

浅述群医学与价值医疗

刘璇¹ 湛永乐¹ 岳和欣¹ 曲翌敏¹ 江宇¹ Muir Gray²

¹中国医学科学院/北京协和医学院群医学及公共卫生学院,北京 100730; ²英国牛津大学价值医疗项目组 OX2 6GG

通信作者:江宇, Email:jiangyu@pumc.edu.cn; Muir Gray, Email:muir.gray@phc.ox.ac.uk

【摘要】 三次医疗卫生革命的兴起和四次医学思维方式的转变均对医疗卫生行业产生深远影响,极大改善了人类健康状况,但新型冠状病毒肺炎疫情的发生,暴露出医疗卫生体系建设中仍存在的隐患和问题。本文拟浅述群医学与价值医疗,为弥合临床医学和公共卫生与预防医学之间的裂痕以及医疗行业未来的发展路线提供新的思路和方向。

【关键词】 群医学; 价值医疗; 医疗卫生革命; 医防结合

Brief introduction of population medicine and value-based healthcare

Liu Xuan¹, Zhan Yongle¹, Yue Hexin¹, Qu Yimin¹, Jiang Yu¹, Muir Gray²

¹School of Population Medicine and Public Health, Chinese Academy of Medical Sciences and Peking Union Medical College, Beijing 100730, China; ²Value Based Healthcare Programme, University of Oxford, Oxford OX2 6GG, United Kingdom

Corresponding authors: Jiang Yu, Email:jiangyu@pumc.edu.cn; Muir Gray, Email:muir.gray@phc.ox.ac.uk

【Abstract】 Three healthcare revolutions and four medical paradigm shifts have had a profound impact on the development of healthcare system, which has greatly improved human health, however, the COVID-19 pandemic has exposed hidden dangers and problems in the construction of the healthcare system. In this paper, we made a brief introduction of population medicine and value-based healthcare for the purpose of suggesting new ideas and directions for the future development of healthcare system.

【Key words】 Population medicine; Value-based healthcare; Healthcare revolution; Combination of prevention and treatment

增强体质、延长健康寿命,让人民活得幸福、有尊严,是医疗卫生事业孜孜以求的目标。卫生事业发展已经历了两次医疗卫生革命。一是以经验主义为基础的公共卫生革命,这场革命始于治水,凭借个人经验和判断,利用工程建设改造环境来推动卫生健康发展。二是由政府主导、科学家和工程师协作的高新技术革命,抗生素、核磁共振等药物与技术的研发,极大提高了对疾病的诊疗能力。尽管这两次仍在继续进行的革命改善了人类的健康状况,但也带来了卫生资源利用和分配方面的问题,造成医学学科间特别是临床医学和公共卫生与预

防医学间在发展上的巨大差距和裂痕。尤其是在抗击新型冠状病毒肺炎(新冠肺炎)疫情的过程中,重治轻防、忽视群体的弊端逐渐显现,给医学界乃至全社会带来了前所未有的挑战,因而催生了由群体、知识、技术三股力量推动的第三次医疗卫生革命^[1]。

而每次革命都伴随着医学思维方式的转变。在第三次医疗卫生革命中,医学思维新转变也势在必行,以人群和价值为基础的群医学和价值医疗或许有望成为这次革命中的新理念。本文通过回顾过去 50 年医疗卫生领域发生的重要事件,总结并

DOI: 10.3760/cma.j.cn112338-20210111-00025

收稿日期 2021-01-11 本文编辑 王岚

引用本文:刘璇,湛永乐,岳和欣,等.浅述群医学与价值医疗[J].中华流行病学杂志,2021,42(5):923-927. DOI: 10.3760/cma.j.cn112338-20210111-00025.



讨论医疗卫生资源面临的两大挑战,浅述群医学与价值医疗,为弥合临床医学和公共卫生与预防医学之间的裂痕以及医疗行业未来的发展路线提供新思路和新方向。

一、医学思维方式的转变

在过去 50 年里,伴随着四次医学思维方式的转变,为促进健康、减少医疗需求、提高卫生效率,医疗卫生从业者做了四件大事^[2]。

1. 关口前移,预防疾病:进入 20 世纪,随着经济发展和科技进步,环境、生活方式、卫生服务及生物遗传构成都发生巨大变化,单因单果的生物医学模式转变成生物-社会-心理医学模式,人类的疾病谱和健康观也随之发生转变,医学重心由过去的治病转变为防病^[3],预防医学应运而生。预防是预先做好应对措施,预防医学就是将关口前移、采取有效的措施达到减少疾病或伤害、保护和促进身心健康目的的科学^[4]。预防医学是减轻人群疾病负担最实用、最经济、最有力的措施。

2. 循证决策,改善预后:设计严谨科学的随机对照试验(RCT)能尽量避免研究中可能出现的混杂因素,保证结论可靠性,是评价干预效果的金标准。20 世纪 70-80 年代,Cochrane 建议系统总结 RCT 的证据用于指导医学实践;Iain Chalmers 对产科各种疗法临床效果的证据进行评价,发现临床使用的很多治疗可能是无效的^[5]。人们意识到,临床疗效应由确切的证据来证实,即用 RCT 及其系统综述来进行评价,而不是仅凭医生的经验,这极大促进了经验医学向循证医学的转变。循证决策是应用现有最好的证据来帮助医疗决策,以减少或消除无效的甚至有害的干预措施,改善患者预后^[6]。

随着循证医学、循证公共卫生的发展,不仅临床医生能利用这种方法来获得确切的疗效证据,患者、医院管理者甚至政策制定者,都能利用循证理念进行医疗卫生决策^[7]。

3. 降低成本,提高产出:随着人口增长和老龄化,全世界都面临着医疗资源总量相对不足的问题。20 世纪 60 年代,卫生经济学应运而生,致力于解决如何在卫生资源有限的情况下,降低医疗投入、保证卫生系统产出,最大限度地满足人们对卫生服务的需求。同时,卫生经济评价也被广泛应用于预防保健措施和临床诊疗方案的选择、卫生技术评估等领域,通过比较和评价各备选方案的成本与效果,寻找最优技术方案,解决卫生服务的重点和优先^[8]。

4. 提升质量,保证安全:21 世纪是“质量的世纪”^[9]。对医疗服务质量的要求也必须严格、规范。2007 年美国医疗保健差异性报告指出,以患者为中心,医疗服务要兼顾安全性、有效性、及时性和公平性等方面。为了维护民众的健康利益,必须规范诊疗行为、保证医疗服务质量和安全,现代医疗质量管理正逐步建立^[10]。运用现代科学的管理方法,从技术质量、经济效益、危险管理、患者满意程度等方面出发,对医疗服务要素、过程和结果进行管理与控制。

二、医疗卫生资源面临的挑战

现代医学发展至今,已取得瞩目成就。但随着科技飞速发展、生活水平提高,人们的健康需求层次也随之提升,从单纯追求长寿向健康长寿转变,即降低医疗依赖、提高生命末期生活质量^[11]。目前,对健康需求和需要的增长速度已超过医疗卫生资源(除医疗费用,还有医护人员、诊疗时间、医疗设施和设备等)的开发速度^[12]。而医疗卫生资源正面临两个重要挑战:

1. 医疗卫生资源浪费:尽管医疗资源有限且相对匮乏,但诸多的浪费现象没有使资源实现价值最大化。

英国一项调查显示^[13],2000-2015 年间实验室检测数量增加了 3 倍,平均每位全科医生每天需要阅片 70 min——既浪费金钱,又浪费就诊时间。而且尽管某些检查可能有较高价值,但对占多数的轻症患者而言,从过度检查中获得的收益很少,承担的风险却一样多。因为几乎所有医疗服务都有不利的一面:辐射、药物不良反应、手术并发症、心理压力等。

我国的医疗浪费还包括药品、医疗设备、医保基金、卫生人才浪费等^[12]。这不仅加剧资源稀缺与人民需求间的矛盾,还给社会经济造成损失,极大损害了公共利益。

2. 医疗卫生资源分配不均:市场逐利性使资源分配不均问题长期存在,优质资源向经济发达地区、城市、高层级医院和高收入人群倾斜^[14-15]。

根据《全国医疗卫生服务体系规划纲要(2015-2020 年)》^[16],我国卫生资源分布情况:农村、西部地区卫生资源质量较低;基层医院服务能力差、利用效率低;公共卫生服务体系较临床医疗服务体系发展滞后,专业人才短缺;护士配备严重不足,专科医院发展较慢等。表明政府对医疗资源配置的宏观管理能力不足,规划统筹作用和调控效

力有待增强。

医疗资源配置的公平性关系人民幸福与尊严。资源布局不合理,不仅会影响卫生服务的公平和效率,还会降低资源欠发达地区医护人员的工作积极性,甚至加剧医患矛盾和贫富矛盾^[17]。

三、医学发展新方向

尽管已发生四次医学思维转变,但医疗资源浪费和分配不均的现象表明重治轻防、医防分离问题仍未解决。公共卫生机构和临床医疗机构间资源分配和发展空间存在较大差距,且缺乏互联互通、协作不强,难以应对日益复杂的卫生问题,加之人们对健康的需求和需要增加,超出现有医疗资源承载力^[18]。如何用有限的医疗资源,建立优质安全的卫生健康服务体系、高效利用和合理分配资源以满足人民健康需求、实现健康长寿将是未来工作的重点。群医学和价值医疗的出现(一种聚焦于人群、医学和价值的新思维),或许能为试图解决上述问题的第三次医疗卫生革命指明发展方向。

1. 价值医疗:价值是指价值观或经济价值,后者是投入资源以某种形式的回报。价值医疗最初是由 Michael Porter^[19]于 2006 年提出的一种以较低成本改善健康结局的框架。但在中英等实施全民医疗的国家,价值医疗应定义为“成本效益好的医疗卫生服务”,即医疗机构通过分析效果和成本,以最优价值为目标,持续改进医疗方案,同时重视患者体验的医疗模式^[20-21]。强调要兼顾患者需求和资源有限性。*Evidence Based Healthcare* 一书强调,资源有限时应将其分配给受益最大的患者群体和诊疗方案^[22]。价值医疗可分为三个层次:个体、人群和社会。从个人角度,价值意味着一次诊疗活动解决了最困扰患者的健康问题;从群体立场,是指医疗服务能为有需要的人群最优地分配和使用资源;从社会层面,是指医疗服务能以最佳方式为社会发展做贡献。

价值医疗关注医疗效果、成本和患者体验,追求价值最大化。为避免医疗资源浪费,Avedis Donabedian 提出“收益递减原则”,即最初投入资金或资源时收益增长非常迅速,随后速度逐渐放缓,当超过价值最优点的投资,将不会产生更多价值,应将多余资源转投其他领域^[23]。牛津大学专门建立了三重价值医疗中心进行相关研究^[24]。北京协和医学院群医学及公共卫生学院江宇团队的译著《如何获得更有价值的医疗》近期也将出版,旨在帮助医疗从业者、政策制定者和卫生管理者了解价值

医疗的内涵^[25]。

2. 群医学:价值医疗是从价值最大化的角度出发,保证医疗卫生资源合理利用和公平分配,但更关注针对个体的医疗服务。而群医学是从群体出发研究价值,兼顾防病与治病,试图解决社会结构性的医疗资源浪费和分配不均的问题。

长期以来,我国临床医学、公共卫生与预防医学等多学科并行发展,忽略彼此融合,弱化了对医学生大卫生、大健康意识的培养,造成公共卫生与预防医学和临床医学之间在组织架构和人员配置上的裂痕。新冠肺炎疫情的发生,再次显示出医防结合的重要性和必要性^[18, 26-27]。

群医学以维护患者公平获得医疗服务、减少卫生资源浪费、确保卫生系统适度产出、提升医疗服务价值为宗旨,以实现全人群全生命周期健康为目标,兼顾个体和群体、预防和治疗,关注当下和长远。在个体保健基础上,促进全人群健康水平提高,以达到健康效益最大化;融合基础医学、临床医学、公共卫生与预防医学等多个学科,合理配置卫生资源,推动临床诊疗和预防协同发展^[28]。

以价值为基础的群医学已在医疗决策、卫生保健、艾滋病防治等领域初步实践。为培养跨学科人才,哈佛大学等设立了群医学系或学位项目。2018 年北京协和医学院建设中国第一个群医学学科并创建示范基地;2020 年群医学及公共卫生学院成立,为中国探索与推广群医学奠定基础。

四、总结与建议

从 RCT 验证疗效、循证改善预后、成本效益核算、质量安全控制,到以价值为基础的群医学出现,过去 50 年,医疗卫生行业在促进健康、减少医疗需求、提高卫生效率方面取得了卓越成就。但也不能忽视仍有的问题和挑战,医疗资源过度使用、浪费和分配不均现象、重治轻防和防治分离等落后观念依然存在,这些问题将成为第三次医疗卫生改革的改革重点和难点。价值医疗和群医学从价值最大化出发,能兼顾患者个体与一般群体、关注医学学科融合,解决医疗卫生资源利用问题,有望引领第三次医疗卫生革命的发展方向。

应用价值医疗和群医学解决医疗卫生资源利用问题、转变“重治轻防”“防治分离”的观念,应注意以下 5 个方面^[29]:

首先,关注群体。应从人群角度考虑资源配置,找出真正需要关注的疾病或患者群体,明确医疗工作重点,从而在分配有限的资源时有所侧重,

做到因地制宜、因人而异,最大限度实现资源价值。其次,应建立动态高效的系统。以往的医疗卫生服务由政府机构主导,散在各级医疗卫生机构中,无法整合联动,不利于日益复杂的医疗卫生行业持续发展。应进行系统整合、多部门协作、逐步建立起一个高效、动态的工作系统,其应包含一系列共同目标、具体执行规范和标准,使得一个国家的不同地区甚至不同国家之间能相互参考借鉴^[30]。另外,系统能通过网络传播。网络是将系统交付给群体中的个人或组织的集合,通过网络创造价值。第三次医疗卫生革命正是通过网络将知识传播到人群中,从而改变了机构及医患之间的整体关系。第四,增加个体价值。关注群体的同时,也不能忽视个体患者。面对同一干预措施,不同患病程度个体的获益程度不同,因此,当资源投入医疗服务中时,应使真正有需求的个体获得治疗,而不是单纯地惠及群众。第三次医疗卫生革命增加了个体的价值:个体患者更易获取前沿医学知识,能进行自我健康管理;还能参与临床医疗决策,帮助医生做出最佳诊疗方案。最后,应创造一种管理文化。文化是指共同拥有的理念信念或预期目标,在医疗卫生领域,应将以人为本、创造价值视为共同的文化,不仅是卫生事业领导者、管理者,甚至每一位使用医疗资源的人都应充满社会责任感和主人翁意识,自觉践行价值医疗的理念。

新冠肺炎疫情的暴发,再次给全社会敲响警钟,卫生健康事业发展中面临的挑战不容忽视、存在的问题亟待解决。面对日益复杂的全球环境,为了保证全民医疗卫生和“健康中国”目标规划的顺利实现,应加快推进第三次医疗卫生革命的进行和医学思维方式的转变,关注人群、关注价值,提高全社会对公共卫生和预防医学的理解和重视,促进防治结合,为全人群全生命周期健康可持续发展和健康效益最大化而共同努力。

利益冲突 所有作者均声明不存在利益冲突

志谢 感谢北京协和医学院群医学及公共卫生学院参与文献检索、翻译和校对 Muir Gray 教授演讲稿的人员:陈云利、张一方、王嘉旭、秦东旭、薛鹏

参 考 文 献

- [1] Gray JAM. Viva the revolution[J]. Health Info Libr J, 2008, 25 Suppl 1:96-98. DOI:10.1111/j.1471-1842.2008.00817.x.
- [2] Gray M, Airoidi M, Bevan G, et al. Deriving optimal value from each system[J]. J R Soc Med, 2017, 110(7):283-286. DOI:10.1177/0141076817711090.

- [3] 邹飞,倪再玉.医学模式转变在实践上滞后的原因分析[J].医学理论与实践,2011,24(20):2439-2440. DOI:10.3969/j.issn.1001-7585.2011.20.017.
Zou F, Ni ZY. Analysis of the reasons for the lag of medical model transformation in practice[J]. J Med Theo Pract, 2011, 24(20):2439-2440. DOI:10.3969/j.issn.1001-7585.2011.20.017.
- [4] 孙贵范.预防医学[M].2版.北京:人民卫生出版社,2010.
Sun GF. Preventive medicine[M]. 2nd ed. Beijing: People's Medical Publishing House, 2010.
- [5] 曾宪涛.再谈循证医学[J].武警医学,2016,27(7):649-654. DOI:10.3969/j.issn.1004-3594.2016.07.001.
Zeng XT. Talk about evidence-based medicine[J]. Med J Chin People's Armed Police Force, 2016, 27(7):649-654. DOI:10.3969/j.issn.1004-3594.2016.07.001.
- [6] Gray JAM. Evidence based policy making[J]. BMJ, 2004, 329(7473):988-989. DOI:10.1136/bmj.329.7473.988.
- [7] 肖月,石建伟,曹慧,等.公共卫生循证决策国际经验及新形势下中国发展思考[J].中国公共卫生,2017,33(11):1556-1559. DOI:10.11847/zgggws2017-33-11-04.
Xiao Y, Shi JW, Cao H, et al. Evidence-based public health: analysis on international experiences and its development in China under new scenario of public health[J]. Chin J Public Health, 2017, 33(11):1556-1559. DOI:10.11847/zgggws2017-33-11-04.
- [8] 黄丽花,李维嫣,吴家凤,等.卫生经济学评价方法在临床医学研究中的应用概况[J].中国医药指南,2019,17(14):58-60. DOI:10.15912/j.cnki.gocm.2019.14.032.
Huang LH, Li WY, Wu JY, et al. Application of evaluation methods of health economics in clinical medicine research[J]. Guid Chin Med, 2019, 17(14):58-60. DOI:10.15912/j.cnki.gocm.2019.14.032.
- [9] 张公绪,刘艳永,孙静.质量控制与诊断七十年[J].中国质量,1998(5):37-41. DOI:10.16434/j.cnki.zgzl.1998.05.009.
Zhang GX, Liu YY, Sun J. Quality control and diagnosis 70 years[J]. Chin Qual, 1998(5):37-41. DOI:10.16434/j.cnki.zgzl.1998.05.009.
- [10] 靳清汉,朱志忠.医院信息化建设与精细化管理[M].北京:人民卫生出版社,2014.
Jin QH, Zhu ZZ. Hospital information construction and fine management[M]. Beijing: People's Medical Publishing House, 2014.
- [11] Olshansky SJ. From lifespan to healthspan[J]. JAMA, 2018, 320(13):1323-1324. DOI:10.1001/jama.2018.12621.
- [12] 姚贱荷,何英.医疗资源浪费中的政府责任探析[J].桂林师范高等专科学校学报,2019,33(3):80-84. DOI:10.3969/j.issn.1001-7070.2019.03.018.
Yao JG, He Y. A study on the accountabilities assumed by the government in the medical resources' waste[J]. J Guilin Normal Col, 2019, 33(3):80-84. DOI:10.3969/j.issn.1001-7070.2019.03.018.
- [13] O'Sullivan JW, Stevens S, Hobbs FDR, et al. Temporal trends in use of tests in UK primary care, 2000-15: retrospective analysis of 250 million tests[J]. BMJ, 2018, 363:k4666. DOI:10.1136/bmj.k4666.
- [14] 安宏博.中国分级医疗服务体系的困境及其突破——医疗联合体的构建及推广[D].长春:吉林大学,2017.
An HB. The dilemma of China's hierarchical medical service system and its breakthrough—the construction and promotion of medical association[D]. Changchun: Jilin University, 2017.
- [15] 巍怡,贺加.我国医疗改革进程中卫生资源分配的公平性研究——基于合理问责框架的分析[J].道德与文明,2012(6):120-125. DOI:10.3969/j.issn.1007-1539.2012.06.021.
Wei Y, He J. The fairness of health resource allocation in the process of health reform in China: Based on the analysis of reasonable accountability framework[J]. Moral Civil, 2012 (6): 120-125. DOI: 10.3969/j.issn. 1007-1539. 2012.06.021.
- [16] 国务院办公厅.国务院办公厅关于印发全国医疗卫生服务体系规划纲要(2015-2020年)的通知[EB/OL].(2015-03-

30) [2020-09-15]. http://www.gov.cn/zhengce/content/2015-03/30/content_9560.htm.
 General Office of the State Council. Outline of the national plan for medical and health service system (2015-2020) [EB/OL]. (2015-03-30) [2020-09-15]. http://www.gov.cn/zhengce/content/2015-03/30/content_9560.htm.

[17] 李杰. 公平分配医疗资源: 让人民共享医疗发展的成果[J]. 玉林师范学院学报, 2015, 36(1): 47-51. DOI: 10.3969/j.issn.1004-4671.2015.01.011.
 Li J. Equitable distribution of medical resources: let people share the fruits of medical development[J]. J Yulin Normal Univ, 2015, 36(1): 47-51. DOI: 10.3969/j.issn.1004-4671.2015.01.011.

[18] 王陇德. 弥合临床医学与公共卫生的裂痕提高卫生工作的效能与效益[J]. 中国预防医学杂志, 2010, 11(1): 3-4. DOI: 10.16506/j.1009-6639.2010.01.003.
 Wang LD. Mending the schism between clinical medicine and public health, improving efficiency and effectiveness of health services[J]. Chin Prev Med, 2010, 11(1): 3-4. DOI: 10.16506/j.1009-6639.2010.01.003.

[19] Michael Porter. 竞争战略[M]. 陈丽芳, 译. 北京: 中信出版社, 2014.
 Porter ME. Competitive strategy[M]. Chen LF, trans. Beijing: CITIC Press, 2014.

[20] Gray M. Value based healthcare[J]. BMJ, 2017, 356: j437. DOI: 10.1136/bmj.j437.

[21] Enthoven AC, Crosson FJ, Shortell SM. Redefining health care: medical homes or archipelagos to navigate? [J]. Health Aff (Millwood), 2007, 26(5): 1366-1372. DOI: 10.1377/hlthaff.26.5.1366.

[22] Gray M. Evidence-based healthcare[M]. England: Elsevier Science Health Science div, 2001.

[23] Mold JW, Hamm RM, McCarthy LH. The law of diminishing returns in clinical medicine: how much risk reduction is enough? [J]. J Am Board Fam Med, 2010, 23(3): 371-375. DOI: 10.3122/jabfm.2010.03.090178.

[24] Jani A, Jungmann S, Gray M. Shifting to triple value healthcare: Reflections from England[J]. Z Evid Fortbild Qual Gesundhwes, 2018, 130: 2-7. DOI: 10.1016/j.zefq.2018.01.002.

[25] Gray M, Bevan G, Cripps M, et al. How to get better value healthcare[M]. 3rd ed. England: Oxford Press, 2017.

[26] 王睿, 戈志强, 曹红梅, 等. 新冠肺炎疫情背景下我国卫生服务体系发展策略研究[J]. 江苏卫生事业管理, 2020, 31(6): 693-695, 711.
 Wang R, Ge ZQ, Cao HM, et al. Research on the development strategy of health service management in China under the background of COVID-19[J]. Jiangsu Health Adm, 2020, 31(6): 693-695, 711.

[27] White KL. 弥合裂痕: 流行病学、医学和公众的健康[M]. 张孔来, 译. 北京: 人民卫生出版社, 2019.
 White KL. Healing the rift: epidemiology, medicine, and public health[M]. Zhang KL, trans. Beijing: People's Medical Publishing House, 2019.

[28] 杨维中. 群医学弥合预防医学与临床医学的裂痕[N]. 健康报, 2020-09-09(008). DOI: 10.28415/n.cnki.njika.2020.004489.
 Yang WZ. Population medicine Bridges the gap between preventive medicine and clinical medicine[N]. Health News, 2020-09-09(008). DOI: 10.28415/n.cnki.njika.2020.004489.

[29] Wicks P, Hotopf M, Narayan VA, et al. It's a long shot, but it just might work! Perspectives on the future of medicine [J]. BMC Med, 2016, 14: 176. DOI: 10.1186/s12916-016-0727-y.

[30] Gray M. Population healthcare: designing population-based systems[J]. J R Soc Med, 2017, 110(5): 183-187. DOI: 10.1177/0141076817703028.

中华预防医学会流行病学分会第八届委员会组成人员名单

(按姓氏笔画排序)

顾问	刘天锡	汪 华	陆 林	姜庆五	贺 雄				
名誉主任委员	李立明								
主任委员	詹思延								
副主任委员	叶冬青	冯子健	何 纳	何 耀	沈洪兵	胡永华			
常务委员	王 岚	王子军	王全意	王素萍	代 敏	吕 筠	朱凤才	江 宇	
	许国章	李立明	李亚斐	杨晓明	杨维中	吴 凡	吴先萍	汪 宁	
	张建中	陈 坤	赵根明	胡志斌	段广才	俞 敏	施小明	唐金陵	
	曹务春	谭红专							
委 员	丁淑军	么鸿雁	王 蓓	王建明	毛 琛	仇小强	方向华	田文静	
	白亚娜	吕 繁	庄贵华	刘 玮	刘运喜	刘雅文	刘殿武	许汴利	
	孙业桓	苏 虹	李 琦	李文庆	李石柱	李佳圆	杨西林	杨敬源	
	吴尊友	吴寰宇	邱洪斌	余宏杰	张 本	张 军	张卫东	张毓洪	
	陈可欣	陈维清	邵中军	欧剑鸣	周宝森	官旭华	孟 蕾	项永兵	
	赵亚双	胡东生	施 榕	姜 勇	姜 晶	袁 萍	贾存显	贾崇奇	
	高立冬	郭卫东	郭秀花	曹广文	梁 娴	寇长贵	彭 霞	韩秀敏	
	程锦泉	程慧健	曾小云	雷立健	蔡建芳	缪小平	潘 安	戴江红	
	魏文强								
秘书长	王 岚								
秘 书	余灿清	李银鸽							