

# 药事服务费改革:内涵解析及政策选择<sup>Δ</sup>

张 静\*,王虎峰<sup>#</sup>(中国人民大学医改研究中心&中国人民大学公共管理学院,北京 100872)

中图分类号 C939 文献标志码 A 文章编号 1001-0408(2018)06-0725-06

DOI 10.6039/j.issn.1001-0408.2018.06.02

**摘要** 目的:在全国公立医院全面取消药品加成的新医改形势下,为我国药事服务费的改革提供政策选择。方法:对新医改以来药事服务费改革的现状及基本特征进行概述,通过对药事服务费内涵进行多元视角辨析,对药事服务费内涵进行了重新界定,提出针对药事服务费和临床药学服务费改革的破解之道。结果:新医改以来,关于设立药事服务费的理论探讨虽较多,但改革实践未出成果。药事服务费的内涵应细分,将“药事服务费”作为医院所提供的公共服务成本补偿内容,并另设“临床药学服务费”,作为专业性技术服务成本补偿内容,根据服务性质的不同进行相应的政策设计。结论:建议将“药事服务费”,作为一揽子费用,在医疗服务价格动态调整中解决;将“临床药学服务费”按照单独的项目,进行独立核定,纳入标准收费项目。同时,鼓励地方试点,将临床药学服务的收费纳入国家收费目录,并研究制订国家标准;调整药学人员的绩效管理,以推动药学学科的健康发展。

**关键词** 药学服务;药事服务费;临床药学服务费;新医改;政策

## Pharmacy Service Fee Reform: Connotation Analysis and Policy Selection

ZHANG Jing, WANG Hufeng (Health Reform Research Centre & College of Public Management, Renmin University of China, Beijing 100872, China)

**ABSTRACT** OBJECTIVE: To provide policy selection for pharmacy service fee reform in China under New Health Reform that drug addition in public hospitals is abolished completely throughout the country. METHODS: The situation and general characteristics of pharmacy service fee reform were summarized since New Health Reform. The multi-dimension of pharmacy service fee was analyzed to define the connotation of pharmacy service fee again. The solution to pharmacy service fee and clinical pharmaceutical care fee reform were put forward. RESULTS: There were many theoretical discussions on the establishment of pharmacy service fee since New Medical Reform, but no achievements had been made in reform practice. The connotation of pharmacy service fee should be subdivided, and the “pharmacy service fee” should be used as the content of the cost compensation for the public service provided by the hospital; “clinical pharmaceutical care fee” should be set up as the cost compensation content of the professional technical service; according to the different natures of the service, the corresponding policy could be designed. CONCLUSIONS: It is suggested that “pharmacy service fee”, as lump sum fee, could be solved in the dynamic adjustment of medical service price; “clinical pharmaceutical care fee” should be approved independently and included in the standard charge items according to the individual project. At the same time, local pilot is encouraged, the charge of clinical pharmaceutical care is included in the national charge catalogue, and national standards are studied and formulated. The performance management model of pharmaceutical personnel can be adjusted to promote the healthy development of pharmacy subject.

**KEYWORDS** Pharmaceutical care; Pharmacy service fee; Clinical pharmaceutical care fee; New Health Reform; Policy

药事服务费是在2009年出台的新医改方案中作为取消药品加成的一个前置条件提出的,而一经提出就面

临着争论,虽在一些地方进行过试点运行,但收效甚微。至2017年9月,全国各级公立医院全部取消了药品

- 不良反应报告分析[J].中国药房,2012,23(2):153-156.
- [37] 高立生,赵彦武,朱孝芹,等.2011年承德市2293例药品不良反应报告分析[J].重庆医学,2013,42(12):1390-1391.
- [38] 朱舒兵,唐晓红,刘晓岚,等.重庆市2010年至2011年基

- 本药物不良反应分析[J].中国药业,2012,21(12):79-81.
- [39] 李利军,胡晋红,王卓,等.药品不良反应严重程度分级评分标准的制定及药品不良反应严重度指数的应用[J].药学服务与研究,2008,8(1):9-13.
- [40] 国家药品不良反应监测年度报告:2015年[EB/OL].(2016-07-13)[2017-06-01].<http://www.sda.gov.cn/WS01/CL0844/158940.html>.
- [41] 陈立勋.药品不良反应/事件病例报告质量评价指标体系建立的研究[D].合肥:安徽医科大学,2012.

Δ 基金项目:中国人民大学公共管理学院科学研究基金项目(No.2017026)

\* 副研究员,博士。研究方向:卫生事业管理与社会保障。E-mail: luckyzhangjing2014@163.com

# 通信作者:教授,博士。研究方向:卫生事业管理。电话:010-62514868。E-mail: wanghufeng616@ruc.edu.cn

(收稿日期:2017-07-05 修回日期:2018-01-19)

(编辑:陈 宏)

加成后,收取药事服务费这项措施并没有实施。在公立医院综合改革进入新阶段之际,有必要对药事服务费改革进行回顾和探讨,从药事服务费的内涵进行多元化解析,并根据现实条件进行政策选择,以寻求未来药学发展和药事服务费破解之策。

## 1 新医改以来药事服务费改革的现状及基本特征

### 1.1 政策原则出台但后续政策微妙变化

2009年4月,新医改的纲领性文件《关于深化医药卫生体制改革的意见》首次提出设立药事服务费问题,指出:“通过实行药品购销差别加价、设立药事服务费等多种方式逐步改革或取消药品加成政策,同时采取适当调整医疗服务价格、增加政府投入、改革支付方式等措施完善公立医院补偿机制”<sup>[1]</sup>,将药事服务费作为取消药品加成的重要条件进行设计。因此,此文件下发后的初期,在一些地方如重庆市江北区、广东省部分城市曾经试行收取药事服务费。2010年原卫生部等五部委在《关于印发公立医院改革试点指导意见的通知》(卫医管发[2010]20号)中再次提到:“逐步取消药品加成政策,对公立医院由此而减少的合理收入,采取增设药事服务费、调整部分技术服务收费标准等措施,通过医疗保障基金支付和增加政府投入等途径予以补偿”;并进一步指出:“药事服务费原则上按照药事服务成本,并综合考虑社会承受能力等因素合理确定,纳入基本医疗保险报销范围”<sup>[2]</sup>。但是,在之后出台的公立医院综合改革的重要文件,包括2012年的《关于县级公立医院综合改革试点意见的通知》(国办发[2012]33号)与2015年的《关于全面推开县级公立医院综合改革的实施意见》(国办发[2015]33号)、《国务院办公厅关于城市公立医院综合改革试点的指导意见》(国办发[2015]38号)却再也没有提及;无独有偶,《全国医疗服务价格项目规范(2010版)(征求意见稿)》明确列入了药事服务费项目,而在正式出台的2012版《全国医疗服务价格项目规范》却未列入“药事服务费”项目。由此推论,药事服务费从2009年提出,到2012年前后全国性文件中未再提及,至2015年出台的两个纲领性的公立医院改革文件中均未涉及,这意味着原有通过收取药事服务费作为取消药品加成配套措施的初衷已被否定。

### 1.2 理论研究成果较多但缺乏试点实践经验支撑

从2009年新医改方案首提药事服务费之后,特别是在2010—2012年期间,大量学者对国内外的药事服务费进行了理论研究和经验总结。公开文献中有一些政府委托的课题成果,如吴可等<sup>[3-4]</sup>在国家发改委委托的“医疗机构设立药事服务费问题研究”和“中国价格协会立项基金支持”等项目中,建议我国现阶段药事服务费可以按门诊和住院分类收取,门诊药事服务费按处方收

费,住院药事服务费按床日收费。张丹等<sup>[5]</sup>、王力男等<sup>[6]</sup>在原卫生部政策法规司委托课题“我国实行药事服务费研究”中建议我国征收药事服务费应加大政府投入,将其纳入医疗保险报销范围。在费用标准方面,有研究者建议:门诊药事服务费按照诊次、住院药事服务费按照床日收取,收费范围为门诊应在3.21~11.42元之间、住院应在10.34~36.75元之间<sup>[7-8]</sup>。

作为新医改探索实践,只有少数地方试点收取药事服务费。如重庆市于2010年8月在江北区试点公立医院改革,开始收取药事服务费;2013年12月,重庆市人民政府办公厅批转印发了市财政、人社、卫生、物价部门联合制定的《区县级公立医院药事服务费收取办法》(渝府办发[2013]222号),明确了每门(急)诊人次(疗程)的药事服务费标准,并开始在一些区县收取药事服务费<sup>[9]</sup>;2017年8月,在《关于印发重庆市全面推开公立医院综合改革实施方案的通知》中又明确指出:“全面取消药品加成和药事服务费”<sup>[10]</sup>。广东省则在省级层面开展试点,印发的《广东省关于推进医疗服务和药品价格改革的实施意见》(粤价[2010]162号)提出:“深圳、韶关、湛江、佛山、中山、东莞等试点市要在医药价格改革方面率先取得突破,扩大试点范围,通过设立药事服务费,补偿药事服务成本……”<sup>[11]</sup>;2017年3月,《关于印发广东省深化医药卫生体制综合改革实施方案的通知》(粤府[2017]32号)中未再提及药事服务费,只提出:“研究制订药事服务、‘互联网+医疗’服务项目”<sup>[12]</sup>。

由此可见,药事服务费的理论探讨始终未断,但其改革试点实践却日渐式微,没有真正“破题”。

### 1.3 公立医院全面取消药品加成后药事成本问题又被提起

2017年,我国公立医院全面取消药品加成,沿用60多年的“以药补医”机制在制度层面上宣告结束,对公立医院的补偿途径由原来的三个渠道(药品收入、医疗服务收费、政府补助)逐渐变成了政府投入和医疗服务收费两个途径。在全面取消药品加成的背景下,一些医院认为药事成本已成为额外负担,药剂科被当作“单纯成本”的化身。其实,在药事服务费的背后隐含着两个问题:一是过去虽然以药品加成利润补偿医疗服务和药事服务成本,但是对这两个成本并没有细分。医改过程中多数试点地区只是测算了药品加成平移的部分,而没有对药事成本单独进行测算,客观上存在药事服务费的内涵、标准、收取方式等理论和技术缺失的问题。二是药品加成的平移基本上按照政策允许的幅度,即以药品进价的15%进行测算(中药饮片除外),而实际上由于改革开放后原有的三级流通体系(即从新中国成立后至1984年,原计划经济模式下,我国药品流通渠道管理采用的

由中央一级的医药采购供应站、省/地/市的二级医药采购批发站、县级的三级医药公司组成的流通体系)的解体和重组,医院多数情况下得到的收益要大于官方规定的加成15%的比例<sup>[13]</sup>,因此一旦取消这部分加成收入,就使得新旧机制转轨更加困难、实际费用缺口更大。由此,药事成本也就容易被想当然地“拿来说事”,成为了新旧机制转轨的一个无法回避的问题。

## 2 对药事服务费概念内涵的多元视角分析

药事服务费的概念内涵成为许多学者研究的焦点,既有共识,也有分歧。分歧主要集中在以下几点:(1)药事服务的主体如何确定,如医师是否为主体之一;(2)关于药事服务费内涵的认识不一,广义和狭义概念差别很大;(3)国内外制度环境迥异,尤其与国际上医药分业的国家差异较大,我国如何借鉴国际经验,众说纷纭。因此,为了解决这些问题,有必要首先廓清概念,对药事服务费的内涵进行分析。

### 2.1 从药事服务费的广义视角看内部构成

笔者采用学者们提出的广义药事服务费概念,即“为了保障药品的安全性、有效性,经济、合理、方便、及时地使用相关的药品,在药品的研究与开发、制造、采购、储藏、营销、运输、交易中介、服务和使用,以及合理用药发生的诊疗、咨询和搭配药品等活动中所发生的费用<sup>[14]</sup>”,采用最大内涵边界法,将文献[3,5,7,14-29]中关于药事服务费的内涵(内容涉及从药品研发到药品最终合理使用的全过程)进行了梳理,对学界有共识和有争议的内容分别给予标注,详见表1(注:国际上,药事服务和药学服务是一个词,即“Pharmaceutical care”,但国内则有两种称谓)。

表1 “广义的药事服务费”内涵分类及其内容

Tab 1 The connotation classification and contents of generalized pharmacy service fee”

内涵分类	主要内容(国内外观点汇总)	学界观点
药品成本	药品的研发、制造、营销等活动	有争议
医师开处方(医师人力成本)	医师对用药方案提供的处方	未达成共识
医院药房运营和管理(医院药房成本)	①经营成本:人力成本、场地、药师和药技人员的资质和培训、设施、修缮、维护费等 ②管理成本:药品采购、运输、储存、管理、质量控制、损耗等	达成共识
基本药学服务(药剂人员和药师人力成本)	①门诊:药品处方审核、调配、分发、用药指导、咨询 ②住院:医嘱审核、调配、配送、出院用药指导与教育	达成共识
临床药学及延伸服务(临床药师人力成本)	①制订临床药物治疗方案,审核用药医嘱或处方 ②参与查房、会诊和病例讨论,协助医师鉴别遴选药物;用药监护、药学查房和书写药历 ③治疗药物监测、个体化用药方案 ④提供药物信息、用药咨询和宣教 ⑤药物不良反应和新药安全、有效性监测 ⑥用药调查、评估和研究 .....	界定不清(试阶段)

鉴于我国尚未实现医药分业,门诊和住院药事服务

基本都由医院的药房提供,尽管有些学者对我国药事服务费的定义涵盖了社会药房,但无论从现实的药事服务费设置,还是我国官方提出的药事服务和费用,均只涉及了医院药房。因此,下文中讨论的药事服务费内涵、收取方式和补偿机制等内容均指医院药房,不包括社会药房。

### 2.2 从我国药事服务内部构成视角进行成本性质分析

经梳理发现,按照药品研发到使用全过程的药事服务费内涵,涉及以物化成本为主的综合成本有两项,分别是药品进入医疗卫生机构前的所有成本(以下简称“药品成本”)和在医院药房产生的药品经营和管理成本(以下简称“医院药房成本”);而涉及的纯人力成本有三项,分别为医师处方成本、基本药学服务成本和临床药学服务成本。首先,关于药品成本的构成,有学者认为应包括从药品的研制到药品最终合理使用的全过程相关的所有费用<sup>[14]</sup>。而多数学者认为该部分成本已在药品的价格中予以体现,不建议纳入药事服务费补偿的范畴,笔者也认同这一观点。其次,医院药房成本应该纳入药事服务费的补偿范围,该部分成本不仅已为原卫生部的官方解释所涵盖<sup>[15]</sup>,而且也是国内学者对药事服务费内涵普遍达成共识的部分。第三,医师处方成本较有争议:一种观点认为公立医院的药事服务费与诊断和治疗方案密不可分,药师、医师都应作为执业人员被纳入药事服务费的补偿范围中<sup>[16]</sup>;另一种看法是医师的劳动价值已通过挂号诊疗费等形式得以体现,如果纳入药事服务费中,会有重复收费之嫌<sup>[15]</sup>。第四,关于基本药学服务成本的内涵及纳入,学界已有共识,本文不再赘述。最后,对临床药师服务所涉及的成本内涵目前还未统一意见,体现在:有些学者针对我国的实践提出药事服务费的内涵应该是药师的基本药学服务价值;有的学者则将我国药学专业服务分为两大类,一类是基本的药品管理、调剂服务,另一类是用药咨询、用药监护等专业服务等<sup>[17]</sup>;还有的学者直接指出,国内药事管理费在很大程度上还是与医院药品的处方开具、审核、配发和管理有关的调剂费,没有真正包括临床药学工作和临床药师服务的内容<sup>[18]</sup>。后文将重点探讨这一问题。

### 2.3 从人力成本弹性视角对药事成本的再认识

笔者认为以上两项综合成本和三项人力成本,都是在医疗服务中客观存在的,需要制度性安排予以相应补偿。其中,医院药房成本,具有供给的不可分割性,针对的是广大非特定人群,故可对其进行标准化规范和要求;而人力成本中,从基本药学服务到临床药学服务成本,针对的特定人群逐渐减少,但技术含量逐步增加,人力成本的投入呈弹性增加。例如药师查房和个体化用药方案的制订比一般的医嘱审核要复杂得多,人力成本

投入要高很多。而从人力成本内部结构来看,药剂人员和药师的常规服务与临床药师提供的专业临床药学服务及延伸服务又不相同,如处方审核(住院医嘱审核)、调配、分发、用药指导、咨询等常规服务,是多数人需要享受的基本药学服务;而专业药师的临床药学服务及延伸服务既不可能也没必要作为基本服务向所有患者提供。因此,对于以物化成本为主的综合成本来说,有可能通过标准化的收费进行成本弥补;而对于人力成本的弥补用固定的核定标准统一收取显然不合理。

笔者认为,前述三项人力成本中的医师处方成本可通过诊疗费等形式予以补偿,而不应纳入药事服务费的内涵中,也不应与药品处方的数量、金额等产生联系;而对于另两项人力成本,笔者认为均为药学人员技术劳动价值的体现,将之纳入药事服务费的内涵理所当然,但补偿的形式要有所区别,才能更合理地弥补药剂人员和临床药师人力成本的价值。

## 2.4 从学科发展视角审视药事服务费与药学学科发展

在以往“以药补医”的政策下,选择的是用药品加成利润的一揽子补偿方式对药事成本进行补偿,其中既包含了对药事成本和服务的弥补,也涵盖了对医疗服务价格不合理的补偿。过去在这个过程中既没有设立药事服务项目,更未明确服务标准和收取方式。如今,药品加成全面取消后,医师的医疗服务价值通过调整和增加诊查费及医疗服务项目收费进行了弥补,而药事服务的价值补偿却成为了“空白地带”。由于政策不明确,我国药学发展的境地也比较尴尬,这与医药分业的其他国家药学学科迅速崛起,极大地促进了合理用药、减少药物不良反应和节约医疗成本的现状形成了巨大反差。药事服务费的问题关乎我国药学学科发展,亟需明确概念内涵、确定服务项目、研究制订相应的成本补偿办法。

## 2.5 药事服务费与药学服务费:概念的厘清

2.5.1 药学服务与药事服务 20世纪80年代,世界卫生组织(WHO)和国际药学联合会提出,药学服务(Pharmaceutical care)是指药师应用药学专业知识向公众(含医务人员、患者及家属)提供直接的、负责任的与药物应用有关的服务(包括药物选择、药物应用知识和信息),以提高药物治疗的安全性、有效性与经济性,实现改善与提高人类生活质量的理想目标<sup>[15]</sup>。然而对药事服务的定义,学界观点不一:我国许多学者认为药事服务和药学服务就是一个概念,可以互换<sup>[16,19]</sup>;有的学者将药事服务定义为传统的药事服务,是药师为患者备药并配送到患者手中的过程;其他的药学服务定义还有判断性药学服务、团队式药学服务与药物治疗管理模式<sup>[20]</sup>。还有部分学者将药事服务费从广义和狭义两个角度进行区分,指出“广义的药事服务费”是为药事活动提供服务发

生的所有费用,而“狭义的药事服务费”是指上述广义药事服务费中的一部分<sup>[14]</sup>。笔者认为,药学服务或药事服务是对同一英文定义的不同译法,而国际上只有一个名称“Pharmaceutical care”。

2.5.2 我国药事服务费的界定 目前,我国对于“药事服务费”的严格区分尚缺乏文献支撑。新医改实施之后,我国《全国医疗服务价格项目规范(2010版)(征求意见稿)》中对药事服务费的定位主要是弥补药物管理的基本成本和医务人员药事服务的技术劳动价值<sup>[25]</sup>,而为数不多的试点地区的药事服务费也没有真正包括临床药学工作和临床药师服务的内容<sup>[18]</sup>。因此,可以说我国以药师为主体提供服务的费用补偿,即侧重于对药学服务的补偿远远不足,当然这与我国药学学科发展,特别是临床药学发展乏力有很大的关系。

基于此,笔者为提出相应政策建议,尝试重新界定国内的“药事服务”这一概念,将“药事服务”界定为药房运营、药品管理和基本药学服务。其中,药房运营和药品管理成本包括人力成本、场地、药师和药技人员的资质和培训、设施、修缮、维护费等和药品采购、运输、储存、管理、质量控制等费用;基本药学服务成本包括门诊成本(药品处方审核、调配、分发、用药指导、咨询等)和住院成本(医嘱审核、调配、配送、出院用药指导与教育等)。同时,将临床药学服务及延伸服务,包括参与制订临床药物治疗方案、审核用药医嘱或处方,以及参与用药监护、药学查房和书写药历等多项内容(详见表1),界定为“临床药学服务”,相应地以“临床药学服务费”对以上的成本给予补偿。

由于项目的不断变化和不可穷尽性,笔者提出药事服务和临床药学服务两者区分的标准为:所有人应该享受的药事服务,作为医院应该提供的“公共服务”内容,纳入药事服务费的范畴;个性化和专业化较强的“技术服务”部分,即临床药师提供的专业临床药学服务,应纳入临床药学服务费的范畴。这样分类的好处在于:药事服务可以作为基本公共服务内容,以标准化模式,向所有患者提供,并相应解决其成本补偿问题;而临床药学服务则应按照个性化、专业化的模式,同临床治疗技术一样进行规范化管理,并相应解决其成本补偿问题。

## 3 药事服务费和临床药学服务费改革:破解之道

基于药事服务和临床药学服务是否收费的问题虽讨论已久,却并无定论,故笔者认为应该借鉴国际经验,同时立足我国国情,从鼓励药学学科发展的角度进行政策选择。

### 3.1 明确收取药事服务费和临床药学服务费的三个客观条件

第一,国际上有先例。国际上征收药事服务费主要

有三种模式:一是药品进销差价补偿,即在药品进价基础上加成20%~30%,主要以欧洲一些国家为代表;二是单独设立收费项目补偿,主要包括药师调剂费和其他药学专业服务收费,以加拿大和韩国等国家为代表;三是混合补偿,包括药品经销差价加上药学专业服务收费,以美国、英国和日本等国家为代表<sup>[18]</sup>。具体收取方式多样化,主要包括按处方数、按人次、按药品类型、按药品金额、按药品数、按差额率等独立或组合方式,以及按照门诊和住院的不同组合形式<sup>[18, 21-22]</sup>。总体来看,国际上虽没有统一固定的收费模式,但不难得出的基本结论是:药事服务的成本无论以何种方式,都要进行明确合理的补偿。而国外对临床药学专业服务的收费是一个值得重视的经验,这关系到药学专业的发展,如何借鉴这些经验需要从我国的新医改实际出发。

第二,我国新医改的基础条件决定了单独收取药事服务费不合时宜。我国收取药事服务费的基础相对薄弱,新医改后虽曾经做过尝试,但最终没有广泛实施。其原因是缺乏管理基础,尚无科学、精细化的收费方法,基本上还是将药品加成总量换算成一定比例或者定额的药事服务费,这种改革实际上也无助于药学学科的发展。刚刚取消了药品加成,却代之以收取药事服务费,难免有“换汤不换药”之嫌,加之临床上长期以来的过度用药也广为诟病,因此在短期内控制“药占比”是重要的医改目标,单独收取药事服务费不可能成为现在的改革选项。

第三,临床药学服务费可考虑作为当前形势下,对临床药学服务的重要成本补偿。药学学科的发展是一个国际趋势,临床药学服务费有助于药学学科发展。国际上已实施医药分业,设立了药事服务费的国家,越来越意识到合理用药与医疗服务的安全性和经济性之间的关系,以及其对减少药物损害和节约医疗成本的贡献<sup>[3]</sup>。据统计,全世界50%以上的药品是以不恰当的方式处方、调配和出售的,同时有50%的患者未能正确地使用药品。WHO调研指出,全球的患者有三分之一是死于不合理用药,而不是疾病本身<sup>[26]</sup>。这提示临床药学的发展是必然趋势,临床药学服务也将从医院走向社会,服务目标也将从合理用药转向健康促进。健康中国建设已经成为我国的国策,从药学服务维护健康的重要功能来看,药学专业也必须加快发展,因此临床药学服务费可作为符合当前发展方向的重要政策议题之一。

### 3.2 将药事服务费和临床药学服务费分别以不同的渠道进行科学补偿

基于以上三个客观条件,结合本文以上对广义药事服务费的分析,笔者认为药品成本和医师处方成本采取原补偿渠道更为合理,不再赘述;而剩余的三项成本,即

医院药房成本、基本药学服务成本和临床药学服务成本需要以相应的补偿方式予以弥补。

第一,建议将“药事服务费”作为公共服务收费内容,以一揽子成本费用的方式,在医疗服务价格动态调整中解决。经过以上对临床药学服务费和药事服务费概念的辨析,笔者认为应设立“药事服务费”项目,对表1中的医院药房成本与基本药学服务成本进行一揽子补偿,也就是国际上多数国家所称的“药品调剂费”。补偿的方法是在医疗服务价格动态调整时给予解决,可将这个成本列入取消药品加成的附加比例,作为“调价空间”之一进行测算,然后予以一并补偿,未来纳入医疗服务价格动态调整监测内容,定期进行调整。

第二,将临床药学服务费按照单独的项目,逐一进行核定,纳入收费项目标准。从国际药学发展的规律和趋势看,临床药学对于提高用药安全性和经济性水平的作用逐渐凸显,因此通过前文所述的“药事服务费”补偿后,临床药学服务成本也有待弥补。表1中体现临床药学服务的临床药师人力成本弹性最大,可拓展性也较大,如何激励这部分弹性最大的人力成本投入,对我国未来药学学科的发展,尤其是临床药学的发展具有重要意义。因此笔者建议,对当前患者临床需要、有利于药学发展和提高临床治疗水平的药学服务项目(如药师会诊、抗肿瘤化学药物集中配置、全肠外营养制剂调配、细胞毒性药物调配、病房抗生素药物集中配置等),应独立核定成本,设置单独的收费项目类别,即“临床药学服务费”,按照临床药学服务开展的内容进行设项,并纳入标准收费项目,同时随着临床药学的发展不断增加该类项目的数量。

### 3.3 鼓励地方试点,将临床药学服务费纳入国家收费目录、研究制订国家标准

在我国公立医院综合改革的纵深推进中,虽然取消药品加成和调整医疗服务价格政策层面上实现了全覆盖,但实际上,多数地区还远未做到针对取消的药品加成部分,通过及时、动态的医疗服务价格调整来进行医务人员劳务价值的弥补,而对于药事服务和临床药学服务成本的补偿更是无从谈起。因此,笔者建议应该鼓励地方积极进行临床药学服务收费的改革试点,并给予政策倾斜和支持,稳步推进和适时推广;同时,在总结地方试点经验的基础上,研究将临床药学服务的收费项目纳入国家发改委的《全国医疗服务价格项目规范目录》,研究制订国家级的收费标准,并在全国试点推广,以促进我国药学学科和药学事业的发展。

### 3.4 及时调整药学人员的绩效管理,促进药学学科健康发展

公立医院要改革传统的“收入减支出”的绩效分配

方式,建立科学的药学人员绩效管理新机制:一是药剂科绩效分配方案既要摒弃与收入挂钩的方式,又不能单纯关注工作量,而应该把关注点转向药学人员专业能力的提升,激励其协助制订更合理的用药方案和提供更优质的药学服务;二是建立与专业技能提升方向目标一致的绩效考核机制,要求考核标准要规范、统一、可操作,考核方式要体现促进改革和发展、与时俱进,考核结果要与绩效分配和职业发展相关联等。同时,要把药事服务活动和医疗活动进行系统化布局,明晰医师、药师、护理人员等治疗团队成员间的职责分工,制订统一的药事服务工作指南和规范,统一服务标准,做到可量化、可考核,科学衡量药师的劳务价值,促进药学学科和人员的健康发展。

### 参考文献

[1] 中共中央、国务院关于深化医药卫生体制改革的意见[EB/OL].(2009-04-06)[2018-01-22].<http://politics.people.com.cn/GB/1026/9083057.html>.

[2] 关于印发公立医院改革试点指导意见的通知[EB/OL].(2010-02-24)[2018-01-22].[http://www.gov.cn/gzdt/2010-02/24/content\\_1540062.htm](http://www.gov.cn/gzdt/2010-02/24/content_1540062.htm).

[3] 吴可,万劫,韩晟,等.我国药事服务费概念初探[J].药品评价,2010,7(2):6-9.

[4] 吴可,万劫,韩晟,等.我国药事服务费收费方式研究[J].中国药房,2011,22(9):778-780.

[5] 张丹,何江江,胡善联.部分国家和地区实施药事服务费的经验综述[J].中国卫生政策研究,2011,4(1):18-26.

[6] 王力男,张进,胡善联.我国药事服务费的可行性调查[J].中国卫生政策研究,2011,4(1):14-17.

[7] 张崖冰,张丹,何江江,等.有关药事服务费的定义及其测算方法的探讨[J].中国卫生政策研究,2011,4(1):9-13.

[8] 张进,胡善联.国内关于药事服务费的争议[J].中国卫生政策研究,2011,4(1):4-8.

[9] 重庆市人民政府办公厅关于转发市卫生计生委等部门区县公立医疗机构药事服务费收取办法的通知[J].重庆市人民政府公报,2013(23):20.

[10] 重庆市人民政府办公厅关于印发重庆市全面推开公立医院综合改革实施方案的通知[EB/OL].(2017-08-07)[2018-01-22].<http://www.cq.gov.cn/publicinfo/web/views/Show!detail.action?sid=4233908>.

[11] 广东省关于推进医疗服务和药品价格改革的实施意见[EB/OL].(2018-01-22).<https://www.315jiage.cn/html/Yi-YaoZhengCe/61670p2.htm>.

[12] 广东省人民政府关于印发广东省深化医药卫生体制综合改革实施方案的通知[EB/OL].(2017-03-28)[2018-01-22].[http://zwgk.gd.gov.cn/006939748/201703/t20170329\\_698066.html](http://zwgk.gd.gov.cn/006939748/201703/t20170329_698066.html).

[13] 计划经济和市场经济时期药品生产流通制度比较[EB/OL].(2011-12-03)[2018-01-22].<https://wenku.baidu.com/view/67b484375a8102d276a22fd3.html>.

[14] 郭文博,张岚,李元峰,等.药事服务费的内涵及测算方法探析[J].中国卫生经济,2010,29(7):54-55.

[15] 高扬,彭代银,邵蓉.论新医改“药事服务费”的内涵界定[J].现代商贸工业,2012,24(11):30-31.

[16] 高红梅.公立医院药事服务的法律解释[J].云南大学学报(法学版),2012,25(3):123-126.

[17] 吴可,史录文.医疗机构设立药事服务费问题研究[J].中国执业药师,2010,7(5):34-37.

[18] 蔡卫民,翟晓波,何志高,等.临床药学服务补偿机制初探[J].中国医院药学杂志,2011,31(1):1-4.

[19] 李满.对我国药事服务中若干问题的探讨[D].郑州:郑州大学,2016.

[20] 孙静.让药事服务体现专业价值[J].中国卫生政策研究,2010,3(6):5-8.

[21] SCARSI KK, PRINZ EA, SNYDER HK, 等.美国临床药学的发展与实践[J].中国药房,2015,26(26):3601-3611.

[22] 李姗,杨悦.我国医疗机构药事服务费的内涵和收取方式探讨[J].中国药房,2011,22(37):3469-3472.

[23] 医药卫生体制改革近期重点实施方案:2009-2011年[EB/OL].(2009-04-07)[2018-01-22].[http://www.china.com.cn/policy/txt/2009-04/07/content\\_17564617.htm](http://www.china.com.cn/policy/txt/2009-04/07/content_17564617.htm).

[24] 纪丽华,汤建凤.以全成本核算为基础的药事费探讨[J].医学信息,2011,24(12):85-86.

[25] 闫峻峰.从《全国医疗服务价格项目规范(2010版)》(征求意见稿)看我国药事服务费的收取[J].中国药房,2012,23(5):397-400.

[26] 汪光宝,张震巍,关飏,等.WHO促进合理用药的核心政策[J].医院管理论坛,2003,20(6):37-40.

[27] 吴永佩,颜青.临床药师制建设和工作模式的探讨与实践[J].中国临床药学杂志,2014,23(6):337-342.

[28] 戈文鲁.关于药事服务费的一种新解读[J].卫生经济研究,2010(6):5-6.

[29] 吴蓬.药事管理学[M].4版.北京:人民卫生出版社,1993:1.

(收稿日期:2018-01-11 修回日期:2018-01-28)

(编辑:段思怡)