立科室间、院间和医联体内部中西医协作机制。推进中西医协同旗舰医院、旗舰科室建设。聚焦重大疑难疾病、高原病、罕见病持续开展中西医临床协作，制定推广中西医

结合诊疗方案。

（二）完善促进中西医结合政策。在分级诊疗体系、公立医院改革及县域医共体建设等工作中强化中西医结合服务导向。加强综合医院、专科医院、妇幼保健机构中医医疗质量管理，开展中医临床科室能力评估。完善非中医类别医师使用中医药技术方法政策，支持符合条件的非中医类别医师参加中西医结合职称评聘。

| 专栏5 中西医协同高质量发展工程                                                                             |
|----------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1.中西医协同旗舰医院、旗舰科室项目。推进一批中西医协同旗舰医院、旗舰科室建设，在临床疗效提升、人才培养、医疗模式推广方面促进中西医强强联合、优势互补，构建中西医协同专科（专病）网络。 |
| 2.综合医院中西医协同能力提升行动。加强综合医院中医药工作，完善中西医多学科诊疗体系，打造中西医结合团队，提升临床疗效。                                 |
| 3.深化实施重大疑难疾病中西医临床协作项目。依托现有资源设置一批重大疑难疾病中西医结合临床中心，聚焦临床诊疗突出问题持续开展中西医联合攻关。                       |

五、建设高质量中医药人才队伍

（一）深化中医药教育综合改革。持续加强中医药领域“双一流”建设。完善中医药学科专业体系，深化课程教材改革。布局建设若干中医药领域示范性特色学院。适度扩大中医学专业九年制教育办学院校数量。坚持发展中医药师承教育，总结推广院校-师承教育相结合的培养模式。鼓励高等院校和职业院校培养中医药健康服务技术技能人才。加强中医医师规范化培训，动态调整规范化培训基地，改善培训条件，提升培训能力。推进中医药继续教育改革，加强优质继续教育资源供给。

（二）加强中医药人才队伍建设。加强中医医师队伍建设，推动中医医院配齐配强中医医师。加强基层中医药人才供给，开展中医专业农村订单定向免费医学生培养，推动中医类别全科医生、助理全科医生和县乡村中医药骨干人才培训，在大学生乡村医生专项计划中扩大中医学类专业人员招收数量。强化西医学习中医工作，培养中西医结合高层次人才和西学中骨干人才、基层人才，确定一批西学中培训推广基地。推进中医药产业、国际化、标准化、数字化等方面复合型人才培养。

（三）完善中医药人才发展机制。推动中医药人员参与家庭医生签约服务，支持地方实施“县管乡用”“乡聘村用”等人才使用模式，落实基层

人员职称评审“定向评价、定向使用”等政策，引导人才向基层流动。健全符合中医药特点的人才评价体系，探索建立以准入考试为基础、覆盖中医师成长全周期的评价体系。培育选树国医大师、全国名中医，营造有利于人才成长的良好环境。

| 专栏6 中医药特色人才培养工程（岐黄工程）                                                                                                            |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1.中医药岐黄人才计划。培养引领推动中医药传承创新发展的中医药领军人才；面向中医基础、临床、中药、护理、少数民族医药、西医学习中医等专业领域培养青年拔尖人才；聚焦中医药发展重点领域、重大科学问题、关键技术等组建中医药创新团队，培养中医药多学科交叉创新人才。 |
| 2.中医药基层人才培养。开展县级医院中医药骨干人才能力提升项目和中医馆骨干人才培训项目。                                                                                     |
| 3.中医药急需紧缺人才培养。开展中医疫病防治、老年病学、儿科、护理、康复等专业人才培养。培养中西医结合高层次人才和西学中骨干人才、基层人才，以及中医药复合型人才。                                                |
| 4.中医药人才平台建设。以基础学科、新兴学科和交叉学科为重点，布局建设一批中医药重点学科，积极培养学科团队和学科带头人。开展名老中医药专家传承工作室建设。实施教育科技人才一体改革发展项目，推动产教研协同育人。                         |

## 六、推进中医药传承与创新

（一）加强中医药基础研究及经典传承。阐释中医原创理论在现代语境下的科学内涵，解析中医药防治疾病作用机制，加强中医典籍原创理论数智化挖掘与应用，创新基础研究共性关键技术及方法。深化国家中医药古籍数字图书馆建设。加强名老中医、老药工活态传承和少数民族医药、民间中医药发掘传承。推进中药炮制技术传承基地建设。完善中医药传统知识保护数据库建设，制定发布保护名录。推动建设中医药高质量科技期刊。

（二）提高中医药科技创新能力。加强有组织科研，强化央地及部门协同，集聚多学科优势力量，组织实施中医药领域国家重大科技项目，开展高质量中医临床研究、中药创新药和中医药器械、装备、关键共性技术等研发。加强中药制剂、经典名方发掘转化。鼓励企业与科研院所、高等院校、中医医院组建科技创新联合体。加强高水平国际科研合作。完善中医药科研评价体系，加强中医药科研诚信建设和治理。加快中医药科技成果转化与知识产权保护运用。实施“新时代神农尝百草”行动，发现更多药用植物资源并纳入中医药诊疗体系。

（三）建设中医药高层次科技平台。强化中医药领域国家级科技创新平台基地布局，支持中医药领域优势科研力量参与相关国家实验室建设。加强国家中医药传承创新中心、国家中医药局重点实验室建设。实施中国中医科学院科技创新工程，布局一批中医药前沿交叉学科、优势学科，建设世界一流中医药科研机构。推进中医药循证网络建设。推动省级中医药科技创新平台发展。

| 专栏7 中医药传承创新平台工程                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>1.国家级重大科技创新平台。完善国家级科技创新平台体系建设，推动建设全国重点实验室、国家产业技术工程化中心、国家新兴产业创新中心，培育国家重大科技基础设施。</p> <p>2.国家中医药传承创新中心。深化内涵建设，开展临床疗效综合评价研究，提升中医药优势病种诊疗、中医药装备和中药新药研发、科技成果转化等能力。</p> <p>3.“新时代神农尝百草”行动。深化国内药用资源的挖掘和可持续利用，加强全球药用资源的研发，力求丰富中医药治疗手段。</p> <p>4.国家中医药局重点实验室。在中医药基础理论研究、优势病种作用机制机理研究、中药资源保护与利用、多学科交叉创新等领域建设一批实验室。</p> <p>5.中药特色制剂能力提升。建设集研发、生产、转化及区域服务等为一体的名方制剂创制平台，提升中药质量及创新转化能力。</p> <p>6.中医药传统知识传承保护。建设中医药传统知识保护数据库。完成《中华医藏》全卷出版，深化挖掘与转化。开展经典古籍数字化发掘。整理出版100种左右中医药古籍。开展少数民族医药活态传承工作。</p> <p>7.中医药科技期刊质量提升行动。支持一批中医药科技期刊创建一流期刊，探索建立中医药科技期刊评价体系，推动中医药科技期刊集群建设。</p> |

## 七、推进现代化中药产业和健康服务

（一）加强中药资源保护与利用。研究修订野生药材资源保护管理、中药材种子管理相关法规制度。加强濒危稀缺中药资源临床价值发掘、人工繁育、人工替代等关键技术和中药材育种攻关，分区域、分品种完善国家中药材种质资源库体系，强化中药材植物新品种保护，推广应用优质种子种苗，加强中药质量源头管理。

（二）提升中药材产业发展水平。持续推行《中药材生产质量管理规范》，引导中药企业将质量管理体系延伸到中药材生产全过程，鼓励建设高标准中药原料生产基地。制定中药材质量追溯标准，严格中药材质量监管，保障临床中药优质供给。优化全国道地药材生产布局，支持林草中药材发展，指导地方分区域建设林下中药材生态种植、野生抚育和仿野生栽培基

地。研究推进中药材流通和储备体系建设，完善中药材价格监管机制，保障中药材供应和价格稳定。

（三）提升中药制造能力。深入实施制造业卓越质量工程，引导中药生产企业积极参与制造业企业质量管理能力评价。修订完善国家中药饮片炮制规范。强化中成药上市后临床研究。优化中药上市后变更管理。加强中药说明书管理，增强临床合理用药指导。开展中药智能制造提升行动，加快数智化、绿色化技术装备的研发与推广应用，重点突破生产、质控、检验等核心环节智能生产技术体系，保障中药生产质量统一。打造一批中药数智化工厂、绿色工厂。

（四）壮大中医药健康服务新业态。支持社会力量举办的中医医疗机构规范化、专科化、品牌化发展。开展中医药医养结合行动，鼓励医疗机构开展中医药特色医养结合服务，发展中医药特色医养结合服务提供机构。引导中医药文化与旅游、体育等领域融合，推广普及中医养生保健功法。发展中医药食养药膳、养生保健等服务，鼓励研发保健食品、化妆品等产品。

| 专栏8 中医药产业发展提升工程                                                                                   |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1.发展道地药材产业。指导开展100项道地药材种植技术规范，推广规范化种植技术和绿色生产模式，培育壮<br>大人参、三七、枸杞等道地药材优势产业，打造区域特色品牌。                |
| 2.加快中药材种业发展。制定中药材种子种苗品种登记指南与登记目录，支持200个中药材重点品种的种子种<br>苗标准研究及政策转化，开展中药材育种攻关，选育优良中药材品种，建设中药材良种繁育基地。 |
| 3.促进林草中药材发展。支持中药材重点品种开展林下生态种植研究，推广野生抚育、仿野生栽培模式，健全<br>生态种植技术规范体系。                                  |

八、推动中医药文化繁荣发展

加强中医药文化研究阐释和创新性表达，力争形成一批高质量成果。实施传统医药类非物质文化遗产传承发展计划。完善以国家中医药博物馆为引领的中医药博物馆体系，推动中医药文化宣传平台提质升级，打造中医药文化品牌，推进中医药文化进校园。加强中医医院文化建设，大力弘扬“大医精诚”“仁心仁术”等传统医德。加大优质中医药科普内容供给，建设高水平传播和科普队伍，加强古典医籍活化利用和普及传播，开展通俗化阐释、时代化转化，发挥中医药在倡导健康文明生活方式中的重要作

用。开展居民中医药健康文化素养水平调查。鼓励社会力量参与推动中医药文化产业发展。

| 专栏9 中医药文化弘扬工程                                                                    |
|----------------------------------------------------------------------------------|
| 1.建强中医药文化阵地。实施中医药文化宣传平台能力建设提升行动。建设国家中医药数字博物馆。鼓励打造形式多样的中医药文化体验场景和产品。              |
| 2.中医药文化传播行动。持续打造“百市千县”中医药文化惠民活动和“千名医师讲中医”“名医故里学名医”等科普活动。支持加强以中医药为题材的电视节目、影视作品创作。 |

九、扩大中医药开放发展

（一）积极参与全球卫生治理。深化与国际组织合作，制定传统医药国际规则标准。加强多边机制和区域合作平台传统医药领域合作，积极参与全球卫生治理，助力构建人类卫生健康共同体。依托现有资源加强国际传统医学临床试验注册平台建设。在中国援外医疗队中逐步提升中医队员人数，持续派出中医援外医疗队。高质量建设中医药海外中心、国际合作基地、服务出口基地等，开展中医药入境消费试点，打造具有国际影响力的中医药品牌，推动中医药服务和产品走向世界。

（二）深化交流互鉴。持续推进中医药高质量融入共建“一带一路”。推动举办世界传统医药大会等高水平国际会议。推动中医药从业人员和中药类产品海外准入。开发中医药国际通用教材。推进粤港澳大湾区中医药高地建设，深化内地与港澳中医药交流合作，促进海峡两岸中医药交流与合作融合发展。

| 专栏10 中医药开放发展工程                                                           |
|--------------------------------------------------------------------------|
| 1.高质量中医药海外中心建设。在共建“一带一路”国家高质量建设中医药海外中心，提升医疗服务、教育培训、科学研究、产业协作、文化传播水平。     |
| 2.中医药国际医疗服务试点建设。在入境旅客和外籍人士居住数量集中、中医药医疗资源丰富的地区，依托有条件的中医医院开展中医药国际医疗服务试点工作。 |

十、加速中医药数智化赋能与标准化建设

（一）强化中医药数智化赋能。推动构建自主可控的中医药数字基础设施。加强中医药人工智能高质量数据集建设。完善数据分级分类保护，推动在中医药领域实施数据产权等数据基础制度，促进中医药数据安全合规高效流通利用。场景化、图谱化推动中医药行业数智化转型。深化中医

药综合统计体系建设及数据共享应用。加强智慧中医医院建设，推动基层应用中医智能辅助诊疗等技术。

（二）促进中医药标准化高质量发展。深化中医药标准化理论、方法、技术研究。完善中医药标准体系，提升标准质量，增加中医药健康服务、中医药智能化设备、中药质量提升和产业高质量等重点领域标准供给。推动中医药标准与科技创新互动发展，将中医药临床、科研中的最新成果固化为标准。推动中医药标准实施应用与评估，完善以应用为导向的中医药标准宣贯推广方式。

| 专栏11 中医药数智化与标准化行动                                                         |
|---------------------------------------------------------------------------|
| 1.数智中医药基础提升。组织开展一批中医药高质量数据集建设项目，探索建设中医药可信数据空间、数智中医药创新实验室等。                |
| 2.智慧中医医院项目。遴选一批信息化水平较高、中医药特色应用突出的中医医院，打造一批具有创新性、引领性、可复制的业务应用场景，引领行业数智化发展。 |
| 3.中医药标准研究推广基地、研究转化中心建设。依托现有中医药机构，示范性地开展标准制定、推广、评价。                        |

十一、深化中医药领域改革与治理

（一）促进医疗、医保、医药协同发展。支持有条件的省份开展中医药综合改革工作，推进以地市为单位开展中医药传承创新发展试验工作，先行先试积极探索。深入推广三明医改中医药传承创新经验做法。突出公立中医医院公益性和功能定位，优化等级评审、绩效监测等指标体系，深化薪酬制度改革，建立编制动态调整机制。优化中医药价格形成机制，完善中药采购政策，推进中药创新药临床应用。健全符合中医药特点的医保支付方式，深化中医优势病种按病种付费试点。完善中医药理论、人用经验、临床试验“三结合”审评证据体系，建立医疗机构规范收集整理人用经验数据机制，加强中药上市后研究与评价，制定实施审批管理的中药材、中药饮片目录。培育更多熟悉中医药特点的医保管理人才，提升行业医保基金规范化使用水平。

（二）加强中医药法治与监督管理。推进中医药法修订研究，出台实施《中医药传统知识保护条例》等法规，推动进一步完善地方中医药法规。加强中医医疗机构法治建设，压实医院合规管理责任，从严落实患者隐私

和个人诊疗信息保护制度。推进跨部门综合监管，强化医疗管理与服务监督队伍建设，提升中医药监督执法能力和信息化水平。加强医疗服务监管，严厉打击非法行医、虚假夸大宣传、欺诈骗保和生产销售假劣中药饮片、中成药等违法违规行为。加强医疗行风建设，强化中医药领域廉政建设，纠正行业不正之风。

| 专栏12 中医药改革试点工程                                                         |
|------------------------------------------------------------------------|
| 1.中医药传承创新发展示范项目。组织实施好中医药传承创新发展示范项目，以体制机制改革创新为重点先行先试，打造中医药传承创新发展的地市级样板。 |
| 2.全国基层中医药工作示范市（县）。完善管理办法、建设标准，建设一批全国基层中医药工作示范市（县），推动基层中医药服务能力提升。       |

## 十二、强化组织实施

坚持把党的领导贯穿到中医药传承创新发展和规划实施全过程，各地要进一步健全党委领导、政府主导、多部门参与的工作机制，建立健全省、市、县级中医药管理体系。建立中医药发展多元筹资机制，各级政府要按规定落实对符合规划的公立中医医院的投入政策。适时组织开展规划实施情况动态监测、中期评估和总结评估，加强正面宣传引导，确保规划顺利实施。

# 河南省基层医疗卫生机构医疗质量改善三年行动实施方案(2026-2028 年)

来源：河南省卫生健康委员会

为深入贯彻落实《医疗卫生强基工程实施方案》，加强基层医疗卫生机构医疗质量管理，提高基层医疗卫生机构医疗服务规范性和同质化水平，保障医疗质量和医疗安全，根据国家卫生健康委、国家中医药局《关于开展基层医疗卫生机构医疗质量改善三年行动（2026-2028 年）的通知》（国卫办基层发〔2026〕4 号）要求，结合我省实际，制定本实施方案。

## 一、目标要求

以习近平新时代中国特色社会主义思想为指导，深入贯彻党的二十大和二十届历次全会精神，坚持以人民健康为中心，坚持以基层为重点，提高基层医疗卫生机构服务规范性和同质化水平，压实医疗质量管理责任，完善医疗质量管理制度，保障医疗质量和医疗安全，不断增强人民群众获得感。2026 年，全省所有乡镇卫生院、社区卫生服务中心、村卫生室启动实施医疗质量改善三年行动。2026 年底，全省县域医疗卫生次中心（重点中心乡镇卫生院）、实际开放 30 张以上床位的社区卫生服务中心以及服务能力达到国家推荐标准的乡镇卫生院和社区卫生服务中心健全医疗质量管理制度，常态化开展医疗质量管理工作。到 2027 年底，全省所有的乡镇卫生院和社区卫生服务中心健全医疗质量管理制度，常态化开展医疗质量管理工作。到 2028 年底，村卫生室和社区卫生服务站纳入医疗质量管理体系，基层医疗卫生机构医疗服务规范性显著提升，医疗质量明显改善。

## 二、实施路径

开展医联体建设（含紧密型县域医共体、紧密型城市医疗集团）的县（市、区），以医联体为单元，以乡镇卫生院（社区卫生服务中心）为重点，逐步延伸至村卫生室（社区卫生服务站）；实行“区社一体”协作模式的，以社区卫生服务中心为重点，逐步延伸至社区卫生服务站；辖区内无二级及以上医疗卫生机构的，由市级卫生健康部门负责指导辖区内社区卫生服

务中心（乡镇卫生院）与临近的二级以上医疗卫生机构或省、市级医疗卫生机构建立帮扶关系，开展医疗质量管理，逐步延伸至社区卫生服务站。

### 三、工作重点

（一）完善医疗质量管理制度。在医联体内成立由牵头医院、基层医疗卫生机构主要负责人负责的医疗质量管理工作组织，指定专门部门或者专门人员具体负责医疗质量日常管理工作，指导基层医疗卫生机构建立健全本机构各项医疗质量管理制度，强化重点环节和重点领域的日常管理，推动牵头医院与基层成员单位制度同源、标准统一、流程一致。基层医疗卫生机构健全机构内医疗质量管理体系，成立由机构主要负责人为第一责任人的医疗质量管理委员会（或工作组），完善本机构各项医疗质量管理制度；各科室要成立科室医疗质量管理小组，科主任为第一责任人，建立健全各科室医疗质量与安全管理制度、工作计划和工作记录；机构要建立医疗质量反馈和改进制度，每季度至少召开一次医疗质量管理专题会议，对医疗质量管理工作进行定期考核，利用多种形式对医疗质量控制的结果及成效进行反馈通报，建立医疗质量反馈和改进制度。

（二）强化医务人员培训。医联体牵头医院针对基层医疗质量管理制定年度培训计划，重点围绕医疗核心制度、常见病诊疗规范、操作规程、中医适宜技术、药品临床应用指南、院感防控、消毒隔离、危急值处置等，常态化开展全员医疗质量管理制度培训。基层医疗卫生机构要加强医师、药师、护士、医技人员以及乡村医生执业管理，将医疗质量管理制度纳入医务人员日常学习重点，对全体医务人员加强“基础理论、基础知识、基本技能”培训及考核，通过实操练兵、案例教学、定期考核，全面夯实医护人员专业功底，不断提升医务人员业务能力。

（三）改善门诊医疗质量。医联体牵头医院应制定同质化门诊诊疗规范、首诊负责、分级诊疗、双向转诊、门诊质控、处方点评等工作制度，规范基层机构门诊接诊流程、病历书写、处方开具、检查治疗、输液管理、医患沟通等操作标准，实现医联体内同标同质。基层医疗卫生机构严格落实首诊负责制，优化门诊诊疗流程，加强诊疗服务、门诊输液等医疗质量

安全管理。严格按照基层慢性病防治管理指南、常见病多发病临床诊疗指南、临床技术操作规范（含基层中医适宜技术操作规范，下同）、行业标准和临床路径等有关要求开展诊疗工作，做到合理检查、合理用药、合理治疗。严格规范门诊病历书写，提升门诊医疗文书完整度、规范性及内涵质量。开展家庭医生签约服务质量管理，规范为重点人群提供上门评估、随访、健康指导及家庭病床等服务行为，持续提升签约服务规范性与服务质量。

（四）提高急诊急救医疗质量。依托紧密型医联体，整合共享医疗卫生资源，构建分级负责、上下联动、应对有序、运转高效的急诊急救体系，提升县（区）域内急危重症医疗救治能力与效率。基层医疗卫生机构标准设置急诊科，规范配置抢救室，完善急诊救治诊疗规范和急救流程，加强心电监护仪、自动体外除颤器急诊急救设施设备和药品配置，提升心脑血管疾病急症、创伤、中毒等常见急危重症的初步诊断和应急处置能力。强化基层医疗机构“胸痛、卒中、创伤”救治单元建设，逐步实现中心乡镇卫生院全覆盖。强化与上级医院的技术支持与转诊衔接，通过与上级医院科室共建、巡回医疗等形式，提升基层医疗机构急诊能力，确保急诊急救服务覆盖全域。

（五）促进规范合理用药。基层医疗卫生机构要设立药事与药物治疗管理组织，严格落实“毒麻精放”等特殊药品、疫苗管理；临床药物治疗遵循合理用药原则、药品说明书、临床诊疗指南及临床路径等相关规定，建立健全抗菌药物临床应用管理工作制度和监督管理机制；规范医师和乡村医生处方行为，按照安全、有效、经济、适宜的合理用药原则开具处方，制定本机构处方审核、调配、点评等制度；保障“一老一小”等重点人群用药安全，规范慢性病患者长期处方开具标准；建立药品不良反应与药害事件监测报告管理制度与程序，制定完善严重药品不良反应或药害事件处理办法和流程。推进县域中心药房和审方中心建设，畅通基层医疗卫生机构与县级医院用药衔接，实现用药目录统一、采购配送统一、基本药物使用比例统一、处方自由流动；发挥医联体药师在处方审核、处方点评等合

理用药管理方面的作用，强化合理用药教育与培训，定期核查用药合理性，对不合理用药行为及时进行干预。

（六）保障检验检查质量。基层医疗卫生机构建立健全覆盖检验、检查全流程的医疗质量管理制度，常态化开展实验室室内质控，参加室间质量评价，定期评估室内质控各项参数及失控率；提升检验和检查报告的完整性与规范性，落实检验和检查结果危急值报告制度，提高报告的及时性、准确性。推进县域医学影像中心和医学检验中心建设，加强对基层检验检查质量管理，实现“基层检查、上级诊断、结果互认”。

（七）改进护理服务质量。基层医疗卫生机构建立院长（或副院长）领导下的护理组织管理体系，落实岗位职责和管理目标，建立并落实各层次护理管理人员考核评价机制。制定符合本机构的分级护理制度，定期开展相关培训和教育。制定并落实临床护理技术操作常见并发症的预防和处理规范，建立重点环节应急管理制度，严格落实分级护理、查对、交接班等核心制度。建立护理不良事件报告制度，持续开展优质护理服务。

（八）加强医院感染控制。基层医疗卫生机构要在医联体指导下健全机构感染管理体系，配备专（兼）职人员承担医院感染管理和业务技术咨询、指导工作。制定符合本机构实际的医院感染管理规章制度，包括清洁消毒与灭菌、隔离、手卫生、医源性感染预防与控制措施、医源性感染监测、医源性感染暴发报告制度、一次性使用无菌医疗器械管理、医务人员职业卫生安全防护、医疗废物管理等。加强重点环节、重点人群与高风险因素的管理与监测，每月召开一次专题会，对存在的问题进行分析整改。

（九）改善住院和手术质量。提供住院和手术服务的基层医疗卫生机构，要建立完善围手术期患者安全管理、手术安全核查与手术风险评估、手术部位识别标识、临床用血审核等相关规范与制度；规范住院诊疗行为，规范住院病历书写与记录，严格落实查房制度，保障查房频次与质量；严格落实手术分级管理制度，加强手术患者术前评估、麻醉评估，落实术前讨论制度，准确把握手术适应证和禁忌证，科学制定手术方案；严格落实手术安全核查制度，强化围手术期管理；强化临床用血规范化管理，完善

用血审核、全程追溯、不良反应监测与处置等流程，保障急救用血。医联体牵头医院要经常性地开展联合查房，及时掌握患者病情变化，针对性调整诊疗方案，健全完善危重症患者转诊流程。

#### 四、组织管理

（一）卫生健康行政部门。省卫生健康委将根据《医疗质量管理办法》《医疗质量安全核心制度要点》《社区医院医疗质量安全核心制度要点（试行）》等文件，研究制定《河南省基层医疗卫生机构医疗质量安全核心制度要点（试行）》。各省辖市卫生健康委结合本地实际细化适用于基层医疗卫生机构的医疗质量安全核心制度；按照本方案要求抓好工作推进，指导质控组织开展质控工作，及时总结经验并加强宣传交流。各县（市、区）卫生健康委负责指导辖区内医联体（含紧密型县域医共体、城市医疗集团和“区社一体”模式）相关牵头医院及基层医疗卫生机构、质控组织落实相关工作要求和监管责任，推动医疗质量安全水平不断提升。

（二）各级质控中心。省、市两级依托有条件有能力有意愿的省、市级医院成立本级全科医学、基层慢性病管理、家庭医生签约服务等质量控制中心，统筹辖区各专业质控中心和专家资源分别成立省市级基层医疗质量综合控制中心。省级各质控中心负责研究制订相关质量控制标准，加强对市县级质控中心技术指导。市级负责结合实际细化适用于基层医疗卫生机构的医疗质量改进目标、质控工作改进目标和质控指标，制定医疗质量改进工作计划并组织实施，指导县级抓好质控工作；县级辖区内无对应专业质控组织的，由市级直接负责。县级负责基层医疗卫生机构具体质控工作，指导基层医疗卫生机构不断改进医疗质量。

（三）医疗卫生机构。各医联体牵头医院对医联体内基层成员单位医疗质量负总责，乡镇卫生院（社区卫生服务中心）主要负责人是第一责任人；“区社一体”牵头医院负总责，社区卫生服务中心主要负责人是第一责任人。牵头（支援）医院和基层医疗卫生机构强化医疗质量管理主体责任，建立健全医疗质量管理制度，落实各项具体工作任务，强化人员教育，培育质量安全文化，持续提升医疗质量管理水平。

## 五、组织实施

（一）动员部署阶段（2026年6-7月）。省卫生健康委制定实施方案并动员部署辖区内所有基层医疗卫生机构启动实施医疗质量改善行动。

（二）推进实施阶段（2026年8月—2028年10月）。各市、县级卫生健康行政部门按年度作出具体安排和总结，充分发挥医联体牵头医院作用，定期开展基层医疗卫生机构医疗质量改善情况核查，及时提炼并推广有效经验、做法。

自查整改（每年1-3月）：基层医疗卫生机构对照工作任务和自查整改表（见附件）全面自查，梳理问题清单，明确改进措施，限期整改到位。

提质推进（每年4-10月）：基层医疗卫生机构持续开展医疗质量管理工作。各级卫生健康行政部门加强对基层医疗卫生机构的指导，及时掌握有关机构自查自纠问题和整改情况，对共性问题加强研究，提出系统性解决方案。2026年自查整改与提质推进阶段并行推进。

年度评估（每年11-12月）：各级卫生健康行政部门总结年度工作情况，不断推进制度、体系、机制建设，强化常态化基层医疗卫生机构医疗质量监管。

（三）总结巩固阶段（2028年10-12月）。总结三年行动成效，凝练可复制、可推广的典型做法和经验，推动建立基层医疗卫生机构医疗质量管理和持续改善长效机制。

## 六、工作要求

（一）加强组织领导。基层医疗卫生机构医疗质量直接关系到人民群众的生命健康权益与切身利益，是保障人民健康的基础性环节。各地要将基层医疗卫生机构医疗质量改善作为提升基层服务能力、改善群众就医体验的重要举措，明确任务，压实责任，确保各项要求落实到位。

（二）强化统筹协调。各地要将医疗质量改善行动与基层医疗卫生机构巡查、“优质服务基层行”活动、紧密型医联体建设、中医药服务能力提升等工作协同推进。加强智慧县域医共体、基层医疗卫生机构智慧化建设，推动人工智能赋能基层。质控中心要充分利用信息化手段开展基层医疗卫

生机构医疗质量控制工作，促进基层医疗卫生机构医疗质量持续改善和管理水平持续提升。

（三）建立长效机制。各地要巩固基层医疗卫生机构医务人员质量安全意识 and “以患者为中心”服务理念，进一步提升行业社会认可度，完善政府监管、行业自律、机构自治、社会监督的医疗质量安全管理多元良性共治长效机制。加强宣传引导，发挥好正面引导促进作用，引导群众常见病、多发病首选基层医疗卫生机构。

附件：

**基层医疗卫生机构医疗质量改善三年行动（2026–2028 年）自查整改表**

| 序号                  | 工作内容                                                                          | 自查情况 | 整改措施 |
|---------------------|-------------------------------------------------------------------------------|------|------|
| <b>一、完善医疗质量管理制度</b> |                                                                               |      |      |
| 1                   | 在医联体内成立由牵头医院、基层医疗卫生机构主要负责人负责的医疗质量管理工作组织，指定专门部门或者专门人员具体负责医疗质量日常管理工作。           |      |      |
| 2                   | 医疗质量管理工作组织指导基层医疗卫生机构建立健全本机构各项医疗质量管理制度。                                        |      |      |
| 3                   | 基层医疗卫生机构主要负责人定期召开医疗质量管理专题会议，研究部署医疗质量工作。                                       |      |      |
| 4                   | 建立医疗质量反馈和改进制度。                                                                |      |      |
| <b>二、开展医务人员培训</b>   |                                                                               |      |      |
| 5                   | 按照国家有关规定加强医师、药师、护士、医技人员以及乡村医生执业管理，开展全员医疗质量管理制度培训。                             |      |      |
| 6                   | 对全体医务人员加强基本理论、基本知识、基本技能培训及考核。                                                 |      |      |
| <b>三、改善门诊医疗质量</b>   |                                                                               |      |      |
| 7                   | 执行首诊负责制，明确首诊医师接诊、诊断、治疗、转诊全流程职责。                                               |      |      |
| 8                   | 加强门诊专业力量配备，优化门诊诊疗流程，加强诊疗服务、门诊输液等医疗质量安全管理，重点规范输液指征审核、操作规范执行、不良反应处置等工作。         |      |      |
| 9                   | 严格按照基层慢性病防治管理指南、常见病多发病临床诊疗指南、临床技术操作规范（含基层中医适宜技术操作规范，下同）、行业标准和临床路径等有关要求开展诊疗工作。 |      |      |

|                     |                                                                                                     |  |  |
|---------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|
| 10                  | 严格执行门诊医疗文书书写要求,明确医疗文书审核流程,提升门诊医疗文书完整度、规范性及内涵质量。                                                     |  |  |
| 11                  | 开展家庭医生签约服务质量控制,规范为重点人群提供的上门评估、随访、健康指导及家庭病床等服务行为,持续提升签约服务规范性与服务质量。                                   |  |  |
| <b>四、提高急诊急救医疗质量</b> |                                                                                                     |  |  |
| 12                  | 加强开设急诊、胸痛救治单元、卒中救治单元、创伤救治单元等的基层医疗卫生机构急救能力建设,结合实际情况加强急救药品、设施设备配备,定期组织医护人员开展急救技能培训和应急演练,提升急危重症初步处置能力。 |  |  |
| 13                  | 强化院前急救与院内急诊的衔接与信息共享,明确院前急救信息(患者病情、体征、处置措施)实时传输流程,实现院前院内无缝衔接。                                        |  |  |
| 14                  | 加强急危重症患者早期识别、初步救治和稳定生命体征,明确救治流程与责任分工,确保救治及时规范。                                                      |  |  |
| 15                  | 强化转诊衔接,建立与上级医院急诊转诊绿色通道,制订转诊指征、流程及信息交接规范,保障转诊安全。                                                     |  |  |
| <b>五、促进规范合理用药</b>   |                                                                                                     |  |  |
| 16                  | 规范医师和乡村医生处方行为,按照安全、有效、经济、适宜的合理用药原则开具处方。                                                             |  |  |
| 17                  | 强化“一老一小”等重点人群用药安全,规范慢性病患者长期处方开具标准。                                                                  |  |  |
| 18                  | 加强麻醉药品和精神药品等特殊药品管理。                                                                                 |  |  |
| 19                  | 完善抗菌药物分级管理制度,规范抗菌药物临床应用。                                                                            |  |  |
| 20                  | 发挥医联体药师在处方审核、处方点评等作用,强化合理用药教育与培训,定期核查用药合理性,对不合理用药行为进行干预。                                            |  |  |

|                    |                                                                      |  |  |
|--------------------|----------------------------------------------------------------------|--|--|
| 21                 | 完善药品不良反应监测与报告流程,做好药品不良反应监测报告。                                        |  |  |
| <b>六、保障检验检查质量</b>  |                                                                      |  |  |
| 22                 | 建立健全覆盖检验、检查全流程的质量管理制度,制定常态化质控计划。                                     |  |  |
| 23                 | 加强检验科室内质量控制,有关检验项目按要求参加相应质控中心组织开展的室间质量评价,并做好分析、整改和提升。                |  |  |
| 24                 | 规范检验检查报告书写标准,明确报告必备要素,提升报告完整性与规范性。                                   |  |  |
| 25                 | 按照要求推动医联体内检验和检查资料共享、结果互认。                                            |  |  |
| 26                 | 落实检验和检查结果危急值报告制度。                                                    |  |  |
| <b>七、改进护理服务质量</b>  |                                                                      |  |  |
| 27                 | 进一步落实责任制整体护理,明确责任护士全流程护理职责。                                          |  |  |
| 28                 | 按照加强护理工作的有关要求,不断完善并落实护理工作制度。                                         |  |  |
| 29                 | 严格落实分级护理、查对、交接班等核心制度,规范临床护理技术操作,确保符合指南与技术标准。                         |  |  |
| 30                 | 建立护理不良事件报告制度,及时做好分析、整改。                                              |  |  |
| <b>八、加强医院感染控制</b>  |                                                                      |  |  |
| 31                 | 严格执行清洁消毒与灭菌、手卫生、无菌操作与隔离技术规范、医源性感染与监测、医源性感染暴发报告制度与处置流程等医院感染管理制度规范与标准。 |  |  |
| 32                 | 落实医疗废物分类收集、集中转运处置要求,建立一次性医疗器械使用台账,严禁重复使用。                            |  |  |
| <b>九、改善住院和手术质量</b> |                                                                      |  |  |

|    |                                                                         |  |  |
|----|-------------------------------------------------------------------------|--|--|
| 33 | 提供住院和手术服务的基层医疗卫生机构规范住院诊疗行为，严格遵循临床路径和诊疗指南，合理制订个性化诊疗方案。                   |  |  |
| 34 | 严格落实住院查房制度，明确查房频次、形式及记录要求，保障查房质量；倡导由医联体牵头医院开展联合查房，解决疑难病例诊疗问题，针对性调整诊疗方案。 |  |  |
| 35 | 健全危重症患者转诊流程，明确转诊指征、评估标准及转诊前准备要求，确保转诊过程中患者病情监测与应急处置到位。                   |  |  |
| 36 | 规范住院病历书写与记录，明确病历书写时限、内容及审核标准，定期开展病历质量核查，提升病历完整性与规范性。                    |  |  |
| 37 | 强化临床用血规范化管理，健全临床用血审核制度，完善用血审核、全程追溯、不良反应监测与处置等流程，保障急救用血。                 |  |  |
| 38 | 严格落实手术分级管理制度，加强手术患者术前评估、麻醉评估，落实术前讨论制度，规范开展手术诊疗。                         |  |  |
| 39 | 严格落实手术安全核查制度，强化围手术期管理。                                                  |  |  |

## 2025 年我国卫生健康事业发展统计公报

来源：国家卫生健康委员会官网

2025 年是“十四五”收官之年，卫生健康工作取得明显进展，中国特色基本医疗卫生制度不断健全，服务体系持续完善，疾控体系重构重塑，生育支持政策逐步优化，主要健康指标持续向好，为经济社会发展提供了有力支撑保障。2025 年，我国居民人均预期寿命达到 79.25 岁，孕产妇死亡率下降至 13.4/10 万，婴儿死亡率下降至 3.8‰。

### 一、卫生资源

（一）医疗卫生机构总数。2025 年末，全国医疗卫生机构总数 1108335 个<sup>1</sup>，比上年增加 14784 个。其中：医院 38159 个，基层医疗卫生机构 1056534 个，专业公共卫生机构 9262 个。与上年比较，医院减少 551 个，基层医疗卫生机构增加 16511 个。

医院中，公立医院 11678 个<sup>2</sup>，民营医院 26481 个<sup>3</sup>。医院按等级分：三级医院 4267 个（其中：三级甲等医院 1975 个），二级医院 12425 个，一级医院 12999 个，未定级医院 8468 个。

医院按床位数分：100 张以下床位医院 22566 个，100~199 张床位医院 5532 个，200~499 张床位医院 5505 个，500~799 张床位医院 2265 个，800 张及以上床位医院 2291 个。

基层医疗卫生机构<sup>4</sup>中，社区卫生服务中心（站）37580 个（其中：社区卫生服务中心 10242 个，社区卫生服务站 2733 个），乡镇卫生院 33126 个，诊所和医务室 377779 个，村卫生室 559559 个。

专业公共卫生机构<sup>5</sup>中，疾病预防控制中心（卫生监督所）3475 个，其中：省级 31 个、地（市）级 412 个、县（区、县级市）级 2905 个。妇幼保健机构 3077 个，其中：省级 26 个、地（市）级 391 个、县（区、县级市）级 2613 个。独立设置的急救中心（站）677 家。



图 1 全国医院、社区卫生服务中心、乡镇卫生院数

（二）床位数。2025 年末，全国医疗卫生机构床位 1004.0 万张，其中：医院 796.4 万张，基层医疗卫生机构 174.0 万张，专业公共卫生机构 31.5 万张。医院中，公立医院床位占 69.9%，民营医院床位占 30.1%。

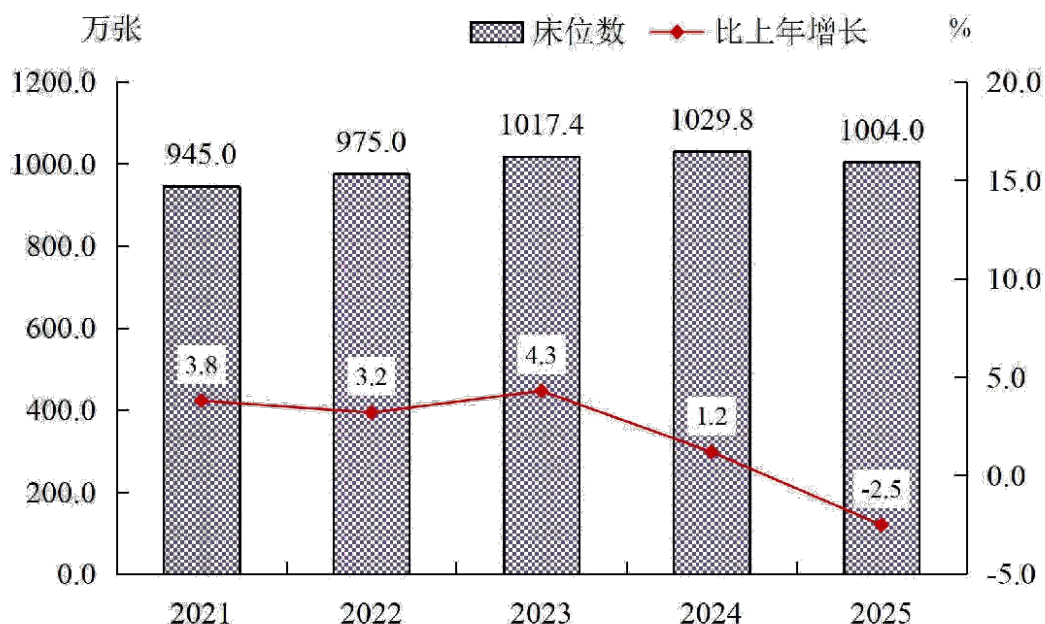


图 2 全国医疗卫生机构床位数及增长速度

表 1 全国医疗卫生机构数及床位数

| 机构类别              | 机构数（个）  |         | 床位数（张）   |          |
|-------------------|---------|---------|----------|----------|
|                   | 2024    | 2025    | 2024     | 2025     |
| 总计                | 1093551 | 1108335 | 10298357 | 10039606 |
| 医院                | 38710   | 38159   | 8119877  | 7964244  |
| 公立医院              | 11754   | 11678   | 5605828  | 5564277  |
| 民营医院              | 26956   | 26481   | 2514049  | 2399967  |
| 医院中：三级医院          | 4111    | 4267    | 3894741  | 3971208  |
| 二级医院              | 12294   | 12425   | 2838090  | 2746573  |
| 一级医院              | 13287   | 12999   | 724094   | 649723   |
| 基层医疗卫生机构          | 1040023 | 1056534 | 1828675  | 1739876  |
| #社区卫生服务中心         | 10228   | 10242   | 287996   | 277046   |
| #政府办 <sup>6</sup> | 7636    | 7632    | 231687   | 223376   |
| 社区卫生服务站           | 27073   | 27338   | 10002    | 6414     |
| #政府办              | 9760    | 9849    | 1582     | 1585     |
| 乡镇卫生院             | 33334   | 33126   | 1501167  | 1428465  |
| #政府办              | 32920   | 32770   | 1484576  | 1412805  |
| 村卫生室              | 570410  | 559559  | -        | -        |
| 诊所（医务室、护理站）       | 351736  | 377779  | 1557     | 1937     |
| 专业公共卫生机构          | 10547   | 9262    | 326760   | 315266   |
| #疾病预防控制中心（卫生监督所）  | 3439    | 3475    | -        | -        |
| 专科疾病防治机构          | 791     | 742     | 37816    | 36991    |
| 妇幼保健机构            | 3073    | 3077    | 287978   | 277322   |
| 其他机构              | 4271    | 4380    | 23045    | 20220    |

注：#系其中数。以下各表同。

（三）卫生人员总数。2025 年末，全国卫生人员总数 1612.1 万人<sup>7</sup>，比上年增加 34.1 万人（增长 2.2%）。

2025 年末卫生人员总数中，卫生技术人员 1345.5 万人<sup>8</sup>。卫生技术人员中，执业（助理）医师 530.6 万人<sup>9</sup>，注册护士 606.2 万人<sup>10</sup>。与上年比较，卫生技术人员增加 43.5 万人（增长 3.3%）。

2025 年末卫生人员机构分布：医院 950.0 万人（占 58.9%），基层医疗卫生机构 545.6 万人（占 33.8%），专业公共卫生机构 101.9 万人（占 6.3%）。独立设置的急救中心（站）卫生人员 2.9 万人，卫生技术人员 1.6 万人。

2025 年，每千人口执业（助理）医师 3.78 人，每千人口执业医师 3.25 人，每千人口注册护士 4.32 人；每万人口全科医生 4.91 人，每万人口专业公共卫生机构人员 7.27 人。

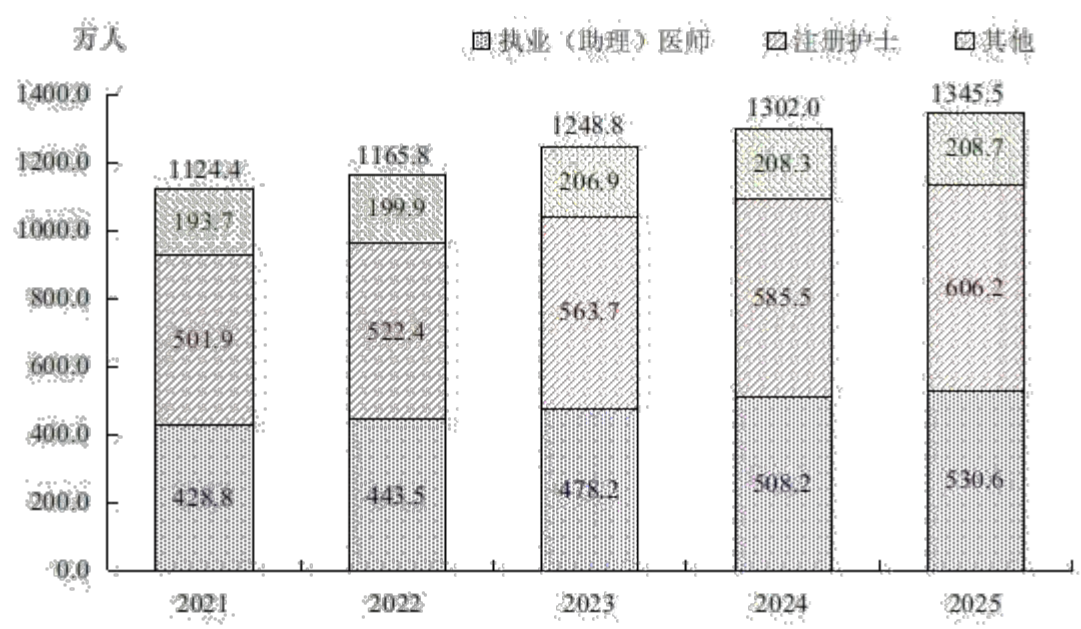


图 3 全国卫生技术人员数

表 2 全国卫生人员数

| 指 标               | 2024   | 2025   |
|-------------------|--------|--------|
| 卫生人员总数（万人）        | 1578.0 | 1612.1 |
| #卫生技术人员           | 1302.0 | 1345.5 |
| #执业（助理）医师         | 508.2  | 530.6  |
| #执业医师             | 428.0  | 456.5  |
| 注册护士              | 585.5  | 606.2  |
| 药师（士）             | 59.2   | 60.5   |
| 技师（士）             | 89.8   | 93.7   |
| 持乡村医生证的人员和卫生员     | 60.8   | 55.2   |
| 每千人口执业（助理）医师（人）   | 3.61   | 3.78   |
| #每千人口执业医师（人）      | 3.04   | 3.25   |
| 每万人口全科医生（人）       | 4.54   | 4.91   |
| 每千人口注册护士（人）       | 4.16   | 4.32   |
| 每千人口药师（士）（人）      | 0.42   | 0.43   |
| 每万人口专业公共卫生机构人员（人） | 7.15   | 7.27   |

注：全科医生数指注册为全科医学专业的执业（助理）医师与注册为乡村全科执业助理医师之和，不含尚未注册的取得全科医生培训合格证书的人数。

表 3 全国各类医疗卫生机构人员数（万人）

| 机构类别             | 人员数    |        | 卫生技术人员 |        |
|------------------|--------|--------|--------|--------|
|                  | 2024   | 2025   | 2024   | 2025   |
| 总计               | 1578.0 | 1612.1 | 1302.0 | 1345.5 |
| 医院               | 937.4  | 950.0  | 794.0  | 810.0  |
| 公立医院             | 705.1  | 717.0  | 608.4  | 621.1  |
| 民营医院             | 232.3  | 233.0  | 185.6  | 188.9  |
| 基层医疗卫生机构         | 525.7  | 545.6  | 418.8  | 444.6  |
| #社区卫生服务中心        | 66.6   | 68.6   | 57.3   | 59.4   |
| 社区卫生服务站          | 16.2   | 17.0   | 14.7   | 15.6   |
| 乡镇卫生院            | 168.2  | 169.8  | 141.2  | 144.8  |
| 专业公共卫生机构         | 100.5  | 101.9  | 80.7   | 82.2   |
| #疾病预防控制中心（卫生监督所） | 26.1   | 29.8   | 19.7   | 22.7   |
| 妇幼保健机构           | 58.6   | 59.4   | 49.6   | 50.5   |
| 其他机构             | 14.4   | 14.6   | 8.4    | 8.7    |

（四）卫生总费用。2025 年全国卫生总费用初步推算为 93367.2 亿元，其中：政府卫生支出 23499.6 亿元，占 25.2%；社会卫生支出 44556.7 亿元，占 47.7%；个人卫生支出 25310.9 亿元，占 27.1%。人均卫生总费用 6637.9 元，卫生总费用占 GDP 的比重为 6.7%。

表 4 全国卫生总费用

| 指 标              | 2024    | 2025    |
|------------------|---------|---------|
| 卫生总费用（亿元）        | 90895.5 | 93367.2 |
| 政府卫生支出           | 22608.0 | 23499.6 |
| 社会卫生支出           | 43280.0 | 44556.7 |
| 个人卫生支出           | 25007.5 | 25310.9 |
| 卫生总费用构成（%）       | 100.0   | 100.0   |
| 政府卫生支出           | 24.9    | 25.2    |
| 社会卫生支出           | 47.6    | 47.7    |
| 个人卫生支出           | 27.5    | 27.1    |
| 卫生总费用占 GDP 比重（%） | 6.7     | 6.7     |
| 人均卫生总费用（元）       | 6454.4  | 6637.9  |

注：2025 年系初步推算数。

## 二、医疗服务

（一）门诊和住院量。2025 年，全国医疗卫生机构总诊疗人次 106.5 亿，比上年增加 5.1 亿人次（增长 5.0%）。

2025 年总诊疗量中，三级医院 30.4 亿人次，二级医院 12.2 亿人次，一级医院 2.5 亿人次，基层医疗卫生机构 56.5 亿人次，未定级医院 1.6 亿人次，其他医疗卫生机构 3.4 亿人次。

2025 年，公立医院诊疗人次 39.3 亿，民营医院诊疗人次 7.4 亿。

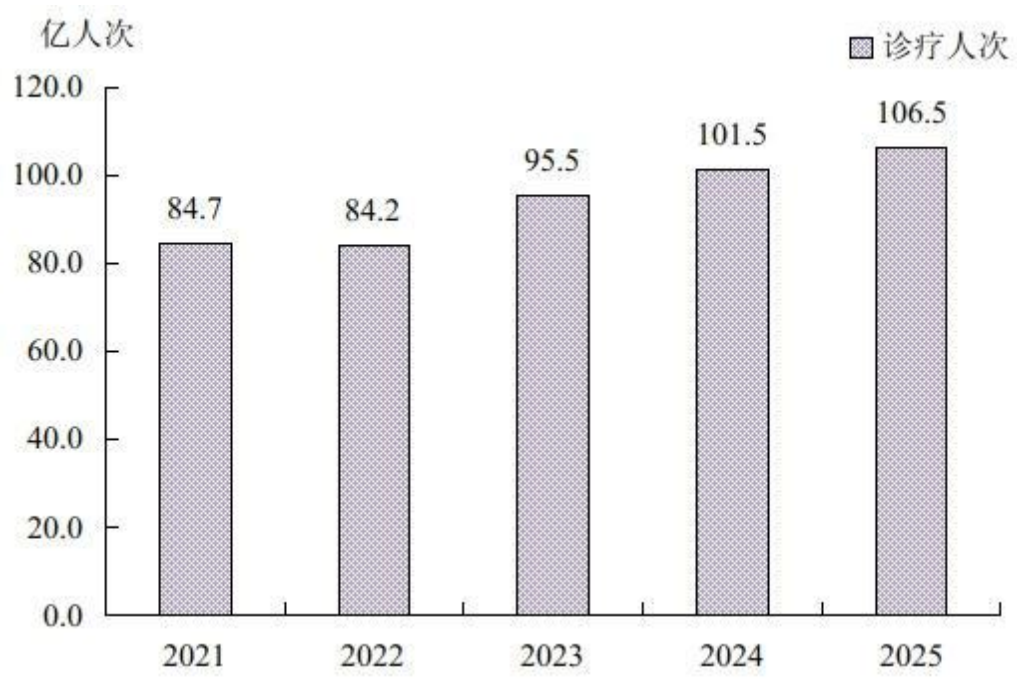


图 4 全国医疗卫生机构诊疗量

表 5 全国医疗服务工作量

| 机构类别         | 诊疗人次数（亿人次） |       | 入院人次数（万人次） |         |
|--------------|------------|-------|------------|---------|
|              | 2024       | 2025  | 2024       | 2025    |
| 医疗卫生机构合计     | 101.5      | 106.5 | 31192.0    | 29910.7 |
| 医院           | 45.0       | 46.7  | 25462.0    | 24814.8 |
| 公立医院         | 37.7       | 39.3  | 20959.6    | 20826.4 |
| 民营医院         | 7.3        | 7.4   | 4502.4     | 3988.4  |
| 医院中：         |            |       |            |         |
| 三级医院         | 28.7       | 30.4  | 16104.5    | 16446.0 |
| 二级医院         | 12.2       | 12.2  | 7300.8     | 6748.7  |
| 一级医院         | 2.5        | 2.5   | 1223.1     | 973.3   |
| 基层医疗卫生机构     | 52.9       | 56.5  | 4539.7     | 4006.0  |
| 其他机构         | 3.5        | 3.4   | 1190.3     | 1089.9  |
| 合计中：非公医疗卫生机构 | 24.6       | 26.1  | 4600.0     | 4065.8  |

2025 年，乡镇卫生院、社区卫生服务中心（站）、村卫生室诊疗人次 41.9 亿，比上年增加 2.1 亿人次。

2025 年，全国医疗卫生机构入院人次 29910.7 万。其中：医院 24814.8 万人次，基层医疗卫生机构 4006.0 万人次，其他医疗卫生机构 1089.9 万人次。与上年比较，全国医疗卫生机构入院减少 1281.3 万人次。

2025 年，公立医院入院人次 20826.4 万，民营医院入院人次 3988.4 万。

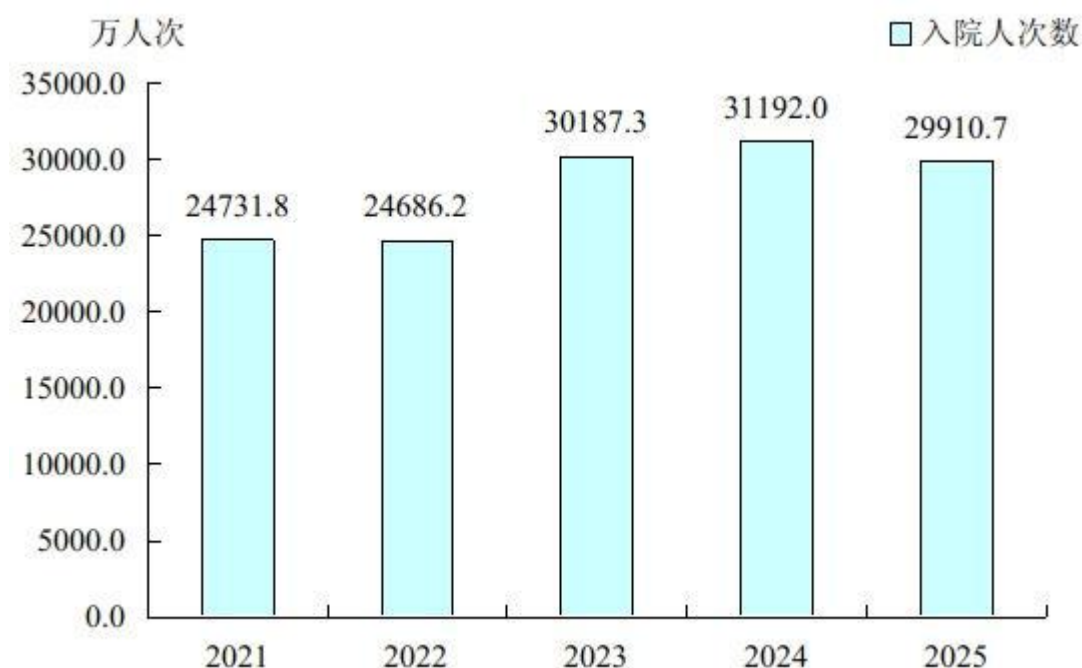


图 5 全国医疗卫生机构住院量

（二）医院医师工作情况。2025 年，医院医师日均担负诊疗 6.8 人次、住院 2.2 床日，其中：公立医院医师日均担负诊疗 7.3 人次、住院 2.1 床日。

（三）病床使用。2025 年，全国医院病床使用率 78.0%，其中：公立医院 83.7%。2025 年医院出院者平均住院日 8.6 日，其中：公立医院 8.0 日。

表 6 医院医师担负工作量

| 机构类别     | 医师日均担负诊疗人次 |      | 医师日均担负住院床日 |      |
|----------|------------|------|------------|------|
|          | 2024       | 2025 | 2024       | 2025 |
| 医院       | 6.7        | 6.8  | 2.3        | 2.2  |
| 公立医院     | 7.2        | 7.3  | 2.2        | 2.1  |
| 民营医院     | 4.9        | 4.9  | 2.5        | 2.3  |
| 医院中：三级医院 | 7.4        | 7.4  | 2.2        | 2.1  |
| 二级医院     | 6.1        | 6.1  | 2.5        | 2.4  |
| 一级医院     | 5.2        | 5.2  | 1.9        | 1.6  |

表 7 医院病床使用情况

| 机构类别     | 病床使用率（%） |      | 出院者平均住院日 |      |
|----------|----------|------|----------|------|
|          | 2024     | 2025 | 2024     | 2025 |
| 医院       | 78.8     | 78.0 | 8.6      | 8.6  |
| 公立医院     | 84.8     | 83.7 | 8.0      | 8.0  |
| 民营医院     | 64.3     | 64.0 | 11.2     | 11.9 |
| 医院中：三级医院 | 89.6     | 88.3 | 7.8      | 7.7  |
| 二级医院     | 73.1     | 72.0 | 9.5      | 9.9  |
| 一级医院     | 53.6     | 50.6 | 9.6      | 9.8  |

（四）改善医疗服务。截至 2025 年底，二级及以上公立医院中，64.6%开展预约诊疗，67.5%开展远程医疗服务，92.4%实现检验检查结果互联互通。

（五）血液保障。2025 年，全年无偿献血人次 1510.9 万，献血量 2549.8 万单位，千人口献血率 10.9。

### 三、基层卫生服务

（一）农村卫生。2025 年末，全国共有县级（含县级市）医院 17897 个、县级（含县级市）妇幼保健机构 1870 个、县级（含县级市）疾病预防控制中心（卫生监督所）2037 个，三类县级（含县级市）医疗卫生机构共有卫生人员 392.0 万人。

2025 年末，全国共有 3.3 万个乡镇卫生院，床位 142.8 万张，卫生人员 169.8 万人（其中卫生技术人员 144.8 万人）。与上年比较，乡镇卫

生院减少 208 个，床位减少 7.3 万张，人员增加 1.5 万人。乡镇卫生院减少的主要原因是行政区划调整，部分乡镇卫生院合并。

表 8 全国乡镇卫生院医疗服务情况

| 指 标         | 2024   | 2025   |
|-------------|--------|--------|
| 乡镇卫生院数（个）   | 33334  | 33126  |
| 床位数（万张）     | 150.1  | 142.8  |
| 卫生人员数（万人）   | 168.2  | 169.8  |
| #卫生技术人员     | 141.2  | 144.8  |
| #执业（助理）医师   | 57.5   | 58.5   |
| 诊疗人次（亿人次）   | 13.8   | 14.4   |
| 入院人次数（万人次）  | 3914.9 | 3443.7 |
| 医师日均担负诊疗人次  | 9.7    | 9.9    |
| 医师日均担负住院床日  | 1.3    | 1.1    |
| 病床使用率（%）    | 52.4   | 49.0   |
| 出院者平均住院日（日） | 6.4    | 6.5    |

2025 年末，全国共有 56.0 万个村卫生室。在村卫生室工作的人员 113.5 万人，其中：执业（助理）医师和持乡村医生证的人员 96.5 万人，注册护士 15.3 万人，卫生员 0.9 万人。与上年比较，村卫生室数减少 1.1 万个。村卫生室减少的主要原因是行政区划调整，部分村卫生室合并。

表 9 全国村卫生室及人员数

| 指 标                 | 2024  | 2025  |
|---------------------|-------|-------|
| 村卫生室数（万个）           | 57.0  | 56.0  |
| 人员总数（万人）            | 124.2 | 113.5 |
| #执业（助理）医师和持乡村医生证的人员 | 102.6 | 96.5  |
| 注册护士                | 19.8  | 15.3  |
| 卫生员                 | 0.9   | 0.9   |

注：村卫生室执业（助理）医师和注册护士数包括乡镇卫生院派驻的人数。

2025 年，全国县级（含县级市）医院诊疗人次 15.7 亿，比上年增加 0.6 亿人次；入院人次 9603.1 万，比上年减少 563.1 万人次；病床使用率 74.4%，比上年下降 1.2 个百分点。

2025 年，乡镇卫生院诊疗人次 14.4 亿，比上年增加 0.6 亿人次；入院人次 3443.7 万，比上年减少 471.2 万人次。2025 年，医师日均担

负诊疗 9.9 人次，住院 1.1 床日，病床使用率 49.0%，出院者平均住院日 6.5 日。与上年比较，乡镇卫生院医师日均担负诊疗人次增加 0.2 人次，日均担负住院床日减少 0.2 日，病床使用率下降 3.4 个百分点，平均住院日增加 0.1 日。

2025 年，村卫生室诊疗人次 15.0 亿，比上年增加 0.7 亿人次，平均每个村卫生室年诊疗量 2686 人次。

（二）社区卫生。2025 年末，全国共有社区卫生服务中心（站）37580 个，其中：社区卫生服务中心 10242 个，社区卫生服务站 27338 个。与上年比较，社区卫生服务中心增加 14 个，社区卫生服务站增加 265 个。社区卫生服务中心人员 68.6 万人，平均每个中心 67 人；社区卫生服务站人员 17.0 万人，平均每站 6 人。社区卫生服务中心（站）人员数比上年增长 2.9 万人，增长 3.5%。

表 10 全国社区卫生服务情况

| 指 标          | 2024  | 2025  |
|--------------|-------|-------|
| 社区卫生服务中心数（个） | 10228 | 10242 |
| 床位数（万张）      | 28.8  | 27.7  |
| 卫生人员数（万人）    | 66.6  | 68.6  |
| #卫生技术人员      | 57.3  | 59.4  |
| #执业（助理）医师    | 23.0  | 24.2  |
| 诊疗人次（亿人次）    | 9.3   | 10.0  |
| 入院人次数（万人次）   | 542.8 | 499.3 |
| 医师日均担负诊疗人次   | 16.2  | 16.7  |
| 医师日均担负住院床日   | 0.6   | 0.5   |
| 病床使用率（%）     | 51.9  | 49.6  |
| 出院者平均住院日     | 8.8   | 8.7   |
| 社区卫生服务站数（个）  | 27073 | 27338 |
| 卫生人员数（万人）    | 16.2  | 17.0  |
| #卫生技术人员      | 14.7  | 15.6  |
| #执业（助理）医师    | 6.7   | 7.1   |
| 诊疗人次（亿人次）    | 2.3   | 2.5   |
| 医师日均担负诊疗人次   | 14.3  | 14.8  |

2025 年，全国社区卫生服务中心诊疗人次 10.0 亿，入院人次 499.3 万；平均每个中心年诊疗量 9.7 万人次，年入院量 487 人次；医师日均担负诊疗 16.7 人次、住院 0.5 床日。2025 年，全国社区卫生服务站诊疗人次 2.5 亿，平均每个站年诊疗量 9214 人次，医师日均担负诊疗 14.8 人次。

（三）基本公共卫生服务项目。基本公共卫生服务项目人均财政补助标准从 2024 年的 94 元提高至 2025 年的 99 元。在 65 岁及以上老年人健康体检中增加胸部数字化 X 线摄影（DR）正位检查和糖化血红蛋白检测，并根据老年人的年龄段、健康状况等细化分类，提供分级健康服务，对健康风险较高的老年人相应增加随访频次。2025 年，年内在基层医疗卫生机构接受健康服务的 65 岁及以上老年人数 14572.5 万，接受健康服务的高血压患者人数 11788.0 万，接受健康服务的 2 型糖尿病患者人数 4259.8 万，接受健康服务的慢性阻塞性肺疾病患者人数 313.7 万。

#### 四、中医药服务

（一）中医类机构、床位及人员数。2025 年，全国中医类医疗卫生机构总数 112032 个<sup>11</sup>，比上年增加 8328 个。其中：中医类医院 6498 个，中医类门诊部、诊所 105497 个，中医类研究机构 37 个。与上年比较，中医类医院增加 101 个，中医类门诊部及诊所增加 8229 个。

2025 年，全国中医类医疗卫生机构床位 182.9 万张，其中：中医类医院 138.2 万张（占 75.6%）。与上年比较，中医类医疗卫生机构床位增加 0.8 万张。

2025 年，提供中医服务的社区卫生服务中心占同类机构的 99.9%，社区卫生服务站占 98.5%，乡镇卫生院占 99.9%，村卫生室占 92.5%。

2025 年，全国中医药卫生人员总数 123.6 万人，比上年增加 7.7 万人（增长 6.7%）。其中：中医类别执业（助理）医师 104.5 万人，中药师（士）17.7 万人。中药师（士）较上年有所增加。

表 11 全国中医类医疗卫生机构数和床位数

| 机构类别            | 机构数（个） |        | 床位数（张）  |         |
|-----------------|--------|--------|---------|---------|
|                 | 2024   | 2025   | 2024    | 2025    |
| 总计              | 103704 | 112032 | 1820899 | 1828516 |
| 中医类医院           | 6397   | 6498   | 1390115 | 1382183 |
| 中医医院            | 5263   | 5344   | 1196862 | 1189312 |
| 中西医结合医院         | 796    | 809    | 148539  | 149769  |
| 民族医医院           | 338    | 345    | 44714   | 43102   |
| 中医类门诊部          | 4456   | 4612   | 729     | 928     |
| 中医门诊部           | 3764   | 3918   | 408     | 411     |
| 中西医结合门诊部        | 638    | 641    | 211     | 131     |
| 民族医门诊部          | 54     | 53     | 110     | 386     |
| 中医类诊所           | 92812  | 100885 | -       | -       |
| 中医诊所            | 78968  | 85060  | -       | -       |
| 中西医结合诊所         | 13088  | 15049  | -       | -       |
| 民族医诊所           | 756    | 776    | -       | -       |
| 中医类研究机构         | 39     | 37     | -       | -       |
| 中医（药）研究院（所）     | 33     | 31     | -       | -       |
| 中西医结合研究所        | 1      | 1      | -       | -       |
| 民族医（药）学研究所      | 5      | 5      | -       | -       |
| 非中医类医疗机构中医类临床科室 | -      | -      | 430055  | 445405  |

注：中医类临床科室包括中医科各专业、中西医结合科、民族医学科。

表 12 提供中医服务的基层医疗卫生机构占同类机构的比重（%）

| 机构类别     |      |      |
|----------|------|------|
| 社区卫生服务中心 | 99.7 | 99.9 |
| 社区卫生服务站  | 97.1 | 98.5 |
| 乡镇卫生院    | 99.8 | 99.9 |
| 村卫生室     | 86.6 | 92.5 |

注：本表不含分支机构。

（二）中医医疗服务。2025 年，全国中医类医疗卫生机构总诊疗人次 18.5 亿，比上年增加 1.7 亿人次（增长 9.8%）。其中：中医类医院 8.9 亿人次，中医类门诊部及诊所 3.4 亿人次，非中医类医疗机构中医类临床科室 6.2 亿人次。

2025 年，全国中医类医疗卫生机构出院人次 5275.3 万，比上年减少 36.5 万人次（下降 0.7%）。其中：中医类医院 4197.2 万人次，中医类门诊部 0.4 万人次，非中医类医疗卫生机构中医类临床科室 1077.7 万人次。

表 14 全国中医类医疗卫生机构医疗服务量

| 指 标                                | 诊疗人次（万人次）       |                 | 出院人次数（万人次）    |               |
|------------------------------------|-----------------|-----------------|---------------|---------------|
|                                    | 2024            | 2025            | 2024          | 2025          |
| <b>中医类总计</b>                       | <b>168396.9</b> | <b>184965.8</b> | <b>5311.7</b> | <b>5275.3</b> |
| <b>中医类医院</b>                       | <b>84327.2</b>  | <b>88713.8</b>  | <b>4225.7</b> | <b>4197.2</b> |
| 中医医院                               | 73190.6         | 76706.2         | 3685.4        | 3646.9        |
| 中西医结合医院                            | 9410.5          | 10264.3         | 432.8         | 449.9         |
| 民族医医院                              | 1726.1          | 1743.3          | 107.5         | 100.4         |
| <b>中医类门诊部</b>                      | <b>5040.0</b>   | <b>5406.9</b>   | <b>1.0</b>    | <b>0.4</b>    |
| 中医门诊部                              | 4504.2          | 4896.7          | 0.2           | 0.2           |
| 中西医结合门诊部                           | 516.7           | 492.0           | 0.5           | 0.1           |
| 民族医门诊部                             | 19.1            | 18.1            | 0.2           | 0.1           |
| <b>中医类诊所</b>                       | <b>25521.0</b>  | <b>28820.2</b>  | -             | -             |
| 中医诊所                               | 21064.6         | 23686.5         | -             | -             |
| 中西医结合诊所                            | 4343.2          | 5015.0          | -             | -             |
| 民族医诊所                              | 113.2           | 118.7           | -             | -             |
| <b>非中医类医疗卫生机构中医类临床科室</b>           | <b>53508.7</b>  | <b>62024.9</b>  | <b>1085.1</b> | <b>1077.7</b> |
| <b>中医类服务量占医疗服务总量（不含村卫生室）的比例（%）</b> | <b>19.3</b>     | <b>20.2</b>     | <b>17.1</b>   | <b>17.7</b>   |

## 五、患者医药费用

（一）医院患者医药费用。2025 年，医院次均门诊费用 357.7 元，按当年价格比上年下降 0.9%，按可比价格下降 0.9%；次均住院费用 9768.9 元，按当年价格比上年下降 1.0%，按可比价格下降 1.0%。日均住院费用 1138.3 元。

2025 年，医院次均门诊药费（131.8 元）占次均门诊费用的 36.8%，与上年（36.8%）相比基本无变化；医院次均住院药费（1868.7 元）占次均住院费用的 19.1%，比上年（20.4%）下降 1.3 个百分点。

2025 年，各级公立医院中，三级医院次均门诊费用按当年价格比上年下降 1.3%，按可比价格下降 1.3%；次均住院费用按当年价格比上年下降 3.0%，按可比价格下降 3.0%。

表 15 医院患者门诊和住院费用

| 指标        | 医院     |        |         |         |         |         |        |        |
|-----------|--------|--------|---------|---------|---------|---------|--------|--------|
|           |        |        | 公立医院    |         |         |         |        |        |
|           |        |        |         |         | 三级医院    |         | 二级医院   |        |
|           | 2024   | 2025   | 2024    | 2025    | 2024    | 2025    | 2024   | 2025   |
| 次均门诊费用（元） | 361.0  | 357.7  | 347.1   | 342.7   | 387.1   | 382.1   | 244.1  | 234.7  |
| 上涨%（当年价格） | -0.2   | -0.9   | -0.5    | -1.3    | -1.0    | -1.3    | -3.7   | -3.8   |
| 上涨%（可比价格） | -0.4   | -0.9   | -0.7    | -1.3    | -1.2    | -1.3    | -3.9   | -3.8   |
| 次均住院费用（元） | 9870.0 | 9768.9 | 10281.3 | 10071.0 | 11897.4 | 11539.7 | 5929.0 | 5674.0 |
| 上涨%（当年价格） | -4.3   | -1.0   | -4.8    | -2.0    | -6.2    | -3.0    | -7.0   | -4.3   |
| 上涨%（可比价格） | -4.5   | -1.0   | -5.0    | -2.0    | -6.4    | -3.0    | -7.2   | -4.3   |
| 日均住院费用（元） | 1147.3 | 1138.3 | 1277.7  | 1266.4  | 1539.0  | 1517.6  | 684.5  | 647.0  |
| 上涨%（当年价格） | -2.1   | -0.8   | -0.8    | -0.9    | -2.4    | -1.4    | -3.8   | -5.5   |
| 上涨%（可比价格） | -2.3   | -0.8   | -1.0    | -0.9    | -2.6    | -1.4    | -3.9   | -5.5   |

注：①绝对数按当年价格计算。②2025 年居民消费价格指数为 100.0。③次均门诊费用指门诊患者次均医药费用，次均住院费用指出院患者次均医药费用，日均住院费用指出院患者日均医药费用。下表同。

（二）基层医疗卫生机构患者医药费用。2025 年，社区卫生服务中心次均门诊费用 150.1 元，按当年价格比上年下降 11.7%，按可比价格下降 11.7%；次均住院费用 3075.5 元，按当年价格比上年下降 3.7%，按可比价格下降 3.7%。日均住院费用 354.4 元。

2025 年，社区卫生服务中心次均门诊药费（105.7 元）占次均门诊费用的 70.4%，比上年（72.3%）减少 1.9 个百分点；次均住院药费（695.0 元）占次均住院费用的 22.6%，比上年（25.3%）下降 2.7 个百分点。

2025 年，乡镇卫生院次均门诊费用 79.4 元，按当年价格比上年下降 9.4%，按可比价格下降 9.4%；次均住院费用 1990.2 元，按当年价格比上年下降 5.0%，按可比价格下降 5.0%。日均住院费用 304.1 元。

2025 年，乡镇卫生院次均门诊药费（46.7 元）占次均门诊费用的 58.8%，比上年（59.9%）下降 1.1 个百分点；次均住院药费（492.2 元）占次均住院费用的 24.7%，比上年（27.8%）下降 3.1 个百分点。

表 16 基层医疗卫生机构患者门诊和住院费用

| 指 标       | 社区卫生服务中心 |        | 乡镇卫生院  |        |
|-----------|----------|--------|--------|--------|
|           | 2024     | 2025   | 2024   | 2025   |
| 次均门诊费用（元） | 169.9    | 150.1  | 87.6   | 79.4   |
| 上涨%（当年价格） | -10.7    | -11.7  | -7.2   | -9.4   |
| 上涨%（可比价格） | -10.9    | -11.7  | -7.4   | -9.4   |
| 次均住院费用（元） | 3193.9   | 3075.5 | 2095.8 | 1990.2 |
| 上涨%（当年价格） | -4.2     | -3.7   | -3.7   | -5.0   |
| 上涨%（可比价格） | -4.4     | -3.7   | -3.9   | -5.0   |
| 日均住院费用（元） | 362.8    | 354.4  | 328.4  | 304.1  |
| 上涨%（当年价格） | -5.3     | -2.3   | -4.0   | -7.4   |
| 上涨%（可比价格） | -5.5     | -2.3   | -4.2   | -7.4   |

## 六、疾病控制与公共卫生

（一）法定传染病报告发病和死亡。2025 年，全国甲乙类传染病报告发病 419.34 万例，报告死亡 2.41 万人。报告发病数居前 5 位的是新型冠状病毒感染、病毒性肝炎、肺结核、梅毒、淋病，占甲乙类传染病报告发病总数 94.10%。报告死亡数居前位的是艾滋病、病毒性肝炎、肺结核、狂犬病、新型冠状病毒感染，占甲乙类传染病报告死亡总数的 99.66%。2025 年，全国甲乙类传染病报告发病率为 298.19/10 万，死亡率为 1.7141/10 万。

2025 年，全国 11 种丙类传染病共报告发病 2057.21 万例，死亡 51 人。报告发病数居前 5 位的病种依次为流行性感、其他感染性腹泻病、手足口病、流行性腮腺炎和急性出血性结膜炎，占丙类传染病报告发病总数的 99.97%。报告死亡数较多的病种依次为流行性感、其他感染性腹泻病和包虫病，占丙类传染病报告死亡总数的 96.08%。

2025 年，全国丙类传染病报告发病率为 1462.87/10 万，死亡率为 0.0037/10 万。

表 17 全国甲乙类传染病报告发病及死亡数

| 病名         | 发病例数    |         | 死亡人数  |       |
|------------|---------|---------|-------|-------|
|            | 2024    | 2025    | 2024  | 2025  |
| 总计         | 5077706 | 4193375 | 25564 | 24107 |
| 鼠疫         | 2       | -       | 1     | -     |
| 霍乱         | 10      | 17      | -     | -     |
| 新型冠状病毒感染   | 1710636 | 1554677 | 128   | 54    |
| 传染性非典型肺炎   | -       | -       | -     | -     |
| 艾滋病        | 54931   | 49326   | 19970 | 19097 |
| 病毒性肝炎      | 1391122 | 1189125 | 3225  | 2797  |
| 脊髓灰质炎      | -       | -       | -     | -     |
| 人感染新亚型流感   | -       | 15      | -     | -     |
| 麻疹         | 1272    | 1770    | -     | -     |
| 流行性出血热     | 4259    | 3271    | 12    | 16    |
| 狂犬病        | 167     | 247     | 148   | 233   |
| 流行性乙型脑炎    | 125     | 128     | 3     | 9     |
| 登革热        | 24278   | 10008   | -     | -     |
| 猴痘         | 551     | 943     | -     | -     |
| 炭疽         | 471     | 467     | 5     | 3     |
| 细菌性和阿米巴性痢疾 | 34349   | 30075   | -     | -     |
| 肺结核        | 569081  | 555713  | 1989  | 1845  |
| 伤寒和副伤寒     | 4621    | 5015    | -     | 1     |
| 流行性脑脊髓膜炎   | 129     | 187     | 7     | 10    |
| 百日咳        | 476690  | 33364   | 30    | -     |
| 白喉         | -       | -       | -     | -     |
| 新生儿破伤风     | 19      | 10      | -     | 1     |
| 猩红热        | 66433   | 51780   | -     | -     |
| 布鲁氏菌病      | 62055   | 56326   | 3     | -     |
| 淋病         | 101199  | 109585  | 1     | -     |
| 梅毒         | 572092  | 536815  | 27    | 28    |
| 钩端螺旋体病     | 426     | 658     | -     | 2     |
| 血吸虫病       | 5       | 7       | -     | -     |
| 疟疾         | 2783    | 3846    | 15    | 11    |

注：①人感染新亚型流感于 2025 年 9 月 1 日纳入乙类传染病管理。②猴痘于 2023 年 9 月 20 日纳入乙类传染病管理。③新型冠状病毒感染死亡病例包括新型冠状病毒感染导致呼吸功能衰竭死亡病例和基础疾病合并新型冠状病毒感染死亡病例。

表 18 全国丙类传染病报告发病及死亡数

| 病名          | 发病例数     |          | 死亡人数 |      |
|-------------|----------|----------|------|------|
|             | 2024     | 2025     | 2024 | 2025 |
| 合计          | 11121101 | 20572134 | 29   | 51   |
| 流行性感        | 8417396  | 17053244 | 20   | 41   |
| 流行性腮腺炎      | 92060    | 83413    | -    | -    |
| 风疹          | 427      | 367      | -    | -    |
| 急性出血性结膜炎    | 28798    | 24279    | -    | -    |
| 麻风病         | 136      | 116      | -    | -    |
| 流行性和地方性斑疹伤寒 | 1638     | 1409     | -    | -    |
| 黑热病         | 252      | 322      | -    | 1    |
| 包虫病         | 3615     | 2976     | 7    | 4    |
| 丝虫病         | -        | -        | -    | -    |
| 手足口病        | 1051262  | 1473914  | -    | 1    |
| 其他感染性腹泻病    | 1525517  | 1932094  | 2    | 4    |

（二）免疫规划和预防接种。2025 年，在全国开展国家免疫规划疫苗常规免疫工作，以乡（镇、街道）为单位适龄儿童国家免疫规划疫苗接种率>90%。

（三）血吸虫病防治。2025 年末，全国血吸虫病流行县（市、区）450 个；达到消除、传播阻断的县（市、区）分别为 421 个、29 个；2025 年，全国晚期血吸虫病病人 26688 人，比上年减少 633 人。

（四）地方病防治。2025 年末，全国克山病病区县（市、区）数 333 个，已消除 333 个，现症病人 0.3 万人；大骨节病病区县（市、区）数 379 个，已消除 379 个，现症病人 15.2 万人；碘缺乏病县（市、区）数 2819 个，消除 2809 个。地方性氟中毒（饮水型）病区县（市、区）数 1030 个，控制 973 个，病区村（居委会）数 50534 个，8~12 周岁氟斑牙病人 12.2 万人，氟骨症病人 5.3 万人；地方性氟中毒（燃煤污染型）病区县（市、区）数 171 个，消除 171 个，8~12 周岁氟斑牙病人 1.5 万人，氟骨症病人 12.6 万人。地方性砷中毒（饮水型）病区县（市、区）数 121 个，消除 114 个，病区村（居委会）数 1567 个，现症病人 0.4 万人；地方

性砷中毒（燃煤污染型）病区县（市、区）数 12 个，消除 12 个，现症病人 0.3 万人。

（五）慢性病综合防治。截至 2025 年底，全国现有 578 个国家级慢性病综合防控示范区，2841 个县（市、区）启动了全民健康生活方式行动。2025 年，在中央财政转移支付地方慢性病防治项目资金支持下，对 222.9 万高危人群开展上消化道癌、肝癌、肺癌、结直肠癌、乳腺癌等重点癌症筛查和早诊早治工作，对 37.4 万人进行心脑血管疾病筛查，为 158.4 万儿童开展免费口腔检查。

（六）环境健康影响因素监测。2025 年，在全国所有县区开展城乡饮用水水质监测，共设置监测点 13.7 万个，采集 27.7 万份水样开展水质检测；在 87 个城市设置 167 个监测点，开展空气、气候与健康综合监测与干预；在 134 个城市设置公共场所监测点，对 8315 家公共场所开展健康危害因素监测。

（七）职业病防治。截至 2025 年末，全国共建设健康企业 3.2 万家；将 19.2 万家企业纳入职业病危害专项治理范围并完成治理任务。截至 2025 年末，全国共有职业卫生技术服务机构 1447 家，放射卫生技术服务机构 797 家，化学品毒性鉴定机构 20 家。职业健康检查机构 6111 家，共报告职业健康检查个案信息 2571 万例，发现职业禁忌证 49.6 万例、疑似职业病 1.04 万例；职业病诊断机构 723 家，共完成 21279 人次的职业病诊断；中央转移地方资金建设的 900 家尘肺病康复站（点）累计提供 328.4 万人次的康复服务。2025 年全国共报告各类职业病新病例 10237 例，其中职业性尘肺病及其他呼吸系统疾病 6214 例（其中职业性尘肺病 6153 例），职业性耳鼻喉口腔疾病 2083 例，职业性传染病 539 例，职业性化学中毒 470 例，物理因素所致职业病 693 例，职业性皮肤病 101 例，职业性肿瘤 51 例，职业性眼病 63 例，职业性放射性疾病 12 例，其他职业病 11 例。

七、妇幼健康与健康老龄化

（一）妇幼健康。2025 年，孕产妇产前检查率 98.4%，产后访视率 97.5%。与上年比较，产前检查率和产后访视率均有提高。2025 年住院分娩率为 99.95%（市 99.97%，县 99.90%），基本实现全部住院分娩。

2025 年，3 岁以下儿童系统管理率 95.4%，孕产妇系统管理率 95.1%，均比上年有所提高。

表 19 孕产妇及儿童保健情况

| 指标              | 2024  | 2025  |
|-----------------|-------|-------|
| 产前检查率（%）        | 98.3  | 98.4  |
| 产后访视率（%）        | 97.3  | 97.5  |
| 住院分娩率（%）        | 99.95 | 99.95 |
| 市               | 99.98 | 99.97 |
| 县               | 99.92 | 99.90 |
| 3 岁以下儿童系统管理率（%） | 94.9  | 95.4  |
| 产妇系统管理率（%）      | 94.9  | 95.1  |

（二）5 岁以下儿童死亡率。据全国妇幼健康监测，2025 年，5 岁以下儿童死亡率 5.4‰，其中：城市 3.0‰，农村 6.5‰；婴儿死亡率 3.8‰，其中：城市 2.3‰，农村 4.4‰。与上年比较，全国 5 岁以下儿童死亡率、婴儿死亡率均有不同程度下降。

（三）孕产妇死亡率。据全国妇幼健康监测，2025 年，全国孕产妇死亡率为 13.4/10 万，其中：城市 12.4/10 万，农村 14.3/10 万。与上年比较，全国孕产妇死亡率有所下降。

表 20 监测地区孕产妇和儿童死亡率

| 指标             | 合计   |      | 城市   |      | 农村   |      |
|----------------|------|------|------|------|------|------|
|                | 2024 | 2025 | 2024 | 2025 | 2024 | 2025 |
| 孕产妇死亡率（1/10 万） | 14.3 | 13.4 | 12.5 | 12.4 | 15.9 | 14.3 |
| 5 岁以下儿童死亡率（‰）  | 5.6  | 5.4  | 3.4  | 3.0  | 6.6  | 6.5  |
| 婴儿死亡率（‰）       | 4.0  | 3.8  | 2.6  | 2.3  | 4.6  | 4.4  |
| 新生儿死亡率（‰）      | 2.5  | 2.3  | 1.5  | 1.4  | 2.9  | 2.6  |

（四）国家免费孕前优生检查项目。全国所有县（市、区）均开展免费孕前优生健康检查，为农村计划怀孕夫妇免费提供健康教育、健康检查、风险评估和咨询指导等孕前优生服务，2025 年目标人群覆盖率平均达 93.3%。筛查出的风险人群获得针对性的咨询指导和治疗转诊等服务，落实了孕前预防措施，有效降低了出生缺陷的发生风险。

（五）老年健康服务和医养结合。截至 2025 年末，全国设有老年疾病国家临床医学研究中心 6 个；设有老年医学科的二级及以上综合性医院 8352 个，建成老年友善医疗机构的综合性医院 16981 个、基层医疗卫生机构 40645 个，安宁疗护服务在 185 个市（区）重点推开。全国共有医养结合机构 8289 个，其中进行养老机构备案的医疗卫生机构 3650 个，设立医疗卫生机构的养老机构 4639 个。

## 八、食品安全与卫生监督

（一）食品安全风险监测。截至 2025 年末，全国设置食品安全风险监测点 2835 个，对 23 大类 11.0 万份样品开展污染物及有害因素监测；在 5.6 万个医疗机构、全部县级及以上疾控机构开展食源性疾病的监测，全国共报告食源性疾病暴发事件 8070 起，发病 33671 人，死亡 96 人。

（二）公共场所卫生监督。2025 年，全国公共场所卫生被监督单位 178.0 万个，从业人员 769.8 万人。对公共场所进行监督检查 135.5 万户次，依法查处案件 2.5 万件。

（三）生活饮用水卫生监督。2025 年，全国生活饮用水卫生（供水）被监督单位 11.7 万个，直接从事供、管水人员 84.9 万人。对生活饮用水卫生（供水）监督检查 8.8 万户次。全国涉及饮用水卫生安全产品被监督单位 7584 个，从业人员 13.2 万人。对涉及饮用水卫生安全产品进行监督检查 4221 户次。依法查处生活饮用水和涉及饮用水安全产品案件 873 件。

（四）消毒产品和餐厨具集中消毒卫生监督。2025 年，全国消毒产品被监督单位 31307 个，专职从业人员 18.42 万人。消毒产品监督检查 1.86 万户次，抽检 9655 件，合格率为 99.5%。依法查

处案件 1419 件。全国餐具饮具集中消毒服务单位 3468 个，从业人员 3.8 万人。监督检查 4939 户次，依法查处案件 410 件。

（五）学校卫生监督。2025 年，全国被监督学校 16.2 万个，监督检查 14.4 万户次，查处案件 2074 件。

（六）职业卫生和放射卫生监督。2025 年，全国监督检查用人单位 15.7 万次，查处案件 3863 件，放射诊疗被监督单位 10.9 万户，进行监督检查 8.3 万户次，依法查处放射卫生案件 3318 件。对职业健康检查、职业病诊断、职业卫生技术服务机构、放射卫生技术服务机构进行监督检查 9010 户次，依法查处案件 443 件。

（七）医疗监督和传染病防治卫生监督。2025 年，依法对医疗机构或医务人员作出卫生行政处罚 2.6 万余件。行政处罚无证行医 0.7 万余件。依法查处传染病防治案件 1.84 万件。

（八）妇幼健康监督。2025 年，全国妇幼健康被监督单位 1.7 万个，妇幼健康被监督单位监督检查 1.6 万户次，依法查处案件 233 件。

## 九、人口家庭发展

（一）人口概况<sup>12</sup>。2025 年末全国人口 140489 万人。全年出生人口 792 万人，出生率为 5.63‰；死亡人口 1131 万人，死亡率为 8.04‰；自然增长率为-2.41‰。0~15 岁人口占比 16.4%，岁及以上人口占比 15.9%。出生人口性别比为 111.5，同比下降 0.2。

（二）托育服务。2025 年末全国每千人口拥有 3 岁以下婴幼儿托位数达到 4.73 个，托育服务县级覆盖率 98.8%。托育服务机构总数 12.6 万家，比上年增长 10.5%。托位总数 665.7 万个，比上年增长 16.0%。托育从业人员 143.1 万人，比上年增长 13.1%。

（三）“两项制度”。2025 年农村部分计划生育家庭奖励扶助制度覆盖 2766.7 万人，计划生育家庭特别扶助制度覆盖 217.8 万人。“两项制度”中央财政投入资金 224.6 亿元。

---

**注解：**

- 1.医疗卫生机构包括医院、基层医疗卫生机构、专业公共卫生机构、其他机构。
- 2.公立医院指经济类型为国有和集体办的医院。
- 3.民营医院指公立医院以外的其他医院，包括联营、股份合作、私营、台港澳投资和外国投资等医院。
- 4.基层医疗卫生机构包括社区卫生服务中心（站）、街道卫生院、乡镇卫生院、村卫生室、门诊部、诊所（医务室）。
- 5.专业公共卫生机构包括疾病预防控制中心（卫生监督所）、专科疾病防治机构、妇幼保健机构、健康教育机构、急救中心（站）、采供血机构、计划生育技术服务机构等。
- 6.政府办医疗卫生机构指卫生健康、教育、民政、公安、司法、兵团等行政部门举办的医疗卫生机构。
- 7.卫生人员包括卫生技术人员、乡村医生和卫生员、其他技术人员、管理人员、工勤技能人员。按在岗职工数统计，包括在编、合同制、返聘和临聘半年以上人员。
- 8.卫生技术人员包括执业（助理）医师、注册护士、药师（士）、技师（士）、卫生监督员、其他卫生技术人员。
- 9.执业（助理）医师指取得医师执业证书且实际从事临床工作的人员。
- 10.注册护士指取得注册护士证书且实际从事护理工作的人员。
- 11.中医类医疗卫生机构包括中医、中西医结合、民族医的医院、门诊部、诊所及科研机构。
- 12.人口概况数据中，出生人口性别比根据住院分娩活产数据计算，其余为国家统计局公布数据。
- 13.本公报中部分数据合计数或相对数由于单位取舍不同而产生的计算误差，均未作机械调整。

# 特殊教育发展提升“十五五”行动计划

教基〔2026〕9号

来源：教育部官网

办好特殊教育是促进残疾儿童青少年全面发展、更好融入社会生活的重要途径。为推进特殊教育优质融合发展，特制定本计划。

## 一、总体要求

坚持以习近平新时代中国特色社会主义思想为指导，全面贯彻党的教育方针，落实立德树人根本任务，遵循特殊教育发展规律和残疾儿童青少年学习规律，坚持普惠发展、有教无类，坚持数字赋能、因材施教，坚持多元成才、自强自立，加快建设高质量特殊教育体系，不断提升特殊教育公共服务的普惠性、可及性、便捷性，持续增强残疾儿童青少年融入社会和终身发展的能力。到2030年，适龄残疾儿童义务教育入学率巩固在97%以上，特殊教育保障机制不断完善，特殊教育数字化、智能化水平逐步增强，基本形成特殊教育优质融合普惠发展格局。

## 二、充分保障残疾儿童青少年受教育机会

（一）扩大特殊教育资源供给。实施新一轮特殊教育学校标准化建设工程，支持人口20万以上县（市、区、旗）办好一所达到标准的特殊教育学校，鼓励有条件的地区建设从学前到高中阶段十五年一贯制特殊教育学校。统筹整合区域校舍、师资等教育资源，推动有条件的普惠性幼儿园、招收残疾学生的普通中小学设立特殊教育部（班）。鼓励特殊教育学校和有条件的儿童福利机构、残疾儿童康复机构办好学前部或附设幼儿园。支持有条件的儿童福利机构设立特殊教育学校（班）。

（二）优化残疾儿童教育安置。建立健全县域残疾儿童数据共享和入学联动机制，全面落实“一人一案”教育安置政策。坚持就近就便原则，支持普惠性幼儿园、普通中小学优先接收片区内能够适应幼儿园、普通学校生活的残疾儿童随班就读，做到应融尽融、应入尽入。完善送教上门制

度，推动各地科学评估确定服务对象，规范送教服务管理，探索线上线下联动送教，具备入校就读条件的残疾儿童不纳入送教范围。

（三）畅通残疾学生升学渠道。扩大残疾学生接受高中及以上教育的机会。分类推进残疾青少年高中阶段教育。支持残疾学生中高职和职业本科衔接贯通培养。鼓励具备条件的特殊教育中等职业学校与高等职业学校联合开展五年一贯制办学。支持高校加强适合残疾人学习的相关专业建设，积极招收符合录取标准的残疾考生。持续提升高校残疾学生支持保障水平，加强学业帮扶、生活服务、就业指导等。完善面向残疾学生的招生考试政策，与普通高考有机衔接。为残疾学生参加高考提供必要支持条件和合理便利。

### 三、着力提高特殊教育质量

（四）持续深化特殊教育课程教学改革。修订特殊教育学校义务教育课程设置方案和课程标准，推动完善特殊教育学校义务教育各学科课程教材。深化以核心素养为导向、德智体美劳全面培养的特殊教育学校课程教学改革。重视和加强分类心理健康教育服务。开展适应儿童青少年特殊需要的读书、文体等活动。试点开发数字教材，鼓励更多教材出版单位制作大字版教材。持续开展特殊教育教师教学基本功展示交流活动和融合教育优秀教育教学案例征集、特殊教育精品课遴选。加强国家教学成果奖特殊教育相关成果推广，充分发挥特殊教育改革实验区引领作用。推动开展国家通用手语和国家通用盲文水平等级测试。

（五）加快提升孤独症儿童教育水平。支持人口规模大的城市建设孤独症儿童特殊教育学校。开发面向孤独症儿童、教师、家长的优质数字教育资源，推进科学适宜的孤独症儿童教育教学和评价。加强孤独症儿童关爱服务，探索完善助教陪读人员准入、质量保障等路径，为孤独症儿童更好地融入普通学校生活提供支持。强化孤独症儿童教育等紧缺领域师资培养培训。

（六）不断强化特殊教育专业支持。充分发挥各地特殊教育专家委员会作用，建立健全科学完善的特殊儿童筛查评估、教育安置等工作制度。

依托高校和科研机构分片区布局建设一批国家级特殊教育资源中心，依托现有特殊教育资源加快建设省、市、县特殊教育资源中心，鼓励依托在乡镇（街道）的中小学建设特殊教育资源中心。充分利用辅助技术和康复辅助器具最大限度减少残疾学生的功能障碍，继续实施辅助器具进校园工程。加强医疗机构、妇幼保健机构、儿童福利机构、康复机构与学校合作，为残疾学生提供教育康复服务。加强学校家庭社会协同育人，引导尊重差异、多元支持，有效防范针对残疾学生的歧视行为和校园欺凌现象。

（七）一体推进残疾学生职业教育和就业衔接发展。支持开设适应孤独症、智力残疾和多重残疾等学生学习特点和市场需求的專業。完善面向残疾学生的职业教育课程体系、人才培养模式，推动办学质量提升。深化科教融汇、产教融合，推动校企联合开发课程教材，共建专业、实习实训基地和产业学院。鼓励职业教育机构加强残疾学生职业技能培训，做好生涯规划和就业指导。

#### **四、促进特殊教育数字化发展**

（八）积极推进特殊教育数字化建设。推进特殊教育学校智慧校园、智慧教室建设，提升特殊教育学校的数字化基础设施水平。加强国家中小学智慧教育平台特殊教育资源供给，扩充特殊教育学生学习、教师教学、学校管理、教育创新等方面优质数字资源。推进特殊教育数据集成，打造特殊教育数据共享网络，强化大数据赋能特殊教育。

（九）探索人工智能助力特殊教育发展。加大人工智能、大数据、虚拟现实等新技术在特殊教育的应用。鼓励建设特殊教育智能体，支持将人工智能技术融入特殊教育教学全要素全过程。创新智能学伴、智能教师等人机协同教育教学新模式，探索人工智能驱动的因材施教。组织开展“人工智能+特殊教育”应用场景典型案例征集。探索人工智能赋能随班就读学生助教陪读、重度残疾学生送教上门等应用场景。

#### **五、强化特殊教育普惠发展**

（十）巩固完善特殊教育经费投入机制。落实好义务教育阶段特殊教育学校和随班就读残疾学生生均公用经费补助标准。各地可结合实际研究

对招收残疾幼儿的幼儿园补助政策。中央财政特殊教育补助资金重点支持改善特殊教育薄弱环节。符合条件的残疾学生按规定享受助学金、生活补助、减免学杂费等资助政策，做到应助尽助。进一步优化完善残疾学生特殊学习用品、干预训练及送教上门教师交通费补助等政策。积极鼓励企事业单位、社会组织和公民个人捐资助学，支持特殊教育发展。

（十一）持续改善特殊教育办学条件。适应特殊教育高质量发展，修订特殊教育学校建设标准。改善幼儿园、普通中小学校、中等职业学校特殊教育资源教室条件。开展特殊教育学具、教具成果展示活动。积极建设包容接纳的无障碍校园环境，新建、改建、扩建各级各类学校要符合《中华人民共和国无障碍环境建设法》等相关要求，为残疾学生在校学习和生活提供无障碍支持服务。支持高校、科研单位和企事业单位研发无障碍教学装备与辅助技术。

（十二）加强特殊教育师资队伍建设。按照国家和地方相关标准配足配齐特殊教育教师，并向招收孤独症、重度残疾、多重残疾学生较多学校倾斜。县级以上教研机构应配足配齐特殊教育教研员，提高教研员队伍的专业素质和指导水平。推动师范类专业开设特殊教育课程内容，将特殊教育纳入师范类学生必修课程。推动普通中小学（幼儿园）校（园）长、教师融合教育全员培训。逐步完善从事残疾学生教育和康复服务的特殊教育教师、校医和康复师职称晋升机制。落实特殊教育教师优待政策，教师职称评聘和表彰奖励向特殊教育教师倾斜。符合条件的特殊教育教师按照国家规定享受特殊教育津贴。

## **六、加强特殊教育国际交流合作**

（十三）拓展特殊教育对外合作渠道。积极将特殊教育纳入政府间双边教育交流合作机制框架，以共建“一带一路”国家，特别是周边国家、非洲国家等为重点，深化特殊教育领域多维度、深层次交流合作。支持高校、科研机构、特殊教育学校与国外高水平研究机构开展特殊教育相关学科专业学术交流。

（十四）提升特殊教育对外交流水平。加大特殊教育领域国际化人才

培养力度，夯实对外交流人才支撑。搭建全球特殊教育理念互通、经验互鉴、成果展示专业平台，推动特殊教育数字资源共建共享。积极参与国际组织特殊教育项目，深度参与全球特殊教育政策、标准和规范制定，推动我国特殊教育改革发展经验转化为全球公共产品，为全球特殊教育发展提供中国智慧与方案。

## **七、组织实施**

加强党对特殊教育工作的全面领导，各地要加强统筹规划和政策协调，建立多部门共同推进落实机制，形成工作合力。研究完善残疾人教育法律制度，切实履行部门职责，构建政府主导、社会参与的特殊教育发展格局，鼓励社会组织开展特殊教育公益活动。加强特殊教育政策宣传解读，引导增强对办好特殊教育的共识，共同营造全社会关心支持特殊教育的良好氛围。

## 【资讯动态】

### 习近平 | 加快建设健康中国

来源：求是网

到 2035 年建成健康中国，是中共中央作出的一项战略决策。“十五五”是实现这一目标的关键时期，我们必须统筹谋划、加紧推进，力求取得决定性进展。

第一，坚持从我国国情出发推动卫生与健康事业发展。我国是社会主义国家，是人口规模巨大、城乡区域差距仍然较大的发展中国家，这决定我们必须坚持党对卫生与健康工作的领导，坚持人民至上、生命至上，坚持健康优先发展战略，坚持基本医疗卫生事业的公益性，走中国特色卫生与健康发展道路。在 2016 年的全国卫生与健康大会上，中共中央明确提出新时代卫生与健康工作方针，即以基层为重点，以改革创新为动力，预防为主，中西医并重，把健康融入所有政策，人民共建共享。新时代以来我国卫生与健康事业发展取得的历史性成就，充分证明这些要求符合我国国情，是完全正确的。当前和今后一个时期，我国卫生与健康工作需要因应形势发展变化，优化完善一些具体政策举措，但是走中国特色卫生与健康发展道路不能动摇，贯彻新时代卫生与健康工作方针不能动摇。在这些根本问题上，必须始终头脑清醒、保持战略定力。

第二，突出重点推进健康中国建设。健康中国建设是一项系统工程。面对人民群众日益增长的多元化卫生健康需求，我们要紧紧抓住那些惠及面广、牵一发而动全身、对整个卫生与健康事业有重大影响的工作，集中力量和资源推动，不断取得新的成效。比如，健全公共卫生体系，要求深化社会共治、医防协同、医防融合，强化传染病预防控制、监测预警、医疗救治、应急处置、物资保障和监督管理。要高度重视心理健康和精神卫生问题，加强预防引导、早期发现和综合干预。再比如，人们对建设优质

高效医疗服务体系的期望很高，要继续优化体系布局，实施医疗卫生强基工程，促进分级诊疗，加强县区和基层医疗卫生机构运行保障。要推进中西医结合，针对重点人群和薄弱专科加快补齐医疗服务短板，提高慢性病综合防控水平，扩大康复护理和安宁疗护等服务供给。又比如，倡导健康文明的生活方式，需要进一步提高全民健康素养，开展全民健身和爱国卫生运动，引导人们合理膳食、加强健康体重管理等，这些都要有实际举措和具体抓手。重点工作做到位了，健康中国建设就能扎实推进。

第三，为健康中国建设提供有力保障。这方面，要健全党委统一领导、党政齐抓共管的工作格局，完善健康促进政策制度体系，将健康理念融入公共政策制定实施的全过程。要深化公立医院改革和医保支付方式改革，健全药品价格形成机制、优化药品和医用耗材集中采购政策，提高医保资金使用效率，完善医疗、医保、医药协同发展和治理机制。要推动科技创新成果在卫生健康领域转化运用，推进全民健康数智化建设。要加强卫生健康行业的党建工作，调动广大医务人员的积极性主动性创造性，加大人才培养力度，弘扬优良医德医风，着力营造风清气正的行业环境。

建设健康中国，需要全社会共同努力。人民政协要发挥专门协商机构作用，聚焦相关理论和实践问题深入调查研究，提出务实管用的对策建议。农工党、九三学社成员，医药卫生界、社会福利和社会保障界人士，要用好专业优势，为建设健康中国贡献智慧和力量。

## 总书记的人民情怀 | “推动未来产业同新兴产业、传统产业相得益彰”

来源：人民日报

未来产业，事关长远发展全局。

7月30日，习近平总书记主持中共中央政治局会议。会议强调：“积极推动前沿技术突破和未来产业发展，着力打造新兴支柱产业，持续推动传统产业改造升级。”

新时代以来，习近平总书记站在推进强国建设、民族复兴伟业战略高度，深刻把握新一轮科技革命和产业变革大势，强调“以科技创新为引领、以实体经济为根基，坚持全面推进传统产业转型升级、积极发展新兴产业、超前布局未来产业并举，加快建设现代化产业体系”，指引我国产业加快迈向高质量发展。

强化系统布局，“牢牢把握发展主动权”。

当今世界，科技创新一日千里，科技竞争日趋激烈，中国如何抢抓机遇，赢得战略主动？

习近平总书记指出：“培育发展未来产业，对于我们抢占科技和产业制高点、牢牢把握发展主动权，对于发展新质生产力、建设现代化产业体系，对于提高人民生活品质、促进人的全面发展和社会全面进步，都具有重要意义。”

北京亦庄，新兴产业、未来产业的“热土”。今年2月，习近平总书记来到这里考察，叮嘱“要充分发挥我们国家集中力量办大事的优势，把各种优质要素集合起来攻关”。

今年3月，习近平总书记在全国两会“下团组”时强调，“在优化提升传统产业、培育壮大新兴产业、超前布局未来产业上开创新局面”。

“十五五”开局之年，从地方考察的精准调研，到两会“下团组”的科学部署，多个重要场合，释放“抢占科技和产业制高点”的鲜明信号，凸显“系统布局、谋定而动”的战略主动。

下好“先手棋”，打好“主动仗”，多年前的“播种未来”正结出累累硕果——

端稳能源“饭碗”，光伏发电装机历史性超过煤电；中国新能源汽车产销量连续11年位居世界第一；人工智能大模型、人形机器人等前沿成果不断涌现，越来越多的领域实现“并跑”乃至“领跑”……

深入固本培元，“加快建设现代化产业体系”。

现代化产业体系是现代化国家的物质技术基础，事关综合国力，事关国计民生。进入新发展阶段，如何打造自主可控、安全可靠、竞争力强的现代化产业体系？

2024年11月，习近平总书记在湖北考察时深切寄望：“坚持传统产业转型升级和培育壮大新兴产业、未来产业齐头并进”。

今年1月，习近平总书记主持中共中央政治局第二十四次集体学习时进一步指出：“传统产业底子雄厚，未来产业、新兴产业发展就会有后劲。”

卓越的战略眼光，引领各地持之以恒布局发力，换来“立国之本、强国之基”的步步夯实：

“推动产业高端化、智能化、绿色化”，钢铁、造船等传统产业日益焕发新活力；“瞄准未来科技和产业发展制高点”，“新三样”持续领跑全球，人工智能、机器人、生物医药蓬勃发展。

一体部署、协同并举，新故相推之间，新动能加速涌流：今年上半年，以高端制造、数字经济、现代服务为代表的新动能，对经济增长贡献率超四成，中国“成为创新力上升最快的国家之一”。

坚持稳中求进，“把需要和可能统一起来”。

立足新起点，习近平总书记高瞻远瞩：“要强化产业协同，推动未来产业同新兴产业、传统产业相得益彰。”

产业发展是多层次的宏阔整体，“相得益彰”，要坚持因地制宜。

在北京，勉励“打造世界级科技创新策源地”；在上海，瞩望“力争在人工智能发展和治理各方面走在前列”；在广东，要求“建设具有国际竞争

力的现代化产业体系”……殷殷嘱托化作实干动力，各地各尽其能、各展所长，优势互补、相得益彰，区域发展动力强劲。

产业变迁是久久为功的过程，“相得益彰”，要以恒心致恒进。

对人工智能这项“年轻的事业”，习近平总书记念兹在兹、细致部署——

聚焦行业探索，明确“有条件的地方可以探索人工智能，但还是要一步一步来”；锚定监管治理，强调“让人工智能这匹千里马既跑得快又跑得稳”；面向技术创新，提出“必须在基础理论、方法、工具等方面取得突破”……

务实求进，产业成长愈发茁壮：2025年人工智能核心产业规模超1.2万亿元，“‘中国智造’已成为中国式现代化的又一亮丽名片”。

科学谋划、系统布局、真抓实干，“未来产业与传统产业、新兴产业相辅相成、相互促进”，中国号巨轮将不断“塑造经济发展新动能、新优势”。

（记者 韩鑫）

## 北京大学以“三个转变”全面提升科技创新效能

来源：教育部官网

北京大学深入学习贯彻习近平总书记关于教育、科技创新的重要论述和对北大工作的重要指示批示精神，紧盯国家战略需求与世界科技前沿，加快转变科学研究范式、科研组织模式和科研服务理念，全面提升科技创新效能，为实现高水平科技自立自强贡献北大力量。

### 一、转变科学研究范式，引领创新发展路径

（一）以人工智能驱动科学研究。前瞻性提出“AI for Science”概念，强化人工智能和各学科的双向赋能，使数智化成为提升创新源头供给能力、引领未来科技发展的关键力量。成立校级人工智能发展委员会和工作专班，编制《人工智能发展行动计划》，系统谋划部署人工智能发展路线图。布局人工智能研究院，统筹全校“AI+”前沿交叉研究；强化智能学院建设，筑牢 AI 学科根基；与深圳市共建科学智能学院，推进 AI4S 学科建制化发展。牵头建设覆盖“数、理、化、天、地、生”六大基础学科资源的科学研究语料库，为范式变革提供重要基础设施。推动人工智能与多学科深度融合，取得系列重要成果，包括基于双智能体框架实现研究级数学开放问题的 AI 自主求解与大规模形式化验证、研发具身泛化技术及具身多模态大模型实现机器人泛化抓取等。

（二）推进学科交叉与联合攻关。充分发挥基础学科优势，依托学部建设理学、工学、信息、人文、社会科学、经济与管理、医学等 7 大综合交叉学科群，面向生物医学成像、基因测序、纳光电子、人工智能等若干前沿交叉领域，搭建跨学科、跨院系的交叉学科研究平台，以学科交叉驱动科研范式创新。在教育部基础学科和交叉学科突破计划中承担多个学科突破先导项目，与清华大学、中国科学技术大学、首都医科大学等 30 余所高校协同合作，探索“跨院校组织协同—校级工作专班统筹实施—首席科

学家牵头负责”的三位一体、上下贯通工作机制，切实保障项目的服务、管理和监督，进一步打破学科、学院、高校之间的壁垒。

（三）深化高质量产教融合。探索产学研合作新路径，积极推进北京大学昌平产教融合创新中心及配套项目建设，全力建设北京大学怀密医学中心，加快创建世界一流医学教育、研究与转化中心。建立“联合实验室+技术入股+转化基金”科技成果转化体系，实现从基础研究到独角兽企业的全链条孵化，涌现出一批行业标杆企业。探索科技成果转化新范式，加强知识产权全流程管理与高价值专利培育运营，以“孵投联动”“拨投联动”等产教融合举措助力孕育新兴产业和未来产业，打造科创孵化平台，推动高校科技成果转化范式变革。

## 二、转变科研组织模式，提升科研攻坚效能

（一）从“单兵攻坚”到“团队攻关”，推进重大项目平台建设实施。聚焦国家重大科技任务，统筹协调校内优势力量集中开展“兵团作战”，一体化实施组建跨学科团队、承担重大任务、产出高水平成果。依托校地联合研发平台、校企联合实验室建强应用基础研究创新团队，打造“高校理论创新—地方研究院技术研发—企业成果转化”的有组织科研全链条模式。吸收中芯国际、中国移动等行业龙头企业作为相关领域全国重点实验室共建单位，攻克共性技术难题，大幅缩短研发周期，加速产业创新发展。发挥重大科技平台核心载体作用，牵头建设多模态跨尺度生物医学成像设施，布局北京激光加速创新中心、轻元素量子材料交叉平台、分子影像与医学诊疗探针创新平台，切实提升体系化创新能力。

（二）从“分散投放”到“聚力攻坚”，构建任务导向的资源配置机制。坚持任务导向，推动创新资源向国家重大战略需求和校内重点布局方向集聚。巩固“学科质量年”“科技创新年”成果，深化一流学科建设，邀请校内外专家充分论证学科优势方向，设立专项计划加大支持力度，打造“高峰+高原”学科生态。完善资源精准投放机制，制定《北京大学理工科高水平研究团队建设试点方案》及实施细则，对高水平研究团队予以重点支持，强化队伍“聚合”能力，提升资源配置效率。推进重点科技创新基地实体

化建设，对于在建的 20 余家全国重点实验室（含国家研究中心），遵循“资源强挂钩”原则，在科研空间、硬件条件、人才保障、研究生名额等关键资源配置上予以优先支持和持续倾斜，充分释放国家战略平台的创新效能。

（三）从“深化合作”到“主动主导”，打造国际科创合作新格局。落实国家元首外交成果，建设“中俄基础科学研究院”，推动成立中白基础科学研究中心、中国—马来西亚“人工智能+新材料”联合实验室等，以高水平科技合作提升全球影响力。发挥国际科技合作平台引领作用，依托国家重大科技基础设施牵头筹划全景数字生命国际大科学计划，汇聚全球顶尖智力资源，精准服务生命健康领域国家重大战略，不断探索国际科技合作新模式。

### 三、转变科研服务理念，涵育一流创新生态

（一）厚植“人尽其才、才尽其用”的创新沃土。以顶尖人才牵引科技创新，健全高层次人才发现、引进和快速响应机制。实施博雅人才计划，充分发挥高水平科研平台吸引力，紧密对接上级政策、加强资源整合，持续引进多位国际顶尖科学家。激发科技人才创新活力，针对科技领军人才“研究起点高、攻关周期长、团队建设难”的特点，构建全周期支持体系，配套实施首席科学家责任制，赋予其在经费使用、团队组建、国际合作、平台建设等方面的高度自主权，确保能够围绕关键科学问题稳定投入、放手攻关。针对青年科技人才起步阶段的成长需求，通过教育部 U40 项目给予长周期稳定支持，鼓励坐“冷板凳”、闯“无人区”。

（二）树立“研究真问题、真解决问题”的鲜明导向。倡导“研究真问题”，开展“面向 2030 北京大学重大潜力成果”征集遴选工作，通过科学问题头脑风暴会等形式邀请产学研各领域专家跨界交流，针对成果内容开展充分质询论证，帮助成果负责人进一步聚焦问题、明确目标、厘清路径，共征集 281 项成果，涵盖具身智能、量子科技、6G 等国家“十五五”规划重点领域方向。推动“真解决问题”，面向国家重大战略需求，组织协调相关领域优势科研团队，凝聚合力攻关重大科研任务，牵头承担国家重点研发计划、国家科技重大专项等 300 余项，产出“可识别氢原子的高阶

静电力扫描探针技术”“集成光量子芯片大规模量子密钥分发网络”“零碳制氢及氢—碳资源优化利用”等一批重大原创成果。

（三）建立“重质量、重成果、重贡献”的评价体系。完善科技创新评价机制，组建成立科技成果评价委员会，汇集理工医等领域众多领军科学家，围绕关键问题、现实困难、可行方案、标志产出、实际贡献等核心要素，形成“北大成果五问”评价标准，力求全面准确反映科技成果创新水平，遴选扶持具有重大潜力的创新成果。构建北大特色科技评价矩阵，个人层面利用大数据、人工智能等新技术手段，构建多层次、动态化的“北大学者画像”；团队层面建立以“解决重大问题的实际贡献、团队协作价值、长远影响力”为核心的评价标准和识别机制；院系层面强调目标引领、应用导向，突出产学研用全链条创新，引导院系有组织提升科技成果转化和应用效能，着力推动产出高质量科技成果，营造良好创新生态。

# 上海交通大学构建教育科技人才良性循环长效机制 服务经济社会高质量发展

来源：教育部官网

上海交通大学深入贯彻党中央关于一体推进教育科技人才发展的战略部署，着力提升科技自主创新和人才自主培养能力，促进产学研深度融合，通过健全人才培养体系、优化科研组织模式、完善校地合作格局，构建教育科技人才良性循环的长效机制，助力经济社会高质量发展。

## 一、坚持“创新协同、产教育人”，构建更快响应社会需要的人才培养体系

（一）强化校企联合育人。集聚行业企业力量，创新“平台+项目+人才”培养模式，与中国船舶集团、南方电网等50余家行业龙头及科研机构确立校企联合培养机制，建成国家储能技术、人工智能、工业互联网等产教融合创新平台，开展校企联培专家队伍和合作课程建设，推动本研实质性贯通，深化工程硕博士产教融合培养改革，形成一批可复制推广的产教融合育人新模式。

（二）加快培养急需紧缺人才。聚焦国家战略、产业急需和新兴领域，超常布局学科专业、加快推进改革试点，前瞻部署招生规模、资源配置、组织保障等工作，切实提升国家战略急需人才“定制化培养”的响应速度。扎实推进集成电路学院、生物医药前沿学院、能源前沿学院等建设任务，参与上海创智学院建设，落地低空科学技术研究院、区域国别研究院等新型研究机构。近年来，年均在人工智能、医疗健康、新能源等学科领域扩招本科生150名，为战略性新兴产业储备急需高素质人才。

（三）汇聚世界一流教育资源。启动筹建张江国际理工学院，推动中外合作办学从“一对一”传统模式向“一对多”平台型学院模式转型。与新加坡南洋理工大学共建国际科技转移转化中心，打造“教育—科研—产

业”一体化的新型国际校区。主动发起参与国际大科学计划，加强与“一带一路”共建国家交流合作，推进新加坡研究生院、德国中心、法国中心、中东中心等建设布局，着力提升一流教育资源和创新要素集聚能力。

（四）积极推进“AI+教育教学”。深入推进人工智能赋能教育教学改革，成立由学校主要负责人担任组长的“AI+教育教学”推进工作领导小组，研究制定《“AI+教育教学”行动方案（2024—2026年）》，明确专业建设、课程优化、实验实践项目升级等十大建设任务。聚焦学生个性化培养、教学全要素建设，立项建设海洋智能无人技术等15个“AI+专业”、数字文创等45个“AI+微专业”和“深度学习及应用”等215门“AI+课程”。着力打造“人机协同、因材施教、真实任务驱动”的未来教学模式，持续提升师生人工智能素养，形成智慧教育新生态。

## 二、坚持“前沿导向、需求导向”，打造更加凸显质量贡献的科研组织模式

（一）强化战略领域技术攻坚。创立集中区、自由区和融合区等有组织科研“三区模式”，深入实施“大海洋”“大健康”“大信息”等专项行动计划，谋划推进“大材料”“大能源”等专项行动计划，着力建强人工智能、量子计算、可控核聚变等战略性新兴产业和未来产业相关学科。学校国家自然科学基金资助项目连续9年超千项，牵头建设10家、参与建设14家全国重点实验室，显著提升服务国家战略需求的科技攻关能力。

（二）打造基础研究创新高地。把握科技发展趋势，进一步创新基础研究范式，加快布局前瞻性基础研究，高质量服务国家创新体系建设。大力推动李政道研究所、张江高等研究院、思源研究院等跨学科新型科研平台建设，聚焦暗物质、中微子、量子计算等前沿领域积极培育国际大科学计划。完善竞争性支持和稳定支持相结合的投入机制，支持教师开展高风险、高价值基础研究，形成一批重大原创性、颠覆性科技成果。

（三）校企联合攻关关键技术。探索“企业出题、高校领题、问题共答、联合判卷”的科研组织新范式，持续提升与头部企业合作能级，建成校企联合研发平台近200个，合同经费超30亿元。持续探索“科研+人才+

转化”的全链条合作新模式，推动学校科研团队直接深入企业、直接参与科研攻关。

（四）驱动科技成果高效转化。推动建设“大零号湾”科技创新策源功能区，集聚4000余家硬科技企业，深入落实职务科技成果赋权、专有技术转化、成果评价等改革举措，发挥创新引领和辐射带动作用，以高水平科技成果转移转化服务区域经济发展和新质生产力培育。“十四五”期间，学校成果转化合同金额突破70亿元。

### 三、坚持“使命引领、战略牵引”，探索更好嵌入区域结构的校地合作格局

（一）点面结合深化校地联动。全面对接上海“五个中心”建设，深化与上海各区战略合作，因地制宜建设临港新片区智能制造、徐汇人工智能、长兴岛海洋装备、奉贤智能网联汽车等产业集聚区，强化“环交大”科创高地辐射效应。积极融入长三角、粤港澳、京津冀等重大战略区域发展进程，布局建设高水平平台，形成引领性创新集群。持续扩大省校合作范围，与近三分之二省份建立战略合作关系，形成覆盖全国重点区域的合作网络。

（二）布局共建地方研究院。聚焦地方主导产业和战略需求，在多个重点省份和城市布局建设地方研究院，有效支撑地方产业升级和高质量发展。如，上海交通大学四川研究院聚焦信息技术、先进材料、智能制造、生物医药等领域，统筹布局多区域研发基地，服务成渝地区双城经济圈建设；上海交通大学崖州湾深海科技研究院聚焦深海装备、深海生命、海洋生物等方向，建设海上试验场与高水平研发平台，打造深海科技创新高地，服务海洋强国与海南自贸港建设。

（三）助力建设人才集聚高地。落实上海建设高水平人才高地的总体部署，创新人才引育机制，组建由校长牵头、领域专家支撑的引育工作小组，加速从全球吸引集聚顶尖科学家与青年人才。为人才建立超常规支持机制，设立“基础研究特区计划”“交大2030计划”等资助项目，提供10年长周期稳定资助，不进行年度考核，不设定阶段性研究目标，支持引领

性、高风险、颠覆性研究，鼓励人才勇闯科技“无人区”。学校在国家及上海市各类人才计划中持续保持领先，五年来新增国家级人才近千人。

（四）打造乡村振兴示范样板。持续深化对云南省洱源县的定点帮扶，构建“产业引领、教育赋能、人才支撑、生态协同”的全面帮扶体系。依托云南（大理）研究院长期开展洱海水环境保护，显著提升洱海水质，为全国湖泊生态治理提供可复制的“洱海经验”。将生态保护、产业振兴、科研赋能与农民增收相结合，推动建设500亩海菜花种植试验基地，带动海菜花种植面积扩展到4000亩，形成代表性产业。2025年洱源县海菜花产业总产值4000万元，带动农民增收1080万元，打造“绿水青山就是金山银山”的生动样本。

## 【理论看点】

### 姜澜 | 锚定“十五五”发展蓝图 一体推进教育科技人才发展

来源：《中国高等教育》2026 年第 15/16 期

“十五五”时期是实现 2035 年建成教育强国目标的核心窗口期。近期，国务院印发《教育发展“十五五”规划》，要求深化教育综合改革，强化一体推进教育科技人才工作协同。高校作为一体推进教育科技人才发展的重要枢纽，必须完整、准确、全面贯彻落实规划部署，坚持分类发展、特色兴校，以系统性变革推动教育、科技、人才深度贯通融合，为全面推进教育强国建设提供有力支撑。

**坚持立德树人夯实一体发展根基。**高校应立足强国建设战略使命，主动破解当前高等教育育人体系条块分割、思政教育与专业教育融合不够、创新素养培育滞后等深层次问题，重塑育人逻辑，构建贯通式、一体化育人新格局。高标准实施新时代立德树人工程，坚持不懈用习近平新时代中国特色社会主义思想铸魂育人，全面落实新时代高校思政课课程方案，推动中国哲学社会科学自主知识体系有机融入教材建设、课堂教学、实践育人各环节。依托学科建设、科研创新、管理服务、校园文化多元阵地，深化全员全过程全方位全领域育人，压实育人责任、细化落地举措，确保取得育人实效。强化数智时代育人范式系统性重塑，构建“教师—学生—AI—环境—文化”融合育人生态，着力塑造学生创新创造力、数字素养与 AI 伦理修养，培育堪当民族复兴大任的时代新人。

**坚持贯通融合打通一体发展核心路径。**高校要直面拔尖创新人才培养体系不完善、原始创新能力不强、学科交叉融合壁垒突出、科技成果转化机制不畅等堵点问题，以贯通式综合改革激活一体发展内生动力。持续深化拔尖创新人才培养机制改革，深化本研贯通培养，强化科教融汇、产教融合双轮驱动，依托未来学习中心重构教学模式、教学空间与教学内容，

常态化推行项目制跨学科育人。拓展基础研究布局，突破“从0到1”原创探索和未来产业关键核心技术瓶颈。按需动态调整学科专业，依托交叉学科中心打通院系壁垒，实现资源共享与多学科深度融合。以垂类智能体助力科研范式变革，推动AI赋能大科学装置运行、加速跨学科协同、缩短科研迭代周期。深化“先赋权后行权”科技成果转化机制，完善稳定专项经费池、代表作评价、豁免短期考核等保障制度，涵育潜心恒心的科研生态。

**坚持人才引领汇聚一体发展第一资源。**高校需聚焦青年人才培养机制不完善、评价机制对创新活力激发作用不强等现实短板，以师资队伍提质增效夯实一体化发展根基。推动教育家精神、科学家精神深度融入课堂教学、科研育人、师资培养全过程，健全师德师风建设长效机制，充分发挥黄大年式教师团队示范引领作用。依托国家重大科技任务育才砺才，在实战攻关中锻造青年人才，充分赋予科研自主权，完善青年人才成长保障和创新容错纠错机制。纵深推进人才评价改革，破除“五唯”顽疾，以创新能力、质量、实效、贡献为导向，推行长周期评价等多元考核评价模式。完善教师权益保障体系，持续优化薪酬激励体系，为一体发展提供不竭人才动能。

**坚持胸怀天下提升一体发展开放能级。**高校要立足全球科技创新竞争新格局，主动破解双向人才流动不足、开放育人体系不完善等痛点问题，以高水平对外开放赋能教育科技人才一体化高质量发展。统筹推进“引进来”与“走出去”，主动融入国家开放大局，提质升级中外合作办学项目，吸纳优质国际生源，培养兼具家国情怀与全球竞争力的拔尖创新人才和知华友华国际人才。前瞻布局基础研究国际协同攻关，主动谋划发起国际大科学计划、大科学工程，打造跨学科、国际化高水平学术共同体。深度对接区域对外开放战略，开展特色化国际合作，服务地方外向型经济发展。构建一流学术成果传播体系，推动中国学术成果、中国标准、中国经验走向世界，持续提升国际学术影响力、竞争力和话语权。

# 眭依凡 陈丹丹 | 基于聚焦世界一流大学目标的“双一流”高校建设绩效评价体系关键维度及其要素的理性思考

来源：《中国高教研究》2026 年第 7 期

**摘要：**构建科学的高校分类评价体系是高等教育强国建设的制度基础，探索有利于“双一流”建设高校聚焦世界一流大学目标的建设绩效评价改革，既是“高校分类评价改革”的需要，更是引领我国“双一流”建设高校自觉服务于国家科技创新战略及提升自身国际竞争力的需要。基于对高校分类评价与高校分类发展模式的重要性及其逻辑关系的讨论与认识，对世界一流大学的阐释以及对“双一流”建设高校“两个自主”使命责任的阐述，在提出“双一流”高校建设绩效评价设计，必须遵循有利于引领“双一流”建设高校为“提高人才自主培养质量和造就拔尖创新人才”，为国家的“高水平科技自立自强和增强自主创新能力”作出突出贡献，以及推进“高校内部治理现代化”三个原则基础上，从“拔尖创新人才培养”“科技创新及研发贡献”“大学内部治理现代化”三大方向，对“双一流”高校建设绩效评价体系建构的关键评价维度及其要素予以了深入思考、提炼与阐述。

**关键词：**“双一流”建设高校；分类评价；建设绩效；关键维度及要素

推进高校分类发展既是教育强国建设的战略需要，亦是高校按自身规律发展的必然选择。然而遗憾的是，我国高校自 20 世纪 90 年代中期至今，一直难以改变趋同化发展的状况。高校自觉按自己的属性层次定位发展何以如此艰难？究其根因在于，我们缺乏鼓励、引导以及稳定高校分类发展的评价制度设计。“双一流”建设高校亦有类似的问题。鉴于高校分类评价与高校分类发展具有不能割裂的逻辑关联性，故此构建有利于引领“双一流”建设高校自觉并致力于实现具有国际比较优势之世界一流大学目标的

建设绩效评价指标体系既重要又紧迫，而完成这项工作的前提是提炼其关键评价维度及其要素。

## 一、高校分类发展与高校分类评价的重要性

就高等教育宏观治理而言，基于国家高等教育整体布局战略需要的高校分类发展与旨在引领并鼓励高校自觉于分类发展的高校分类评价制度设计，两者之重要不仅在于前者是体现高校价值取向的治理目标，后者为推进高校按价值定位积极行动的治理手段，还在于两者具有因果的逻辑相关性。就高校内部治理而言，高校的分类发展与高校的分类评价既有利于高校理性认识及确定学校的价值定位及发展愿景，又有利于高校自觉于守持学校属性层次办学治校并基于此作出应有的社会贡献。

### （一）推进高校分类发展是教育强国建设的战略需要

所谓高校分类发展，即高校按所属类型、层次定位发展及办学治校。高校分类发展之所以受到国家如此高度重视，就在于高校分类发展是基于国家经济社会发展战略需求，旨在提升国家科技及人才竞争力对高等教育体系所进行的顶层设计和战略布局，其有利于推进高校依据自身的学科专业及其层次等属性特征科学定位并安于本位发展。由此不难理解《教育强国建设规划纲要（2024—2035年）》（以下简称《规划纲要》）何以把“分类推进高校改革发展”和“优化高等教育布局”作为“增强高等教育综合实力，打造战略引领力量”两个关系紧密的重大举措加以强调，并要求各类高校必须“按照研究型、应用型、技能型等基本办学定位，区分综合性、特色化基本方向，明确各类高校发展定位”，鼓励和支持“理工农医、人文社科、艺术体育等高校差异化发展”，要求通过统筹中央部门所属高校和地方高校发展，“加大高水平研究型大学建设力度，加快推进地方高校应用型转型”“支持部省合建高校加快发展，优化省部共建高校区域布局”。除了规划整合全国高等教育布局的战略及其实践需要，把“分类推进高校改革发展”和“优化高等教育布局”同时写入《规划纲要》亦有其学理上的逻辑关切：“分类推进高校改革发展”是“优化高等教育布局”得以实现的实践途径，而“优化高等教育布局”又为“分类推进高校改革发展”创造必

要的制度环境。由于教育强国之于现代化强国建设具有率先性、基础性、奠基性，而高等教育之于教育强国建设又具有引领性、动力源的龙头地位，由此自然决定了无论是来自政府高等教育宏观治理需要的“分类推进高校改革发展”，还是来自高校内部治理自觉理性的“分类发展选择与行动”，两者之于教育强国建设均有不可或缺的极端重要性。一言概之，“分类推进高校改革发展”不仅能够极大消解高校同质化竞争造成的教育资源不经济，而且有利于保证国家高等教育整体布局效能的最大化。

需要指出的是，服从并服务于国家高等教育整体发展及宏观治理需要的“推进高校分类发展”，表面看来与高校由人才培养及知识创新的组织属性及其规律内生的自适应社会变化自主发展的组织特征似乎相悖。其实不然，因为以实施国家高等教育为己任的高校，无不隶属于国家高等教育体系及其赋予的统一性，正是统一性为国家推进高校分类改革发展的合法性提供了法理支撑。事实如是，我国高度集中统一的治理体制不仅为分类推进高校改革发展提供了坚实的制度保障，亦是我国之所以能够推进高校分类发展的制度优势体现。而制度之于社会发展的价值作用已被制度经济学研究成果所证实：如制度经济学家诺斯早就指出，制度是长期经济绩效的根本决定因素。制度之于国家治理与经济社会发展的极端重要性，同样证实了我国高度统一集中的体制之于系统整体推进高校分类发展，既发挥着体制机制的保障作用又体现了体制机制的优势。除此之外，即便是高校因时因地因校（包括学科属性与层次及办学历史与基础）等不同带来的多样性，亦对高校提出了惟有发挥独具个性的办学优势方能获得社会肯定及提升竞争力的理性诉求。

基于对高校分类发展及国家制度对推进高校分类发展之重要性的认识，我国2010年出台《国家中长期教育改革和发展规划纲要（2010—2020年）》，明确提出“建立高校分类体系，实行分类管理”，强调“发挥政策指导和资源配置的作用，引导高校合理定位，克服同质化倾向，形成各自的办学理念 and 风格，在不同层次、不同领域办出特色、争创一流”，在强化和完善“推进分类高校改革发展”相关政策制度建设方面予以了持续发力。2015年，

教育部、国家发展改革委、财政部联合推出《关于引导部分地方普通本科高校向应用型转变的指导意见》，要求“确定一批有条件、有意愿的试点高校率先探索应用型（含应用技术大学、学院）发展模式”；2017年，教育部印发《关于“十三五”时期高等学校设置工作的意见》，提出要探索建立高等教育分类体系，推动高等学校多样化办学、特色化发展，首次明确了以人才培养定位为基础的研究型、应用型和职业技能型三大高等教育分类体系；2024年，党的二十届三中全会通过《中共中央关于进一步全面深化改革 推进中国式现代化的决定》，强调“分类推进高校改革”，建立科技发展、国家战略需求牵引的学科设置调整机制和人才培养模式，超常布局急需学科专业，加强基础学科、新兴学科、交叉学科建设和拔尖人才培养，着力加强创新能力培养；2025年，中共中央、国务院印发《规划纲要》，进一步要求分类推进高校改革发展，要实施高等教育综合改革试点，按照研究型、应用型、技能型等基本办学定位，区分综合性、特色化基本方向，明确各类高校发展定位，支持理工农医、人文社科、艺术体育等高校差异化发展。就政策制度演进的脉络看，我国高校分类发展的顶层设计经历了从价值认识确立到分类框架构建、从宏观政策引导到行动制度落地的递进。一言概之，推进高校分类发展既是教育强国建设的战略需要，亦是从根本上破解我国高校同质化发展困境、提升资源效率和构建富有竞争力的高质量高等教育体系的现实需要。

## （二）推行高校分类评价的重要性

制度经济学认为，就制度本身而言，其是对经济效益具有决定性的组织运行框架，对经济主体具有界定产权、降低交易成本、减少不确定性、组织及其员工激励与约束、确定经济增长路径等基本作用。评价制度作为制度集的一种，其尤为突出的功能即：对组织及其个体的行为选择具有导向满足组织预期的激励作用，换言之，评价制度即激励机制。教育评价制度亦然。关于教育评价的重要性，中共中央、国务院在2020年印发的《深化新时代教育评价改革总体方案》（以下简称《总体方案》）一语道尽，“教育评价事关教育发展方向，有什么样的评价指挥棒，就有什么样的办学导

向。”但是，关于高校分类评价的重要性之所以需要加以强调，就在于其作为高等教育评价制度，不仅对高校具有办学质量评定、办学方向引导、治理诊断改进、资源科学配置、提供决策支撑及奖优罚劣激励等基本作用，更重要的是对落实国家优化高等教育布局，营造高校集群良性发展生态、引导并促进高校按各自属性层次多元发展等具有不可或缺的制度引领和组织保障作用。

高校作为理性支配下的行动主体，其办学治校方向及发展模式的选择具有很大的制度确定性。由此可以推断，对不同类型高校的办学质量、整体水平加以分类评价的制度设计，其重要性不仅对高校办学治校及发展模式选择具有导向和激励意义，更在于其作为高校治理的有效工具，有利于不同类型高校在自我认同的基础上集中精力和资源安于自己的属性和层次定位办学治校，从而根本解决各类高校拥挤于综合性、高层次发展目标之单一赛道同质化竞争的问题。此外，高校分类评价的结果不仅有利于保证不同类型高校获得相应的社会声誉，而且有利于它们最大化及多元化获得必要的社会资源提升自己的社会竞争力。有什么样的高校评价制度就有什么样的高校行动，缺乏科学的高校分类评价制度安排，高校的分类发展既失之依据亦失之动力。进而言之，高校分类评价制度既是引领高校自觉于分类发展的治理目标，亦是确保各类高校安于本位分类发展的治理手段。

综上，高校追求“大而全”“高大上”之趋同化发展的问题长期得不到根本解决的原因亦昭然若揭：由于我国高校评价体系及其标准过于单一，忽视了不同类型高校之间客观存在的学科属性、水平层次、办学历史、资源条件等差异，况且由政府主导的高校评价结果大多又与政府给予的政策支持力度、资源配置规模等高度关联，参评高校无不受评价体系及标准的左右而选择同质化发展目标及路径，由此自然导致国家优化高等教育整体布局的成效难显。推行高校分类评价的重要性就在于此。

由于高校评价改革也罢，推进高校分类评价也罢均属于高等教育宏观治理的范畴，即无论是对高校的教学评价还是学科评价均为政府主导下的对高等教育全局极具影响力的宏观治理改革活动。故此，近年来国家在政

策与制度层面对推行高校分类评价予以了前所未有的重视。如《总体方案》明确提出了“推进高校分类评价，引导不同类型高校科学定位，办出特色和水平”的总目标。2021年教育部印发《普通高等学校本科教育教学审核评估实施方案（2021—2025年）》，将高校评估明确划分为“双一流”建设高校和办学定位、办学历史不同的高校两大类。2023年全国教育工作会议将“加强高校分类管理的顶层设计，加快探索高校分类评价改革”作为教育工作的重点任务。习近平总书记在2023年主持教育强国主题的政治局集体学习时再次强调，深化新时代教育评价改革，构建多元主体参与、符合中国实际、具有世界水平的教育评价体系。随后，《规划纲要》进一步要求“建立分类管理、分类评价机制，在办学条件、招生计划、学位点授权、经费投入等方面分类支持”“根据不同类型高校功能定位、实际贡献、特色优势，建立资源配置激励机制”。这一系列政策制度文件的密集出台，充分体现了我国高层对推行高校分类评价体系构建之重要性、紧迫性富有远见的认识及努力践行的决心。可以推断，我国唯有坚决推行高校分类评价并将其结果与相关高校的政策与资源的供给相结合，高校分类发展才能从教育强国的必要性演进为高校理性自觉的行动，从而根治不同类型高校盲目攀比、同质竞争的积弊，引导激励高校自觉服从和服务于教育强国战略和优化国家高等教育布局需要，在安于自身生态位的前提下办学治校育人。

### （三）世界高等教育强国的成功经验

世界高等教育强国的成功经验亦证明了分类评价的重要性。譬如，美国作为占据高等教育强国地位近一个世纪的国度，其成功经验之一即高校的分类评价与分类发展的適切性实践。卡内基教学促进基金会自1973年首次公布高等教育机构分类，并不断修改调整其分类标准直至形成被美国高等教育界普遍认同并广泛采用的版本。该分类标准将大学分为博士院校、硕士院校以及本科、专科院校等多个层级，其中博士大学又具体根据研究支出和博士学位授予数量，分为研究型大学（R1）、研究型大学（R2）和博士/专业大学（D/PU）。这一分类标准的独特价值在于：它不是按声望或排名来划分高校，而是基于客观、可量化的指标来界定高校的类型。美国教

育部及高等教育协会等组织均选择使用卡内基高校分类标准来组织统计各类高校数据。这种根据分类进行评价的排名机制，既保障了高校评价排名的公平性，又激发了不同类型的高校在各自赛道致力获得相应声誉与资源的竞争性。

## 二、世界一流大学及“双一流”建设高校的使命责任

在阐明高校分类评价与高校分类发展的重要性及两者间的逻辑关切后，有必要对世界一流大学及“双一流”建设高校的使命责任加以明确。如果说前者解决的是“为什么要分类评价”的普遍性问题，那么后者则旨在回答“双一流”建设高校“应该如何评价”的价值前提问题。只有深刻认识世界一流大学的属性特征，并准确把握“双一流”建设高校的历史使命及时代责任，才能揭示“双一流”高校建设绩效评价建构与完善的底层逻辑维度，亦即准确提炼其关键评价维度及其要素。

### （一）世界一流大学及“双一流”建设高校识读

笔者在2015年10月国家启动实施《统筹推进世界一流大学和一流学科建设总体方案》后的次年，就发表了《世界一流大学建设的六要素》一文。在提炼世界一流大学具有国际一流的学术实力、国际一流的学术贡献和国际一流的学术声誉三大基本特征，以及阐明国际一流的学术实力是奠定世界一流高校地位的基础，国际一流的学术贡献是衡量世界一流高校的标准，国际一流的学术声誉则是对世界一流大学具有国际比较优势的认同，在三者不可或缺且构成相互强化的有机整体基础上，笔者对世界一流大学作了如下界定：拥有若干世界一流学科专业，聚集了一群世界一流学者，吸引了一大群世界一流学生，拥有世界一流的大学办学治校育人理念和世界一流办学条件，构建了世界一流大学制度和世界一流大学文化，从而能够培养世界一流专业人才和研究创造世界一流水平新知识的大学。上述关于世界一流大学内涵及外延的认知与阐述，其意义并非仅在于概念的明晰，更在于其对“双一流”高校建设实践具有的指导价值。

“双一流”建设高校是我国具有最高学术水平及最强竞争实力且在国际比较意义上具有一定比较优势的大学集群，亦应该具有世界一流大学上

述内涵及特征。毋庸置疑，“双一流”建设高校集群既是我国融合了高水平、高质量、高投入概念的“教育、科技、人才”实体，又是实施“科教兴国战略、人才强国战略、创新驱动发展战略”不可或缺的主力军。由于高等教育在教育强国进程中必须发挥引领性、推动力的“龙头”作用，故此“双一流”建设高校在教育强国建设中则扮演着“龙头之龙头”的角色。由此可以确定，在我国发展战略框架中，“双一流”建设高校是肩负国家人才竞争力、科技竞争力提升之使命之重、责任之沉的，具有支柱作用的“承重墙”。推进“双一流”高校建设，不仅是尽快缩小我国与世界高等教育强国差距的战略选择，亦是中国式现代化强国建设进程中以最具世界现代化共同特征的实力要素参与国际竞争的战略选择。

## （二）“两个自主”：“双一流”建设高校的核心使命与责任

“双一流”建设高校既是代表国家最高水平最强学术实力高校的荣誉，以及由此获得更多来自政府和社会有利促进学校高质量发展之制度和资源供给的权益，但这也意味着“双一流”建设高校必须为国家科技强盛担负起更重大、更紧迫的历史使命和时代责任。在世界百年未有之大变局之国际竞争日益残酷的背景下尤其如此。世界百年未有之大变局呈现两大特征：一是由地缘政治变化等空间因素带来的国际关系发生巨变，以及以互惠互利为价值取向的全球化治理体系受到破坏之挑战；二是以人工智能为主导的第四次科技革命之时间因素带来的传统产业结构与生产方式发生的根本变化，以及国际竞争经由经济竞争、科技竞争、人才竞争的逻辑链演进为高等教育竞争之挑战。毋庸置疑，随着国际竞争的加剧及科技革命的深入，上述无不指向高新知识与高新科技的挑战必将日益残酷以至不可逆转。面对如此严峻的国际形势，“双一流”建设高校作为我国拔尖创新型人才培养及知识创新及其成果物化为新质生产力的主战场，自然必须以国家发展战略需求为办学治校导向，主动肩负起推进我国“两个自主”的历史使命和时代责任。

“两个自主”即“全面提高人才自主培养质量，着力造就拔尖创新人才”与“加快实现高水平科技自立自强，增强自主创新能力”，这是党的二

十大报告提出的两大战略任务。由于“两个自主”分别涉及人才培养尤其拔尖创新人才培养，知识创新尤其是原创知识发现和高新技术发明，由此决定了“两个自主”与“双一流”建设高校具有极高的相关性。如前所述，“双一流”建设高校是集人才队伍高水平、科学研究高层次、物质资源高投入之学术优势及“教育、科技、人才”于一体的精英大学群集，因此“双一流”建设高校在推进与实现“两个自主”进程中的核心价值及其主力军作用。循此逻辑，“双一流”建设高校必须把自己纳入国家创新体系及发展战略框架中，自觉把“两个自主”作为“双一流”高校建设的核心目标，并基于此考核“双一流”高校建设绩效，在提高人才自主培养质量尤其造就拔尖创新人才与加快实现高水平科技自立自强尤其增强自主创新能力等方面，作出独具个性、特色鲜明的突破性贡献。

### 三、“双一流”高校建设绩效评价维度及其要素体系重构

上述讨论可以形成两个结论：其一，高等教育系统的生态多样性要求不同类型高校必须安于各自属性层次定位办学治校即分类发展，但推进高校分类发展需要高校分类评价制度的引导和保障；其二，“双一流”建设高校作为负载我国实现“两个自主”使命责任且最具现代化强国共同特征的国家科技竞争力组织集群，需要激励其专注于世界一流大学建设的评价体系引领及以此衡量其建设绩效。由于高校评价指标体系的建构与完善是涉及政府治理、社会需要与高校发展等多利益相关主体诉求，以及诸多评价要素及其权重关系极度复杂的系统工程，指向世界一流大学建设目标之“双一流”高校建设绩效评价指标体系尤是。故本研究仅就“双一流”高校建设绩效评价体系中的关键维度及其要素予以价值层面的理性思考，建构复杂完整且具有实操意义的评价指标体系不是本研究的目的所在。

#### （一）关于“双一流”建设高校教育教学评估指标体系的检视

就本科教学评估而言，迄今为止，我国已经开展了3轮覆盖全国高校的本科教学评估，即：第一轮于2003—2008年开展的“普通高等学校本科教学工作水平评估”，第二轮于2013—2018年开展的“普通高等学校本科教学工作审核评估”，第三轮于2021—2025年开展的“普通高等学校本科

教育教学审核评估”。依据 2020 年中共中央、国务院印发的《总体方案》，教育部于 2021 年出台《普通高等学校本科教育教学审核评估实施方案

（2021—2025 年）》并启动了第三轮普通高等学校本科教育教学审核评估。与前两轮有所不同的是，这一轮审核评估进行了如下改变或突破：一是评估名称及内容从原来的“本科教学评估”更名为“本科教育教学评估”，体现了新一轮评估不仅强调教学更强调包括思想政治教育在内的育人质量；二是推行高校分类评估，设计了适用于“面向世界一流大学建设高校”及“办学定位和办学历史不同，细分为学术型、应用型及新建本科的三种类型高校”的评估方案；三是对指标体系进行了调整改革，除了精简了评估指标体系，还设置了赋予高校“统一必选项、类型必选项、特色可选项、首评限选项”的自主选择权；四是建立闭环治理机制，为确保以评促改促建的实效，完善了“申请-自评-评审-整改-复查”全流程管理的整改复查制度等。

第三轮评估改革的最大亮点是把“双一流”建设高校独立为第一大类高校，以区别于主要考察本科人才培养目标定位、资源条件、培养过程、学生发展、教学成效的一般普通本科高校即第二大类高校。这种分类评估改革不仅有利于重点考察“双一流”建设高校是否具备和达到世界一流大学的本科教育教学实力及成效，而且有利于引导和激励“双一流”建设高校集中精力和资源于世界一流大学建设目标的办学治校，从而致力于培养一流人才、产出一流成果，积极主动服务于国家科技创新战略需求，理性自觉于具有国际比较优势之世界一流大学建设目标的实现。由此分类评估改革足见，党和国家对尽快建成一批在国际比较意义上具有国际比较优势的“双一流”高校的重视与期待。

此轮评估实施方案为“双一流”建设高校审核评估设置了 4 个一级指标，其中除旨在考察“党的全面领导和社会主义办学方向”落实情况，以及旨在考察“学校本科教育教学综合改革与创新实践是否具有系统性、整体性、前瞻性、协同性且在国际上是否具有一定代表性”之“教育教学综合改革”两大一级指标相对偏于主观评估外，另外两个一级指标均为主观

评价与可测量之客观评估交融的指标分别为：旨在重点考察确保“双一流”建设高校之教育教学质量的，由“质保理念”“质量标准”“质保机制”“质量文化”“质保效果”等5个二级指标及其11个审核重点构成的“质量保障能力”，以及旨在重点考察“双一流”建设高校之教育教学成效的，由“思政教育”“本科地位”“教师队伍”“学生发展与支持”“卓越教学”“就业与创新创业教育”等6个二级指标及22个审核重点构成的“教育教学水平”。

相对前两轮评估，第三轮评估把“双一流”建设高校作为独立审核评估的一类高校，并专门设置了区别于一般本科高校教育教学审核评估的指标体系。这一评估制度设计毋庸置疑对“双一流”建设高校强化世界一流大学意识和意志具有积极作用，尤其是一、二级指标及审核重点的极大简化，对“双一流”建设高校进一步明确办学治校理念及摆脱繁多细碎评估指标的束缚，集中精力和资源于人才培养等教育教学质量具有很好的导向性。然而，必须指出的是“双一流”建设高校承载着世界一流大学建设的历史使命，在提升创新体系竞争力的国家战略框架中，肩负着引领现代化强国建设、服务国家科技强盛的战略需求，以及推进国家科技自立自强和自主培养拔尖创新人才的时代重任，是国家最高能级的“教育、科技、人才一体化”有组织平台，是关系国家科教竞争力强弱及民族盛衰的国家力量所在。尤须加以强调的是：大学之人才培养尤其是指向世界一流大学目标的“双一流”建设高校的人才培养，自然是伴随着师生学术共同体大量科研参与的活动，此即科学研究是培养拔尖创新人才过程中不可或缺的要素。是故，这不仅为“双一流”建设高校教育教学审核评估指标体系必须有科研活动及其成果元素的参与提供了学理支撑，亦为“双一流”建设高校的教育教学审核评估必须以推进“两个自主”为价值追求找到了理论依据。

基于对“双一流”建设高校的上述认识及定性，笔者以为现行的“双一流”建设高校审核评估指标体系概括起来还存在如下不足：其一，缺失了对“双一流”建设高校之国家战略高度的价值定位，未体现和聚焦于“双一流”建设高校对国家科教竞争力提升作出的贡献；其二，无论是“质量

保障能力”还是“教育教学水平”的审核重点，包括其中 35 个定量指标（22 个必选项和 13 个可选项），仍然偏重于对办学条件的监测，而反映“两个自主”建设成效的指标设计偏弱。坦诚言，经过前两轮条件评估后，“双一流”建设高校的办学条件已经得到很大的改善，其建设成效评估更应集中于指向世界一流大学建设目标的绩效评估而非条件评估；其三，聚焦于世界一流大学建设目标的“双一流”建设高校之内部治理现代化未充分体现，如国家已经给予“双一流”建设高校数量不菲的财政拨款等资源投入，但这些指向性很具体的专项经费是否投入了与世界一流大学建设高度相关的学科和学术平台及其一流人才队伍建设、占领国际学术制高点的基础研究和攻克我国科技薄弱领域的研发、拔尖创新人才培养？以及上述投入究竟产生了什么成效？这是有待“双一流”建设高校教育教学审核评估重点考核的内容。上述问题的存在，不仅为“双一流”建设高校教育教学审核评估体系留下了亟待改革完善亦即重构的空间，也为“双一流”高校建设绩效评价体系之关键评价维度及其要素的提炼提供了可参照的价值视角。

## （二）“双一流”高校建设绩效关键评价维度及其要素提炼

再次说明，本研究旨在从价值层面切入亦即基于世界一流大学建设目标，讨论与“双一流”建设高校绩效评价体系高度关切的关键评价维度及其要素。之所以先对“双一流”建设高校本科教育教学审核评估指标体系加以检视分析，在于两者虽非同一概念，但就概念层次而言，两者具有上下位概念的逻辑关系，无论是“建设绩效”对应的“教育教学”还是“评价”对应的“评估”，均呈上下位概念关系。况且如前所述，“双一流”建设高校的人才培养是伴随着师生共同参与科学研究的活动过程，是故以考察“双一流”建设高校人才培养及其质量为目的的教育教学审核评估，其本身就是“双一流”高校建设绩效评价最不可或缺的重要构成。由此决定了借助对既有“双一流”建设高校教育教学审核评估体系检视分析获得的结论，思考及提炼“双一流”高校建设绩效评价体系之关键维度及其要素具有合理性。

基于深入研究“双一流”建设高校形成的认识，关于“双一流”建设高校的绩效评价，笔者坚持如下学术立场：“双一流”高校建设绩效评价必须体现服务国家科技创新体系建设的极端重要性和区别于一般高校的学术特殊性，必须重在考察“双一流”建设高校是否在加快实现国家“两个自主”作出了应有的突出贡献，这既是“双一流”高校建设绩效评价体系建构和完善的目的所在，更是其关键评价维度及其要素提炼的重点所在。为此，关于关键评价维度及其要素的提炼必须遵循如下原则：其一，必须有利于引领“双一流”建设高校守持人才培养的核心使命，在提高人才自主培养质量和造就拔尖创新人才上作出突出贡献；其二，必须有利于引领“双一流”建设高校自觉服务于国家经济社会战略发展及提升国家高新知识和高新技术竞争力的发展定位，在高水平科技自立自强和增强自主创新能力上作出突出贡献；其三，必须将高校内部治理现代化成效作为关键评价维度纳入评价体系，以引导“双一流”建设高校自觉于内部治理体系和治理能力现代化，尤其必须重点考察其在“双一流”高校建设进程中办学治校的实践成果。上述3个原则在逻辑上构成一个有机整体：守持人才培养使命，致力于培养拔尖创新人才是“双一流”建设高校的根本任务；服务国家战略科技需求、聚焦为高水平科技自立自强作出积极贡献，是“双一流”建设高校的目标指向；自觉推进内部治理现代化，是“双一流”建设高校上述两大目标的组织基础和制度及机制保障。三者之于聚焦世界一流大学建设目标的“双一流”高校的建设绩效评价缺一不可。

依据对“双一流”建设高校之属性价值的认识和定位，以及上述有关构建“双一流”高校建设绩效评价的基本原则，本研究基于高等教育强国建设及世界一流大学的建设目标，以“拔尖创新人才培养”“科技创新及研发贡献”“大学内部治理现代化”为一级评价维度，试提炼“双一流”高校建设绩效评价体系的关键评价维度及其要素如表1所示。其遵循的底层逻辑是：“双一流”建设高校是承国家科技强盛使命责任之重的大学集群，集十多年各级政府的资源投入其办学条件已经得以极大改善，为此对“双一流”高校建设绩效的评价必须：从针对“条件输入”为主的一般性评估转

向以杰出人才培养及高水平科技创新为核心维度之“贡献输出”为主，聚焦国际比较优势的效率评价；从针对教学进行的“单一性评估”转向对教育科技人才高度融为一体进行的“整体性评价”；从针对重点考察学校“管理水平”的评估转向全面考察学校“治理现代化水平评价”。此外，如表1所示的3个关键评价维度及其要素的提炼，不仅突出了世界一流大学的建设目标，而且反映了大学之内在的属性及逻辑。此即：拔尖创新人才培养不仅是大学教育属性的集中体现，亦是世界一流大学的立身之本；知识创新及社会贡献不仅是大学科技属性的外化，亦是世界一流大学的价值所在；而大学内部治理现代化不仅是前两者得以实现的制度保障，亦是世界一流大学确保其内部诸多要素及其运行效率最大化而卓绝于世不可或缺的法宝。由于“双一流”高校建设绩效涉及的因素及其关系繁多复杂，本研究提炼的关键评价维度及其要素难免粗略及挂一漏万，仅为抛砖引玉。

表1 “双一流”高校建设绩效关键评价维度及其要素

| 目标                | 一级维度         | 二级维度                   | 核心要素                                                                           |
|-------------------|--------------|------------------------|--------------------------------------------------------------------------------|
| 高等教育强国贡献、世界一流大学建设 | A. 拔尖创新人才培养  | A1 生源质量水平              | 生源竞争力指数,本科及研究生生源质量等                                                            |
|                   |              | A2 人才培养整体质量            | 高质量就业率,硕士、博士研究生深造率及世界名校深造率等                                                    |
|                   |              | A3 创新型人才培养及其成效         | 跨学科选修及学分比例,提升学生AI素养的措施,国内国际著名学者讲座情况,学生(含参与老师项目)基础研究和研发活动的参与度,成果情况及其折算学分人数比例等   |
|                   |              | A4 师生学术共同体平台建设         | 本科生、硕士生、博士生参与教师学术研究比例,师生学术共同体平台及其成效等                                           |
|                   |              | A5 杰出毕业生及其社会贡献度        | 近10年毕业生中的国家级人才(含国际人才)数,担任关键职位者(包括创始人、实际控制人、董事长、总经理等)的上市公司(含独角兽企业)的社会贡献率、社会积累率等 |
|                   | B. 科技创新及研发贡献 | B1 高水平有组织科研平台          | 国家级及省部级重点实验室及其研究领域与项目的国内外地位水平,高科技企业与学校合作研发平台,纵横向科技经费总量及年度新增经费数量,突破性成果等         |
|                   |              | B2 国际、国内领军人才及其团队学术创新贡献 | 两院院士、国家杰青等战略科学家及其团队情况,基础研究和学术创新情况                                              |
|                   |              | B3 基础研究成果转化率及其社会效益     | 专利标准转化率,发明专利产业化及其效益等                                                           |
|                   |              | B4 驱动区域新质生产力发展及社会进步贡献率 | 学校参与区域科技经济发展的横向研发项目及经费总数、密切合作的高科技企业总数及其效益等                                     |
|                   |              | B5 教育科技人才一体化程度         | 杰出校友高科技公司投资共建研发平台数,投入经费总量、成果转化效益等                                              |
|                   | C. 大学内部治理现代化 | C1 建设目标及愿景规划           | 指向世界一流大学建设的目标设计,是否遵循有所为有所不为原则遴选重点学科及领域,以及这些学科领域在国内国际地位和竞争力情况等                  |
|                   |              | C2 大学组织及其权力结构和制度建设     | 针对世界一流大学建设目标达成,学校的组织与权力结构做了哪些科学的调整,大学章程及制度体系是否完善等                              |
|                   |              | C3 教学、科研活动的治理现代化       | 学校内部的教育、科技、人才一体化程度,人才培养、科学研究、师资队伍建设的三位一体的顶层设计及综合改革情况                           |
|                   |              | C4 学校内部资源的科学配置及效率      | “双一流”建设高校专项拨款的分配及其效率,学校内部资源配置的科学性及其效率                                          |
|                   |              | C6 一流大学文化建设            | 追求卓越、包容创新的学术文化氛围等                                                              |
|                   |              | C7 国际化水平               | 高水平国际合作与交流项目及其实效                                                               |

## 张应强 蒋悦 | 高校分类发展的理想和现实

来源：《江苏高教》2026年第8期

**摘要：**高校分类发展是我国高等教育发展的一种理想设计。理想的高校分类发展有自生秩序与计划秩序之别，两种秩序有不同的形成机制。现实中的高校分类之所以演变为高校分等进而导致高校分类等级化，原因在于政府导向和文化因素的影响。实现高校分类发展的理想，需要进一步深化高等教育治理体制机制改革。要保持政府计划机制与市场竞争机制的平衡，实现有为政府与有效市场的协同；要以分类评价促进高校分类发展，处理好问责性评价与发展性评价的关系，以及分类评价与分类改革、分类支持的关系；要重视民间质量立场和社会教育心态对高校分类发展的潜在影响，为高校分类发展提供社会心理支持。

**关键词：**分类发展；高校分类；分类改革；分类评价；高等教育治理

1993年2月,《中国教育改革和发展纲要》(以下简称《纲要》)曾提出,要制订高等学校分类标准和相应的政策措施,使各种类型的学校合理分工,在各自的层次上办出特色[1]。2025年1月,《教育强国建设规划纲要(2024—2035年)》提出要分类推进高校改革发展。按照研究型、应用型、技能型等基本办学定位,明确各类高校发展定位,建立分类管理、分类评价机制,引导高校在不同领域不同赛道发挥优势、办出特色[2]。30多年来,有关教育政策文件反复提及高校分类发展问题,原因可能有二:一是高校分类发展问题很重要,但一直没有得到有效解决;二是我国高等教育发展面临的背景、环境等出现了新变化,对高校分类发展提出了新要求。

深化高校分类发展问题研究,需要我们根据教育强国建设战略部署,思考其中的深层次理论问题。比如,高校分类发展究竟是高校在办学竞争中自然形成的还是由政府部门规划和设计出来的?它是我国高等教育的特殊问题还是世界高等教育的普遍规律?为什么我国高校至今还未实现分类

发展的理想？

## 一、理想的高校分类发展：自生秩序抑或计划秩序

### （一）高校分类发展缘何成为一个问题

中华人民共和国成立后，我国建立了中国特色社会主义高等教育体制机制。计划经济时期，我国高校具有高度同一性和统一性，政府对高校如何发展、如何办学等问题作出了统一规划和规定，高校严格按照政府的规划和规定办学，并不存在明确的分类发展问题。1985年，《中共中央关于教育体制改革的决定》（以下简称《决定》）明确指出：当前高等教育体制改革的关键，就是改变政府对高等学校管得过多的体制，在国家统一的教育方针和计划的指导下，扩大高等学校的办学自主权，加强高等学校同生产、科研和社会其他各方面的联系，使高等学校具有主动适应经济和社会发展需要的积极性和能力，使高等学校的潜力和活力得到充分发挥[3]。1992年，党的十四大的召开标志着我国进入社会主义市场经济时期。1993年，《纲要》首次从法律层面界定高校与政府的关系，提出要把高校建设成为面向社会依法自主办学的法人实体，并明确提出了高校分类发展问题。进入市场经济时期后，我国高等教育领域开始逐步引入竞争机制，高校的主体意识、发展意识、竞争意识等不断强化。

2010年7月，《国家中长期教育改革和发展规划纲要（2010—2020年）》提出：要进一步落实和扩大高校办学自主权，实施现代大学制度改革试点，建立政府与大学的新型关系；要建立高校分类体系，实行分类管理。发挥政策指导和资源配置的作用，引导高校合理定位，克服同质化倾向，形成各自的办学理念和风格，在不同层次、不同领域办出特色，争创一流[4]。

“十三五”规划提出，要把教育的结构性改革作为发展主线，基于人才培养定位来完善高等教育分类体系，推动高等教育分类发展。有关部门出台了关于不同类型高校分类发展的指导性政策。比如，《统筹推进世界一流大学和一流学科建设总体方案》对研究型高校提出了培养拔尖创新人才、提升科学研究水平、推进科技成果转化等方面的要求，《关于引导部分地方普通本科高校向应用型转变的指导意见》对新建地方普通本科高校提出了向

应用型转型发展、培养应用型人才的要求,《高等职业教育创新发展行动计划(2015—2018年)》旨在推动建立完善的现代职业教育体系。2017年,教育部出台的《关于“十三五”时期高等学校设置工作的意见》首次将人才培养作为高校分类的标准,以高校职能为依据,确立了以研究型、应用型、职业技能型高校为基本类型框架的高校分类体系[5]。

## (二) 高校分类发展的两种秩序及其形成机制

高校分类发展要求高校面向多样化的高等教育需求,从服务于特定对象出发来确定学校的使命任务,根据自身特色与优势,合理定位、准确定位、安于本位,开展错位竞争,坚持特色发展,从而实现不同类型和层次高校的协调发展和功能耦合,增强高等教育系统对多样化社会需要的适应性[6]。高校分类发展有自生秩序与计划秩序之别,这两种秩序有不同的形成机制。

### 1. 高校分类发展的自生秩序及其形成机制

自生秩序是高校在面向社会需要和市场办学的过程中通过竞争获取办学资源、不断调整服务面向、自主办学形成的,即高校分类发展是一个自然形成的历史过程。在这个过程中,高校对自己的办学定位、办学行为负责,有的高校发展迅速,有的高校濒临关停。后面这类高校可能改变定位、重新尝试并获得成功,也可能彻底失败、停止办学,最后形成了多样化的高等学校体系和高等教育体系。阿什比认为大学像生物有机体一样,是遗传和环境的产物。也即大学的变革和发展是大学力求与环境相适应的演化和演变行为,大学的自然演化和演变所形成的秩序就是一种自生秩序。自生秩序是高校的自组织适应性行为所产生的秩序,而非在外部力量干预下产生的秩序。

自生秩序的形成机制有两种:一是竞争机制,二是面向社会自主办学的机制。美国是高校分类发展自生秩序的典型代表。在美国高等教育发展史上,曾经有一个被称为院校的“踏勘时期”——不断有高校关门,又不断有新的高校产生。“踏勘时期”结束后,美国形成了高校多样化格局。之后,这个格局没有根本性改变。德里克·博克和马丁·特罗都将多样化作

为美国高等教育的典型特征，他们对此津津乐道，认为这是美国高等教育的特色所在和优势所在。在他们看来，院校自主办学和竞争是导致高等教育多样化的根本原因。在美国，院校的分类标准是归纳而不是演绎的结果，是先有高等教育机构的多样化然后才有高等教育机构的分类标准，而不是先有分类标准然后按这种分类来办学〔7〕。高校分类发展只是对高等教育发展结果的事后解释，高校实际上并不是在这种事后解释所建立的分类框架指导下“分类发展”的。

## 2. 高校分类发展的计划秩序及其形成机制

计划秩序是政府部门根据经济社会发展需要，通过整体规划对国家高等教育体系所作的一种理想设计，是关于高校分类发展的理想格局，即形成“各美其美、美美与共”的高等教育生态体系和功能互补的高校类型结构。它通常要求不同类型高校形成自身的办学理念 and 风格，合理定位、各安其位、各具特色，在自身类型和层次上办出特色和水平，减少竞争中的盲目和无序，把办学实践纳入理性决策和有目的、有计划的建设过程，从而实现整个高等教育体系多样化。计划秩序主要通过政府部门的行政计划机制而形成，主要表现为政府通过政策引导，规定和赋予不同高校以不同办学层次、办学类型、办学资源、服务面向等而形成整个国家高等教育院校体系的层次结构和类型结构〔8〕。

我国是高校分类发展计划秩序的典型代表。中华人民共和国成立后不久，中央人民政府即通过计划方式在全国范围内开展了影响深远的高等教育“院系调整”。“院系调整”是功能导向的——根据国家工业化需要和培养国家建设人才来构建高等教育体系，由此形成了大批学科方向非常具体的工科专门学院和按照国民经济部门管理的高等教育管理体制。“院系调整”名义上是“调整”，实际上是对新中国高等教育体系的重新设计和布局。

在计划秩序中，高校总体上处于被动状态，各自的定位和地位并非自己主动选择和竞争的结果，而是由政府管理部门通过政策手段“指定”和“赋予”的。政府部门常常希望通过为高校“指定”办学定位，并要求高校按指定的办学定位各安其位来推动高等教育的多样化，这在事实上是很

难办到的[9]。从高校分类发展来看,政府计划与高校自主的矛盾体现为形式上的高校类型与实质上的高校类型的矛盾。形式上的高校类型,指的是高校在大学章程、文件、报告等方面对学校办学的定位、类型等所采取的表述;实质上的高校类型,指的是高校在办学实践中实际遵循的办学定位和类型。

### (三) 高校分类发展两种秩序分野的原因

马丁·特罗曾对办学竞争导致高校多样化与趋同化并存的矛盾现象作过阐述,他说:“一方面,由于高等教育部门内部的院校在市场竞争中取得的成果不同,同时由于地位较低的高等院校和高等教育部门在同其他院校竞争时为了在市场上获得优势所运用的‘边际差别’的结果不同,就使这些院校变得越来越多样化了。另一方面,高等院校的相互竞争,以及地位较低的院校对地位较高的院校的模仿,使整个高等教育系统的差别又趋于缩小,向着名牌大学的特点和风格发展。”[11]特罗所讲的主要是美国高等教育的情况。美国的高校主要面向市场和社会需要自主办学,高校之间的竞争是面向市场和社会需要的竞争。广阔的市场和不断变化的多样化社会需要,为高校错位竞争、错位发展提供了可能和条件。因此,院校竞争导致高等教育多样化与趋同化并存。

我国的情况与之不同。我国公办高校由政府举办、政府管理、政府拨款、政府评估,民办高校办学也要接受政府部门的管理和评估。政府资源总量的有限性使得高校之间的资源竞争成为“你有我无”的排他性竞争,政府资源形式的单一性必然导致高校办学趋同化。这就是说,由于我国主要面向政府办学,高校之间的竞争也就没有出现像美国那样的多样化与趋同化并存的现象。

## 二、现实的高校分类发展:高校分类缘何演变为高校分等

高等教育发展史就是一部大学分化的历史,对分化形成的客观差异进行分类,有利于引导高等教育的多样化发展,而对于分化分类后的院校分层进行研究,则是透视高等院校变革的一种重要途径[11]。对于高校分类发展来说,我们需要对高校分类演变为高校分等的原因进行分析。

### （一）相关概念辨析

“分化”是一个生物学概念，生物学以之表述生物体功能的变异、分离与专门化的过程。后来，社会学将之改造成为社会学概念——社会分化，并以之来表述社会组织的变化过程。无论是生物学还是社会学意义上的“分化”，都具有两种基本意义：其一，分化是生物体或社会组织自身的适应性行为，是为了与自身所处环境相适应；其二，分化的结果是多样化，表明了生物的进化或社会的进步。

就大学的分化而言，中世纪大学是近现代大学的源头。城市的兴起、贸易的扩大、知识阶层的产生、尚文之风取代尚武之风、教会与王权的斗争产生的“权力夹缝”等为中世纪大学的产生提供了条件，而行会、教会、修道院则对大学的兴起有着直接影响。中世纪大学就是模仿商人和手工业者行会而形成的学者行会。随着文艺复兴、宗教改革、大一统欧洲瓦解和民族国家兴起，中世纪大学在世俗化的同时被纳入民族国家版图，国家的介入使大学的分化由自然分化演变为在外力干预下的被迫分化。自此之后，大学遵循的知识发展逻辑与国家遵循的大学治理逻辑之间的张力一直伴随着大学的分化过程，国家遵循的大学治理逻辑在大学的分化中起着主导作用。大学的分化既有层次的分化，也有类型的分化。

“分层”是一个社会学概念，指的是“社会分层”，即社会的阶层分化。不同的社会学流派对社会阶层分化现象有不同的解释。比如，韦伯认为导致社会阶层分化的主要原因在于经济、政治、社会等三个方面权力的不平等分配。通过社会阶层分化来透视广泛存在的社会不平等现象，是社会分层研究的主要内容。高校分层是高校分化的具体表现形式之一，指的是高校层次的自然分化现象，西方学者往往在这种意义上理解高校分层。如马丁·特罗根据美国高等教育的特点，将院校分层看作院校的自然演化现象，认为对院校分层进行研究的最大用处不是用来说明高等学校的类别，而是探讨其变革方式的一种途径[12]。

“分类”是主体的行为，是主体对所要认识的事物和对象的分类。分类的目的在于通过归类的方式来认识事物和对象，从而使对事物和对象的

认识变得简便。当所要认识的事物和对象演化到一个相当复杂而且比较成熟的阶段时，就需要通过分类和归类来认识它[13]。分类首先运用于生物学，生物学家对生物进行分类的目的在于增进对生物进化规律的认识。后来，分类广泛运用于对社会现象、社会组织、社会活动等进行分类。人们对社会现象、社会组织、社会活动等进行分类的目的在于在认识社会的基础上对社会进行协调、规划、引导、控制等。高校是现代社会的重要社会组织，高校分类是高等教育部依据某种标准将具有共同特征的高校进行归类的活动，它常常服务于高等教育管理的需要。

综上所述，高校分化是高校的自组织行为，是高校的自然分化。人们对高校分化的研究是对业已发生的高校自然分化现象的描述和解释。而高校分类则是人为行为，即主体出于某种目的、根据某种标准对高校进行分类。这就是说，先有高校的自然分化，后有人为的高校分类，前者遵循大学与环境相适应的逻辑，后者遵循高等教育治理逻辑。高校分化的结果是多样化，高校多样化后就有了分类的必要。

## （二）作为政策问题的高校分类：高校分类演变为高校分等

作为政策问题的高校分类与作为学术问题的高校分类虽有密切联系，但二者有不同的取向。一般来说，西方高等教育学界关于高校分类的研究并不具有明确的政策指向性，高校分类主要是一个学术问题。因此，他们主要用组织社会学的观点来理解高校的类型分化，将高校的类型分化看作高校组织演化的自然现象。但在我国，高校分类首先是一个政策议题，高等教育学界主要从政策学和管理学意义上理解高校分类，将高校分类看作管理部门基于政策需要和管理的目的，根据相关政策和具体标准对大学的声望、地位、影响力等进行分类。这就使高校分类演变为对高校的能力、水平、办学质量等的分等。

实际上，高校类型可以从多个维度来划分和理解。中华人民共和国成立后，我国就产生了多个维度的高校分类标准。按照时间顺序，主要有以下四种。

一是以学科门类为依据，仿效苏联高等学校的类型，将高校分为综合

大学（设文理学科）和专门学院（按工、农、医、师范、财经、政法、艺术、语言、体育等学科分别设置），由此奠定了我国高校分类的基本格局。

二是根据中国特色治理思想，将高校分为重点高校与非重点高校。1954年10月5日，高等教育部《关于重点高校和专家工作范围的决议》指定中国人民大学、北京大学、清华大学、哈尔滨工业大学、北京农业大学、北京医学院等6所高校为全国重点学校。从此之后，重点高校制度被确定为我国高等教育治理的基本制度之一。20世纪90年代，重点高校制度集中体现在“211工程”和“985工程”上。2015年10月，《统筹推进一流大学和一流学科建设总体方案》发布，我国开始重点建设“双一流”高校。“70年来持续实施高等教育重点建设政策，一方面塑造了我国高校的‘金字塔’生态结构；另一方面也形塑了整个社会关于高校水平和质量的‘金字塔’心态结构。”〔14〕

三是以学位授予等级为依据，将高校分为授予博士学位的高校、授予硕士学位的高校、授予学士学位的高校以及非授予学士学位的高校。有关部门还将授予博士学位的高校进一步细分为设立研究生院的高校和不能设立研究生院的高校。

四是以所属关系和管理关系为依据，将高校分为教育部直属高校、其他部委所属高校（包括这两类高校中的“中管高校”）、省级政府所属高校（包括部分受市级政府财政拨款的高校），还有后来的省部共建高校、部省合建高校。

从理论上来看，高校分类是在横向上对高校类型的划分，并不反映高校的办学质量和水平，不同类型高校的办学质量和水平也无法进行比较。但从实践上来看，高校分类首先是一个政策问题，有明确的政策目的——为了对高校实行分类管理，从而形成高校分类发展的计划秩序。

从政策层面来看，上述四个维度的高校分类实际上都蕴含着明确的等级化倾向。在以学科门类为依据的高校分类中，综合大学的地位高于专门学院。这是当前不少高校都要办成综合性高校并申请更名为大学的主要原因。在重点高校与非重点高校的分类中，重点高校的地位高于非重点高校。

相应地，重点学科的地位高于非重点学科，重点研究基地的地位高于非重点研究基地等。在以学位授予等级为依据的高校分类中，授予博士学位的高校，特别是经国务院学位办批准设立了研究生院的高校地位要高于其他高校。这是所有高校都要争取成为博士学位授权高校的主要原因。前些年，有些高校为了扩大自身的社会影响，模仿设立了研究生院的高校，自行将“研究生处”更名为“研究生学院”甚至“研究生院”。在以所属关系为依据的高校分类中，教育部直属高校甚至只要与教育部相关的高校的地位都高于省属高校。这是不少省属高校以各种理由申请成为省部共建高校、部省合建高校甚至教育部直属高校的根本原因。

### （三）促使高校分类演变为高校分等的两种影响因素

高校分类演变为高校分等而使高校分类等级化，有着深厚的历史根源、认识论根源和社会根源[15]。

#### 1. 政策导向

中西方大学有着不同的起源，大学的产生、演变和发展面临着不同的背景和环境，形成了不同的大学与政府关系模式。西欧中世纪大学起源于学者行会，它们有着数百年自由、自主发展的历史。在这数百年间，大学游离于社会的边缘，与现实社会保持着适当距离，谨慎地处理与教会和王权的关系，在教会与王权的权力夹缝中获得了自由发展空间，形成了大学自治、学术自由、学者治校的理念和制度传统。这种传统在大学后来处理与现代政府和市场的关系时发挥着平衡作用。

与中世纪大学的自然起源不同，我国近现代大学起源于中华民族危难之际，担负着促进民族复兴和实现国家强盛的使命和功能期待，是先有“功能期待”和“图纸”，通过使命引领和目的优先“建设”出来的。“建设”意味着政府是大学的举办者和规划者，是大学发展的主导性力量。中华人民共和国成立后，我国学习苏联高等教育模式，结合延安时期党领导和发展高等教育的经验，形成了党的领导、国家举办、政府管理、学校主体、社会参与的特色现代大学制度。1992年以后，随着社会主义市场经济体制的建立，我国形成了高等教育类市场化治理模式。相比计划经济时期，

政府虽然对高等教育的直接控制有所减弱，但仍然在高等教育治理中发挥着极其重要的作用[16]。政府主导的高等教育治理遵循着重点论（抓重点、重点建设）、典型论（抓典型和样板示范、抓两头带中间）、矛盾论（抓主要矛盾和矛盾的主要方面）等具有中国特色的高等教育治理哲学。政府掌握着高校办学所需的全部资源和资源分配权，这导致高校面向政府办学，围绕政府掌握的高等教育资源展开竞争。“为了从政府手中获取更多的资源，高校对政府出台的任何一项政策都会‘一呼百应’。政府的政策强调什么，众多高校的‘扩张’力量就指向哪里。”[17]

以高校所属关系为例。教育部直接管理一批直属高校，既有历史原因，也有现实原因，并且为《中华人民共和国高等教育法》所确认。“教育部直属高校”本来只是一种高校类型，但由于这些高校由教育部直接管理和拨款，其地位和声誉事实上要远高于省属高校，从而成为高校追求的一种身份。20世纪末至21世纪初，我国开展了声势浩大的高等教育体制改革和结构调整（俗称“院校合并”），对相关高校隶属关系进行了大规模调整，由此产生了大量“划转高校”。为了保障这些高校在隶属关系调整后的平稳过渡和持续发展，有关部门大力号召和推进“省部共建”，由此产生了不少省部共建高校。2004年2月，教育部决定与河南省共建郑州大学。这意味着出现了专门针对中西部高等教育薄弱地区高校的“省部共建”，并隐含着郑州大学试图成为教育部直属高校的诉求。从2012年开始，有关单位的全国人大代表和政协委员、部分学者、“中西部‘一省一校’国家重点建设大学联盟”成员高校等，就在14个省级单位各建设一所高水平地方高校，并为逐步推动其进入教育部直属高校序列提出提案、意见和建议。在各方力量推动下，2018年2月9日，国家教育体制改革领导小组第30次会议审议并原则通过部省合建方案。2月24日，教育部召开会议全面部署部省合建工作，在没有教育部直属高校的14个省级单位各设置了一所部省合建高校。即便如此，仍然没有满足相关高校要成为教育部直属高校的诉求。因此，仅仅过了五年多，就又有人大代表向十四届全国人大提交关于推动部省合建高校纳入教育部直属高校序列的提案或建议。有学者提出，在教育强国

建设背景下，教育部直属高校分布至所有省区是大势所趋，决策部门应尽快将其提上议事日程，适时规划在 13 个省区各设一所教育部直属高校，并将之看作推进教育公平的重大举措 [18]。在相关省区各设置一所教育部直属高校，的确对促进高等教育区域公平具有重要意义。

## 2. 文化因素

政府的力量是显性的，文化的力量是隐性的。我国有着几千年的封建社会历史，形成了深厚的等级观念和等级制传统。在中国文化中，学与术、道与技、理论知识与应用知识等，具有不同的社会地位。中国传统文化存在“重学轻术”“重道轻技”的认识论渊源，“理本气末”“道体器用”的传统认识论框架成为近代以来中国大学发展的主导性的知识价值取向 [19]。在高等教育领域，大学与高等专门学校并立是民国时期高等教育的基本制度。民国初年公布的《专门学校令》规定，专门学校的培养目标是“教授高等学术，养成专门人才”；1929 年 7 月公布的《专科学校组织法》把“专门学校”改称为“专科学校”，并将专科学校的培养目标明确为“教授应用学科，养成技术人才” [20]。当时，蔡元培就对本科与专科、大学与专门学校作过区分——本科研究学理性知识，专科研究应用性知识；本科培养为学之人，专科培养治事之人；本科与专科是学术性教育与应用性教育的关系，并不存在高低贵贱之分。“学与术虽关系至为密切，而习之者旨趣不同。文、理，学也。虽亦有间接之应用，而治此者以研究真理为的，终身以之。……法、商、医、工，术也。直接应用，治此者虽亦可有永久研究之兴趣，而及一程度，不可不服务于社会。” [21] “治学者可谓之‘大学’，治术者可谓之‘高等专门学校’。两者有性质之别，而不必有所限与程度之差。在大学，则必择其以终身研究学问者为之师，而希望学生于研究学问以外，别无何等之目的。其在高等专门，则为归集资料，实地练习起见，方且于学校中设法庭、商场等雏形，则大延现任之法吏、技师以教之，亦无可。……以此等性质之差别，而一谓之‘大’，一谓之‘高’，取其易于识别，无他意也。” [22] 但是，受传统观念影响，蔡元培的思想一直没有得到正确理解和应用。人们总是习惯于将大学、学院、高等专门学校等

称谓性概念作等级化区分，认为“治学者”的大学，其地位、年限、程度等要高于“治术者”的高等专门学校，全然不顾二者性质之差别。有学者指出：“在我们的教育界，本科不再被理解成基本学科的概念，而是被理解成长学制、高级教育的概念，相应的社会待遇较高；而专科不再被理解成应用性学科的概念，而被理解成短学制、低级教育的概念，是位于本科教育之下的一个层次。这种对于高等教育基本概念的错误使用必然导致现实社会教育生活中的混乱，不利于对我国高等教育制度的正确梳理。”〔23〕

中华人民共和国成立后，“院系调整”确立了综合大学（只设文理学科）与专门学院并立的格局。其中，发展专门学院首先从设立工业学院开始，以培养国家经济建设所需的工业人才。当时，按照国民经济部门设立的单科性专门学院适应了加快培养国家建设急需专业人才的需要，在某种意义上，其对经济建设的作用要大于综合大学，其地位并不低于综合大学。在人们心目中，当时的高校并不存在明显的等级。1986年，《普通高等学校设置暂行条例》在学位条例的基础上将高等学校分为大学、学院、高等职业学校和高等专科学校。这种划分，既是对高校类型的划分，实际上也是对高校办学层次和水平的划分，即大学高于学院，学院高于高等职业学校和高等专科学校。因此，在20世纪80年代，不少实力强、水平高，之前称为“学院”的单科性或多科性高校都更名为“大学”。从此开始，不少高校都将提升办学层次、更名为大学作为主要奋斗目标。另外，有关部门推出的“专升本”政策，尽管跨越了院校类型差异，但因其是高职学生升入本科高校的唯一通道而大受欢迎。这反映了政策部门、高校、用人单位、学生及其家庭等利益相关者都不约而同地重视高校的等级。

文化以潜在方式影响人们的高等教育质量认知和院校选择，这集中体现在高等教育民间质量立场中。民间质量立场是高等教育需求者和消费者（学生及其家长、用人单位等）立足自身需要，对高校办学水平和人才培养质量所形成的质量认识〔24〕。政策层面的高校分类等级化倾向对民间质量立场的形成和固化产生了重要影响，进而影响了高等教育政策的实施和高校的办学活动。又如，有关高校之所以想进入教育部直属高校序列，它

们考虑的主要是“教育部直属高校”这一“身份标签”的价值。在我国高等教育领域，高校列入有关国家重点建设项目、工程、计划，成为“国字号”高校，往往就意味着获得了一种隐性的权利和社会资本[25]。“教育部直属高校”是高校的一种象征性社会资本，是民间识别高校身份的重要“符号”，是公众评价高校办学质量和水平的内隐标准。在高校办学竞争日益激烈的情况下，高校办学不得不考虑民间对于高等教育质量的认知。

### 三、从理想到现实：以高等教育治理改革促进高校分类发展

#### （一）保持政府计划机制与市场竞争机制的平衡

实现高校分类发展，关键是改革和调整高等教育治理机制——发挥政府计划机制和市场竞争机制的作用，实现有为政府与有效市场的协同。由于长期实行计划经济体制机制，我国高等教育不可能像西方国家那样自然而然地形成市场竞争机制。这就需要政府在建设市场竞争机制中发挥重要作用，担负起建设有效市场和培育市场竞争主体的双重责任。一方面要培育完善的高等教育市场，引导高校面向市场和社会需要办学；另一方面，要把高校建设成为具有竞争意识和竞争能力的市场竞争主体。值得指出的是，有为政府不是全能政府，而是具有边界意识的政府——遵守政府权力的边界，在政府应该作为的领域有所作为。政府要有所为，也要有所不为，有所不为可能会产生有所为所不能获得的效果。

实现有为政府与有效市场协同，就是要使高等教育发展既规范有序又充满活力。高等教育规范有序的发展有赖于政府的规划和管理，而充满活力的发展则需要发挥市场竞争机制的作用。高校的发展活力源于市场竞争，要相信市场竞争的力量——市场竞争使整个院校系统形成自适应机制，能够对社会需要和市场的变化作出最快的反应和最大的适应，从而避免高校办学与社会需要之间出现失配和错配。为此，政府要着力解决以下两个根本性问题。

第一，要进一步落实和扩大高校办学自主权。自主办学、自主发展是高校分类发展的前提，实现高校分类发展必须进一步扩大和落实高校办学自主权。高校办学自主权是我国高等教育改革发展过程中的“老、大、难”

问题。1979年12月，高等教育界有关人士就在《人民日报》发文呼吁“给高等学校一点自主权”；1985年，《决定》指出，我国教育体制的突出弊端是政府有关部门对学校主要是高等学校统得过死，要坚决实行简政放权，扩大学校的办学自主权。40多年来，高校办学自主权一直陷入“放乱收死”的怪圈中，其根本原因在于我们对高校办学自主权权利属性的误解——将高校办学自主权理解为政府赋予高校的权利，进而通过政府放权来扩大高校办学自主权。事实上，高校办学自主权不是政府赋予高校的权利，而是国家法律赋予高校的权利[26]。高校办学自主权是高校依法拥有的不可剥夺的权利，它要求政府必须遵守法律的规定，依法保证并落实高校的办学自主权。因此，高校办学要获得真正意义上的自主权，关键在于首先明确高校办学自主权是高校依法享有的权利，从而克服政府下放办学自主权的思维惯性，将高校建设成为真正面向社会依法自主办学的法人实体。

第二，要将高等教育治理纳入法治化轨道。高校办学自主权看起来似乎只是与高校有关，但实质上反映了政府与高校的关系。长期以来，我们主要将政府与高校的关系理解为行政领导关系，政府是政府与高校关系中的主导方。由于政府部门掌握着高校办学所需的资源及其分配权，导致高校主要围绕政府掌握的资源展开竞争，从而面向政府办学。在建设法治国家和全面依法治国背景下，政府与高校的关系，既有管理意义上的行政关系，也有法治意义上的法律关系，必须处理好政府与高校的这两种关系。从高等教育宏观治理改革来看，政府部门一方面要改变固有的行政思维，增强法治思维，强化对政府与高校之间法律关系的认识；另一方面，要将领导和推进高等教育改革的权利严格限定在法律授权的范围内，避免以强化政策、推进改革、减少阻力等名义，超越法律的规定自我赋权。从高等教育微观治理改革来看，政府部门不应干预学校依法享有的权利，不应随意出台各种额外任务和体制外的“激励”政策，包括立项审批的涉及日常教学的各种项目，以致学校为获得这类额外的名誉、地位、权利或金钱的“奖励”而疲于奔命，影响学校领导集中精力因地制宜地办学和管理好学校[27]。特别是要保证高校面向社会依法自主办学，引导高校从面向政府

办学转到面向社会需要办学，从而提高高校办学与多样化社会需要的适配度。

## （二）通过分类评价促进高校分类发展

评价是重要的教育治理工具，对高校办学具有指挥棒作用。评价既是教育改革的方法，也是教育改革的内容。要深化教育评价改革，着力打造好分类评价指挥棒，以分类评价促进高校分类发展。打造好分类评价这根指挥棒，必须准确把握分类评价的目的，促进不同类型的高校根据自身特点和功能定位，在不同领域不同赛道发挥优势、提高水平、办出特色，形成各类高校各安其位、各展所长、功能互补的高等教育办学和人才培养体系，保持高等教育与经济社会发展的协调性，以高等教育的高质量发展服务经济社会的高质量发展。具体来说，要处理好以下两个方面的关系。

一是要处理好问责性评价与发展性评价的关系。目前，政府部门主要从管理主义思想出发开展高校评价，将评价泛化为主要管理手段，突出评价对高校办学的监督和问责作用。在我国高等教育体制机制下，政府部门对高校开展问责性评价具有必然性，但问责性过强特别是将评价结果与资源配置、领导政绩等高度关联起来，必然引发“上有政策下有对策”、投机取巧，甚至导致各种形式的弄虚作假而使问责失灵和边际效应递减。与此同时，政府部门主导的高校评价往往注重结果评价，而忽视诊断性评价和过程性评价，这导致不少高校认为评价对促进学校办学意义不大，因此被动应付，只求过关。另外，现行的高校评价缺乏用高校办学的社会适应性、与社会需要的适配度等来评价高校的办学质量和水平。要解决诸如此类的问题，必须改变管理主义评价思想和问责性评价理念，克服将问责作为评价目的的倾向，避免以监督和问责代替对高校办学的指导和诊断；要确立基于信任的合作性评价理念，着力开展发展性评价，通过发展性评价激发高校发展内生动力，推动高校从应付政府评价转向主动提升办学质量和水平，构建相关长效保障机制。

二是要处理好分类评价与分类改革、分类支持的关系。首先，分类评价要为分类改革服务。要根据经济社会发展赋予研究型、应用型、技能型

高校的具体任务，对不同类型高校的办学理念、办学目标、发展定位、人才培养、课程体系等进行诊断性评价，找准不同类型高校存在的突出问题。如诊断研究型大学在科教融汇、拔尖创新人才培养、促进新质生产力发展、引领产业变革等方面的问题；诊断应用型高校在办学定位、人才培养目标，以及在坚持、强化和发展应用性等方面的问题；诊断技能型高校在本科人才培养目标、技能课程体系建设、实训基地建设等方面的问题。要基于诊断发现的问题开展有针对性的改革，充分发挥分类评价对分类改革的促进作用。其次，分类评价最终要落实到分类支持上。评价不是为了对高校实施问责，而是为了促进高校发展。只有以促进高校发展为目的，高校才会以合作的态度参与评价。从宏观政策来看，分类评价的目的在于促进不同类型高校立足办学定位，安于本位，错位竞争，走特色发展之路。但从具体高校来看，只有将分类评价落实到分类支持上，高校才会有参与评价的积极性。因此，要根据不同类型高校的功能定位、实际贡献、特色优势等开展分类评价，建立和完善资源配置激励机制，对高校进行分类支持。既要有政策支持，也要有资金支持。要通过分类支持促进各类高校协同发展，从而形成功能互补的高等教育生态系统，发挥高等教育对经济社会发展的支撑作用。

### （三）重视民间质量立场和社会教育心态对高校分类发展的潜在影响

高校分类发展的目的，在于形成不同类型高校各安其位、错位竞争、功能互补、作用协同的高等教育生态系统。这一生态系统的形成，既需要制度、政策等“硬条件”的支持，也需要民间质量立场、社会教育心态等“软条件”的支持。在某种意义上，“软条件”的支持比“硬条件”的支持对于实现高校分类发展的理想更为紧迫和重要。

一是要重视民间质量立场对高校分类发展的影响。民间质量立场是广泛流行于民间的关于高等教育质量的认知。与政策和学者的质量立场不同，民间质量立场往往基于当前的现实利益，从直接感受到的质量出发，对高等教育质量作出判断，并采取用脚投票的方式表明自己对高等教育质量的判断〔28〕。在民间质量立场影响下，迎合民间质量立场办学成为不少高校

不得已的选择，这使高校分类发展受到严重阻碍，使高校发展要准确定位、安于本位、特色发展的要求落空。高校分类发展需要全社会形成正确的高等教育质量观，需要民间质量立场的支持。要加强高等教育质量政策立场、学者立场与民间立场的沟通，引导民间质量立场向有利于高校分类发展的方向转变。

二是要重视建设健康的社会教育心态。社会教育心态也称“社会的教育心态”，是与特定的教育改革状况或教育转型过程相联系的，在一定时期内弥散在整个社会中的关于教育的情绪、认知、价值取向和行为意向的总和。社会教育心态具有民间性、突生性、经验性、动态性、历史积淀性等特征，主要通过民间社会的教育认知、教育价值取向、教育价值评价和教育选择意向等表现出来[29]。社会教育心态是客观存在着的“教育事实”，但长期以来我们忽视了它对高等教育改革发展的影响。作为广泛流行于民间社会的关于高等教育质量的群体性的、非理性的经验认知，社会教育心态以潜在方式影响高等教育分类发展。例如，民间社会关于职业高等教育是低质量教育的经验性认知，深刻影响着我国职业高等教育改革发展。这种影响甚至传导到基础教育阶段，影响高中教育分流政策的实施。高等教育分类发展需要有社会心理条件的支持。要正确引导社会教育心态，促进社会教育心态向有利于高校分类发展的方向转变，为高校分类发展创造良好条件。

本期编辑：李广娥

本期责编：马巧双

本期审定：戎华刚