

美国药品调剂服务收费制度研究及其对我国的启示^Δ

廖诗语*, 伍琳, 陈永法[#](中国药科大学国际医药商学院, 南京 211198)

中图分类号 R95 文献标志码 A 文章编号 1001-0408(2026)07-0842-06
DOI 10.6039/j.issn.1001-0408.2026.07.03



摘要 **目的** 借鉴美国药品调剂服务收费实践经验,为我国药品调剂服务收费方案设计提供参考。**方法** 检索相关文献及官方网站,系统梳理美国药品调剂服务的收费历程、不同医疗保险计划的收费方式及标准、收费考量因素,总结其收费特点,对我国完善相关工作提出建议。**结果与结论** 美国药品调剂服务收费制度历经理念萌芽、模式探索、制度建立与专业化发展4个阶段,逐步形成独立于药品价格、以处方为单元的收费方式。各类医疗保险计划在联邦政府的统一框架下,依据真实调剂成本并结合药品类别、药房类型、处方量及政策目标等因素制定差异化调剂收费方案,以体现药师专业价值并保障调剂服务可持续供给。我国虽已在国家层面认可药品调剂服务收费,但仍面临价值认知不足与医疗保险支付压力双重落地障碍。建议借鉴美国经验,结合我国国情,加强药品调剂服务价值评估实证研究助力医疗保险决策;统一药品调剂服务成本测算口径,并结合药师专业技术价值与公共利益,明确收费标准制定依据;以省份为统筹、以处方为单元探索差异化收费方案,注重突出专业技术、调剂风险等;辅以持续强化药师专业能力建设,从而实现药品调剂服务收费政策的科学制定与合理落地。

关键词 药品调剂;调剂费;价值评估;收费制度;药学服务

Study on pharmacy dispensing fee system in the United States and its implications for China

LIAO Shiyu, WU Lin, CHEN Yongfa (School of International Pharmaceutical Business, China Pharmaceutical University, Nanjing 211198, China)

ABSTRACT **OBJECTIVE** To draw upon the United States' experience in charging for drug dispensing services and provide reference for designing China's fee scheme for such services. **METHODS** Relevant literature and official websites were reviewed to systematically summarize the evolution of dispensing fees in the U.S., charging methods and standards across different health insurance plans, and factors influencing fee determination. The key characteristics of the U.S. fee system were summarized. Recommendations for improving China's related practices were then proposed. **RESULTS & CONCLUSIONS** The U.S. dispensing fee system has undergone four stages of conceptual emergence, model exploration, system establishment, and professional development, forming a prescription-based charging model independent of drug prices. Under a unified federal framework, health insurance programs set a differentiated dispensing fee system based on actual costs and factors such as drug category, pharmacy type, prescription volume, and policy objectives, reflecting pharmacists' professional value and ensuring sustainable service provision. Although China has recognized dispensing fees at the national level, implementation still faces barriers including insufficient value recognition and pressure on medical insurance payment. Drawing on U.S. experience and considering China's national context, it is recommended to strengthen empirical research on the value assessment of dispensing services to support medical insurance decision-making; standardize the methodology for dispensing cost measurement and clarify the basis for fee setting by incorporating pharmacists' professional and technical value as well as public interests; explore differentiated charging models at the provincial level with prescriptions as the basic unit, with emphasis on professional expertise and dispensing risks, and continuously strengthen pharmacists' professional capacity to facilitate the scientific formulation and effective implementation of dispensing service fee policies.

KEYWORDS drug dispensing; dispensing fees; value assessment; charging system; pharmaceutical services

2023年9月,《全国医疗服务项目技术规范(2023年版)》(以下简称《项目技术规范》)首次纳入药师门诊诊察、处方/医嘱药品调剂、住院患者个性化用药监护3项

^Δ **基金项目** 国家自然科学基金青年基金项目(No.72404280);中国药科大学国家执业药师发展研究中心立项课题(No.ndrplc202301, No.NRCLPD202502)

* **第一作者** 硕士研究生。研究方向:医药卫生政策与法规。
E-mail:15343289302@163.com

[#] **通信作者** 教授,博士生导师,博士。研究方向:医药卫生政策与法规。E-mail:cyf9906@163.com

药学服务项目,从国家层面正式认可和补偿药学服务价值。然而,在各地后续发布的药学类医疗服务项目中,均未见药品调剂服务费(以下简称“调剂费”)相关举措,这提示《项目技术规范》在全国范围内落地不畅。药品调剂作为药师日常工作的核心,若不能实现合理收费,不仅会使药师的价值无法得到真正体现,而且会严重影响药师的积极性与服务质量,最终影响患者获益^[1]。因此,需尽快推动我国药品调剂服务收费政策落地,激发药师积极性,从而更好地服务患者。

目前,尽管大多数学者认同药品调剂服务应被纳入收费体系^[2],但我国尚无成熟的、可供参考的药品调剂服务收费实践,亟须借鉴国际经验以探索符合我国国情的收费策略。美国是全球较早探索药学服务收费的国家之一,早在20世纪便明确了药品调剂服务的独立收费地位,并逐步实现服务专业化和收费标准化。然而,国内现有的药品调剂服务收费经验借鉴研究大多仅为对美国某类医疗保险计划下的调剂费项目与标准的简单介绍,忽略了其医疗保险体系的系统性、复杂性以及政策制定背后的具体考量,对我国相关政策设计的参考价值有限。为此,本文将从美国药品调剂服务收费制度的发展历程入手,着眼于其医疗保险体系,系统梳理并总结其政策设计与实践经验,以期为我国药品调剂服务收费探索提供有益参考。

1 美国药品调剂服务收费制度发展历程

美国药品调剂服务收费制度经历了百余年的发展,可大致划分为理念萌芽、模式探索、制度建立与专业化发展4个阶段。这一演变不仅是药品调剂服务收费制度的不断完善,更标志着美国社会对药师专业价值的认可,为药学可持续发展奠定了坚实的制度基础。

1.1 理念萌芽阶段

美国药学服务收费的官方理念萌芽于1853年美国药师协会(American Pharmacists Association, APhA)费城会议,会上提出药师提供服务的报酬应与其专业技能、知识及承担的责任相称,而非依据所售药品的市场价值^[3]。此后,美国逐步开展药品调剂服务收费探索。

1.2 模式探索阶段

1900年左右,原美国全国零售药师协会公布的《处方定价表》(Prescription Pricing Schedule)便包含了一项名为“Compounding Charge”的费用,以补偿当时药师广泛提供的草本制剂配制服务。此后十余年间,各药房普遍在其定价表中列入类似费用,如“Service Charge”“Filing Fee”“Basic Fee”“Professional Fee”等,尽管名称存在差异,却一致体现出对药师专业服务收费理念的认可,同时也反映出这一时期美国药品调剂服务收费实践的多样性与复杂性^[4]。此时的药品调剂服务收费定价大多是基于配制药品的数量与种类,而非药品价格^[5]。

工业革命推动了制药业的转型发展,化学合成药物兴起、成品药日益丰富,这使得药师自行配制制剂的频率明显降低。同时,第一次世界大战时期成品药价格持续走高且上涨迅速,原有基于配制药品种类和数量的药品调剂服务收费已难以保障药房的正常运营。因此,1916年,APhA确立了药品加成(Markup)制度——以药品价格为基础,按一定比例附加费用。此举虽在短期内提高了药房的经营稳定性,但使得此后几十年间药师角色商业性凸显、专业性逐渐弱化,阻碍了药师专业价值的实现^[6]。为修正这一弊端,专业服务费“Professional Fee”于1952年被时任美国药学会执行董事的William重新提出,并于1957年由多伦多大学Fuller教授正式倡

导。Fuller教授提出应该对所有处方收取简单、完整、单一的专业服务费,并强调处方药并非普通商品,其调剂活动需要药师的专业知识与判断,服务成本应与药品价格无关^[3]。这一理念引发广泛讨论,至1961年已获得全国超80%的药师赞同,并于1965年得到原美国公共卫生局的认可^[6]。其间,对于专业服务费的计算,诸多学者围绕药品调剂服务的成本[如人力成本(多以药师薪酬计算)、维持药房运营的必要利润等要素进行了广泛的理论探索,试图将药师的服务价值与药品价格剥离。虽然各学者采取的推算公式存在一定差异,但最终推算出的专业服务费多为每张处方1~2美元^[4]。

1.3 制度建立阶段

1965年,美国通过《社会保障修正案》正式设立医疗照护计划(Medicare)和医疗救助计划(Medicaid)两大公共医疗保险计划。Medicaid自创设之初便开始在美国的部分州探索实施“药品价格+专业服务费”制度,如1966年加利福尼亚州、特拉华州分别在药品价格之外设立1.15、1.50美元的专业服务费^[6]。随着临床药学的深入发展,药学服务在药品调剂的基础上愈发多样化与专业化,而“专业服务费”一词较为理论与概括化,在政策执行过程中逐渐被更具操作性、区分度的“调剂费(Dispensing Fee)”所取代。1975年,原美国卫生、教育及福利部在修订Medicaid处方药支付法规时明确指出:“各州必须为Medicaid覆盖药品设立合理的调剂费,用于补偿药师调剂处方药的合理成本及合理利润”^[7]。这标志着药品调剂服务收费制度正式确立。此后,Medicare的Part B(补充性保险)和2003年《医疗保险处方药、改进和现代化法案》(Medicare Prescription Drug, Improvement, and Modernization Act, MMA)设立的Part D(处方药保险)均将调剂费纳入承保范围。

尽管此时“调剂费”一词已在美国的相关政策文本中广泛使用,但并未形成明确定义。直至2005年,MMA配套规则才首次对其作出具体界定,即“在药房调剂Part D覆盖药品时所产生的超出药品价格的费用,涵盖药房调剂药品过程中的相关成本,包括但不限于药师提供药物审查、配制、包装等服务,以及药师薪酬、药房运营等相关成本”;同时,其鼓励各州依据药品调剂成本制定差异化费用标准^[8]。Medicaid随后在2007年的处方药规则中沿用了该定义,达成了联邦层面的概念统一^[9]。

1.4 专业化发展阶段

为强调药师的专业性,避免公众将药品调剂误解为简单分发操作,医疗照护与医疗救助服务中心(Centers for Medicare and Medicaid Services, CMS)在2012年的《承保门诊药品》拟议规则中提出,应当将“Dispensing Fee”调整为“Professional Dispensing Fee”,并于2016年的正式规则中予以确立,明确要求“专业调剂费应反映药师的专业服务价值,并覆盖将适宜的处方药交付给患者的相关成本”^[10]。这一术语调整标志着“调剂费”回归

“专业服务费”的本质,药师专业化的调剂服务可获得合理补偿。

2 美国药品调剂服务收费框架

美国联邦法规对调剂费的规定仅包括必须独立于药品成本设立,费用设定需反映药师的专业服务以及确保能够适当且公平地补偿药房调剂所产生的成本。美国联邦政府鼓励各医疗保险计划制定者因地制宜,设计差异化的调剂费收费方案。目前,美国3类主要的医疗保险计划均采取以处方为单元向药房支付调剂费,但其对每张处方的调剂费定价标准呈现多样性。

2.1 美国医疗保险体系

美国医疗保险体系由社会医疗保险与商业医疗保险组成。社会医疗保险主要包括面向低收入人群的Medicaid与面向老年人的Medicare。Medicaid由联邦政府与州政府共同出资、州政府管理,保障范围包括联邦政府规定的“强制性待遇”和州政府规定的“可选性待遇”。处方药属于“可选性待遇”范畴,由各州政府自主决定承保范围与标准。Medicare由联邦政府统一管理,包括Part A、Part B、Part C、Part D 4个部分。其中,Part A和Part B被称为传统Medicare。前者为住院保险,主要涵盖住院治疗,不包含药品;后者为补充性保险,主要涵盖住院以外的医生服务和门诊治疗,仅包含通过耐用医疗设备(durable medical equipment, DME)提供的少数药品。Part C又名优势计划,由私人保险公司与联邦政府签订合同后提供医疗保险服务,主要覆盖Part A和Part B的医疗保险服务,也可整合Part D的处方药,参保人可以在传统Medicare与Part C中自由选择。Part D则是专门为处方药设置的保险。除社会医疗保险之外,约2/3的美国居民选择参加商业医疗保险,此类保险由私人保险公司按市场规则自主经营,公民自愿投保,政府只负责市场监管。药房体系方面,美国实行医药分开,医院一般只设住院药房不设门诊药房,超九成的处方由社区药房调剂。

各医疗保险计划的支付运营管理活动通常由政府或私人保险公司委托相应机构负责,从而高效、准确地控制药品费用报销过程。各州Medicaid、Medicare的Part C和Part D及商业医疗保险计划,通常由药品福利管理公司(pharmacy benefit managers, PBMs)负责管理签约药房的药品费用支付、药品使用审查等相关事宜。PBMs一般将药房区分为首选药房与非首选药房,前者因与医疗保险计划方达成更优惠的价格协议,可为患者提供较低“共付比”。Medicare的Part B由医疗保险行政签约商(medicare administrative contractor, MAC)负责管理,统一计划完整性签约商(unified program integrity contractor, UPIC)负责监测欺诈、滥用或不当申报行为。获得Medicare规定的DME供应商资质认证的药房,可以就Part B覆盖药品及其调剂费向所在区域MAC申请支付。美国医疗保险体系中药房支付与管理的具体关系见图1。

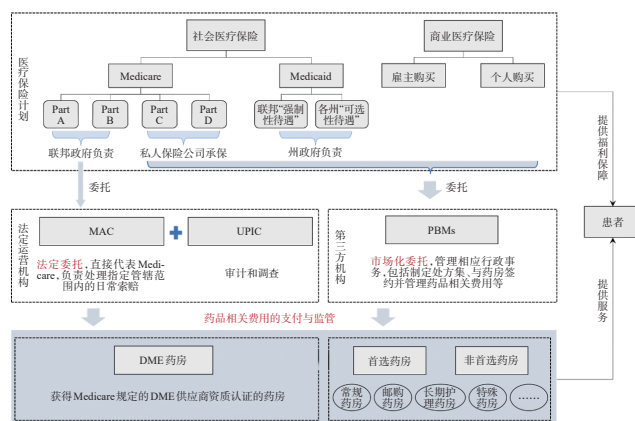


图1 美国医疗保险体系中药房的支付与管理框架图

2.2 各医疗保险计划的药品调剂服务收费方式及标准

2.2.1 Medicaid

各州均以处方为单元向药房支付调剂费。其中,超半数州实行单一固定费用,即不作任何区分,仅设一个调剂费标准,多在10.5美元左右;其余州则考虑处方量、药房位置、药房所有权等因素,在单一固定费用的基础上进行分类,以反映不同调剂情境下的成本差异,实现更公平的补偿^[1]。其主要定额方式包括^[12]:(1)按药品类别差异化定额,且对调剂复杂度更高的配制制剂、特殊药品或政策鼓励使用的仿制药、首选药品等,一般直接设置更高的调剂费,或在常规调剂费基础上加收一定费用。如科罗拉多州政府规定,调剂每单位凝血因子可加收0.03美元。(2)按药房类型或地理位置差异化定额,有时综合考虑二者。如阿拉斯加州区分了州内药房与州外药房,在州内药房下还划分了非部落药房、部落药房与提供单剂量包装的药房。通常各州会对本州、农村地区及特殊类型的药房设定更高调剂费标准,以提升药师服务积极性,保障偏远地区、弱势群体的药品可及性。(3)按药房年处方调配量分档定额,各州可根据自身的药品调剂成本变化趋势确定分档。如加利福尼亚州的药品调剂成本调查结果显示,当药房的年调剂处方量超过90 000张时,成本的下降趋势趋于平缓,故将调剂费划分为年处方量<90 000张、年处方量≥90 000张两档^[3]。各州通常会委托第三方机构定期调查各药房每年度的处方量,作为确定下一年度该药房调剂费标准的依据,未参与调查的药房默认适用最低档标准。(4)其他定额方式——得克萨斯州将药品成本和调剂费纳入一个费率公式,并叠加政策激励因素计算出一个收费额度。美国各州Medicaid调剂费收费情况详见表1。

2.2.2 Medicare

Part B相关调剂费仅涵盖通过DME提供的雾化吸入药物,调剂费标准因处方开具天数及是否为首次开具而异:对于30 d用药量的处方,首次开具的调剂费为57美元,此后为30美元;对于90 d用药量的处方,调剂费均为66美元。对于Part B覆盖的免疫抑制剂、化疗药物和止吐药物,其收费形式与雾化吸入药物类似,但Part B并

表1 美国各州 Medicaid 调剂费收费情况

支付分类	具体收费方式	每张处方的收费标准/美元
单一固定费用(28个州)	不作任何区分,每张处方收取固定费用	8.96~11.89
按药品类别差异化定额(7个州)	常用分类:(1)品牌药与仿制药;(2)成品药与配制制剂;(3)首选药品目录(preferred drug list,PDL)中不同保障等级的药品与非PDL药品;(4)普通药品与特殊药品	9.00~11.57
按药房类型差异化定额(3个州)	常用类型:常规药房、长期护理药房、参与“340B药品定价计划”的药房、偏远地区特约药房等	7.90~15.55
按药房位置差异化定额(2个州)	常用分类:(1)州内与州外;(2)城市与农村	8.85~28.21
按药房年处方调配量分档定额(10个州)	常用的处方量分档:(1)四档——年处方量≤49 999张、50 000张≤年处方量≤74 999张、75 000张≤年处方量≤99 999张、年处方量≥100 000张;(2)三档——年处方量≤39 999张、40 000张≤年处方量≤69 999张、年处方量≥70 000张;(3)两档——年处方量<90 000张、年处方量≥90 000张	8.30~17.01
设定公式收费(得克萨斯州)	(药品采购成本+固定调剂成本)/(1-可变百分比)-药品采购成本+配送激励费+仿制药激励费	≤200.00

未采用“Dispensing Fee”表述,而是表述为“Pharmacy Supply Fees”^[14]。

Part D相关调剂费的收费方式与Medicaid类似,也是以处方为单元,与药品费用一同向药房支付,但由于Part D由私人保险公司运营,其具体收费方案由各私人保险公司与药房谈判确定,仅需向CMS披露,不向公众公开。从已有调查来看,Part D相关调剂费也多区分了首选药房与非首选药房、品牌药与仿制药,费用标准多在每张处方2美元以下^[15]。此外,Part C未另行设定调剂费标准,遵循其所整合的Part B与Part D(如有)的相关规定。

2.2.3 商业保险计划

各商业保险计划的调剂费是与药房谈判后确定的,具体内容不对外公开,但从部分商业保险计划的PBM招标文件中可窥见一二。例如,普罗维登斯市在2024年底的PBMs公开招标文件中明确指出,药品费用的支付将依据“药品合同折扣/最大支付限价+调剂费”的模式结算^[16]。由于商业保险计划通常会效仿所在州的Medicaid偿付方式^[17],其调剂费应当同样采取以处方为单元,将药品费用与调剂费一并支付的方式。

2.3 调剂费制定的考量因素

根据美国联邦政府要求,各医疗保险计划设立和修改调剂费时,需向CMS提交充分数据,如国家、本州或邻近州的药品调剂成本调查结果,以证明其支付合理性与充分性。Medicaid与Medicare均明确药品调剂成本应该包括但不限于以下内容^[10,18]:(1)药师核实患者参保信息、开展药物审查(包括排查潜在用药问题、药物禁忌、药物相互作用、剂量或疗程错误、滥用/误用等),以及药品计量或配制、包装及特殊包装、交付、配送等服务成本。(2)药师及药房其他工作人员的薪酬,以及为维持药房运营所产生的场所维护、信息系统与设备配置等相关成本。此外,Medicare还会综合考虑计费周期内因不同调剂频次、调剂方法而产生的增量成本,药房收集和上

报未使用Part D药品数据的成本,以及长期护理药房退药换新的成本等,但不包括医保方自身行政管理成本,如与药房系统对接的系统费用等。在此框架下,各医疗保险计划可根据自身实际,定期评估调剂费能否反映最新成本水平。

尽管调剂费是以成本为基础制定的,但其功能并不仅限于弥补药品调剂成本,还应当体现药师专业服务的价值。因此,CMS强调药房在调剂费设定过程中可与医疗保险方谈判,以确保收费标准既能覆盖实际成本,又能合理反映药师在医疗保健系统中的真正价值^[10]。此外,各州还会借助差异化设计调剂费来引导医疗服务行为,形成对公共卫生目标的支持,如通过设定更高费用标准鼓励农村地区、仿制药调剂^[1],从而保障用药可及并助力控费。

3 我国药品调剂服务收费现状及美国经验对我国的启示

3.1 我国药品调剂服务收费现状

新医改以来,“药事服务费”作为取消药品加成的前置制度设计被提出,旨在对药师的处方审核等工作给予成本补偿以维持药房正常运转,但因其费用类目繁多、测算考虑因素复杂,且政策推动缺乏明确路径,后续文件未再提及该制度^[19]。随着药学服务模式从“以药品为中心”向“以患者为中心”转型,药学服务价值逐渐凸显,《项目技术规范》的出台更是标志着国家层面对药师专业服务价值的正式认可。

根据笔者前期梳理结果,截至2025年9月,共有20个省份公布了药学服务收费项目,其中药学门诊、住院监护收费已逐步落地实施,但均未设立调剂费项目。山东等地更是明确提出“传统的处方审核调剂属于医院药房内部管理的应尽事项,从公立医院综合运行成本出发考虑,不单独设立医疗服务价格项目”^[20]。河北甚至取消了原有的“口服药品临床指导调配”项目^[21]。进一步检索上述20个省份现有的医疗服务价格项目发现,目前与药品调剂服务相关的收费仅集中在静脉用药集中调配、抗肿瘤药物集中配制等服务,以补偿药师在制剂工艺复杂、专业要求高、风险等级大的特殊用药场景中的劳务付出^[22],而对于常规的药品调剂服务未予以覆盖。同时,各地收费差异较大,部分省份未明确上述调剂相关项目的医疗保险属性^[2]。这反映出我国当前药品调剂服务收费管理尚处于“部分设项补偿、支付主体不明”的初级阶段,缺乏系统性制度安排与普通性政策设计,不利于药师在日常用药保障工作中职能的充分发挥。

历次政策推进均未能形成制度化成果。究其原因,早期阶段主要在于政策定位不清。药事服务费被视为替代药品加成的成本补偿机制,旨在合理弥补医院药事服务成本、维持药房正常运转,而非体现药学服务独立价值的制度安排,未能有效调动药师的积极性和创造性,难以促进临床用药实现高效、安全,故患者群体普遍

对支付该费用持消极态度^[19]。政策实施过程中,也存在收费内涵、标准和方式、管理基础等理论和技术缺失的制约^[23],导致政策实施效果有限,难以持续推进。当前《项目技术规范》虽肯定了药品调剂服务的专业价值与收费地位,但该政策落地仍面临两方面障碍:一是认知不足。相比于专业价值更直观的临床药学服务,社会公众仍普遍将药品调剂服务视为低技术含量的辅助性劳动。这是因为公众通常仅接触到门诊窗口的发药服务,而对每张处方背后隐含的处方审核、用药调整等专业服务及所需的专业技术能力缺乏直观认知^[24]。二是现实顾虑。药品调剂服务覆盖面广、服务量大,在医疗保险支付能力整体有限的情况下,若贸然将其纳为收费项目,可能对全社会医药费用总支出及医保基金形成较大压力,收费方案设计困难也较为突出^[25]。

3.2 美国药品调剂服务收费特点及对我国的启示

美国药品调剂服务收费制度经过长期发展,形成了制度基础稳固、收费核算清晰、结构设计灵活的特点。尽管其社会医疗保险与商业医疗保险并存的医疗保险模式与我国由政府主导的基本医疗保险制度有较大差异,其以社区药房为主的药房体系与我国以医院药房为主导的格局也存在根本不同,难以直接借鉴,但其所反映的“确立制度基础-明确核算依据-差异化结构设计”思路对我国药品调剂服务收费具有重要启示意义。

3.2.1 以高质量实证证据为依托确立专业收费地位、完善收费政策体系

美国药品调剂服务收费制度的确立,核心在于以坚实的实证探索为基础,通过制度化设计将专业价值转化为可持续的收费项目,从而形成完善的政策支撑体系。这不仅为药师专业价值提供了稳定保障,也推动了相关学者对药品调剂服务的持续研究与评估,使得药品调剂服务收费的合理性与必要性不断得到实证强化,进而促进了社会对药师专业价值的广泛认可。然而,我国目前关于药品调剂服务对临床贡献、成本效益及患者获益的实证研究较为稀缺,难以以为医保部门提供药品调剂服务整体“物有所值”的证据^[23]。因此,我国需加强药品调剂服务专业价值评估的系统性研究,形成可为医疗保险支付决策提供参证的证据链条,从而支持药品调剂服务收费地位的确立及收费模式的实践探索,进而不断完善收费政策体系。

3.2.2 将成本基础、专业价值与政策导向相结合,明确收费标准制定依据

美国以坚实的成本数据为基础,明确了成本数据的基本构成,并鼓励定期开展药品调剂成本调查,为调剂费标准的不断调整提供了实证支撑。在此基础上,美国融合了专业价值认可与公共卫生政策目标,既能激励药师为患者提供更高质量的服务,也可保障弱势群体用药可及,促进仿制药使用等政策目标得到实现。我国《项目技术规范》虽已明确调剂费应以成本为基础,但目前

我国关于药品调剂服务的成本结构及核算方式均未形成一致观点^[26]。因此,需尽早统一药品调剂成本测算口径,明确成本构成、核算对象与方法,为调剂费方案的科学制定奠定基础;同时,可由各地卫生健康委或医保部门牵头,联合行业协会、学术机构等开展多层次、多类型的药品调剂成本调查,为调剂费收费方案的制定提供可靠的数据支撑。在此基础上,可借鉴美国经验对“专业药物审查”等核心服务成本独立核算并纳入定价体系,以充分反映药师在保障用药安全、优化治疗结局中的专业技术价值;同时,制定调剂费标准时可有意地向慢病管理、合理用药及提高药物可及性等关键领域倾斜,使专业的价值补偿最终服务于更广泛的公共卫生效益。

3.2.3 以处方为单元开展收费探索,鼓励因地制宜构建差异化收费结构

在联邦政府设定的调剂费基本框架下,美国给予了各医疗保险计划依据自身现实情况灵活制定调剂费方案的空间。各医疗保险计划大多以处方为收费单元,调剂费差异化设计的依据主要涵盖药品类别、药房类型、药房位置、处方量规模、处方供应量等多维因素,从而确保调剂费在不同服务情境下的合理性。这种差异化的制度设计平衡了“整体一致性”与“地方适应性”,可保障药品调剂服务收费政策落地的可行性与有效性。除美国外,英国、日本、韩国等发达国家及我国台湾地区也均以处方为单元收取调剂费^[1],且处方是药品调剂服务开展的基础,因此建议我国也可考虑以处方为单元开展调剂费收费方案探索。借鉴美国在平衡统一性和差异性方面的思路,并与我国现有的医疗服务价格项目制度相衔接,笔者建议在全国层面建立基本规范,以省份为单位开展药品调剂服务收费的差异化探索。且在开展相关探索时,避免将调剂费与药品价格挂钩,而应突出药师的专业水平、投入的精力、技术、风险及药房规模等差异性因素。

3.2.4 持续推进药师能力建设

药师专业能力是药品调剂服务收费获得认可的根基。美国药品调剂服务收费制度的实施也经历了从质疑到认可的过程:早期药师的工作重心在于药品销售,公众普遍反对向“发药与贴标签人员”支付费用^[27];随着药师专业能力的提升,该制度才逐渐获得社会认同。对于我国而言,药师能力建设必须持续推进,以保障药品调剂服务收费政策的社会接受度和可持续性。

4 结语

美国实践经验表明,药品调剂服务收费行之有效,能够在医疗保健体系中发挥重要支撑作用。目前我国已在国家层面认可了这一制度,但在地方实践上仍不够理想。各省份应加快探索步伐,加强药品调剂服务专业价值的系统性评估,确立并稳固药品调剂服务收费地位;由卫生健康委或医保部门牵头开展成本调查,为药品调剂服务收费提供可靠的数据支撑,并将成本数据与

药师专业价值及公众利益相结合后进行考量;优先考虑以处方为单元开展差异化探索,避免将收费与药品价格挂钩,更应突出药师的专业水平、投入精力、技术及药房规模等差异性因素。此外,药师需不断提高专业能力,其职业价值方能获得社会认可。

参考文献

- [1] 于璐,王国华,王晓玲,等.探索建立药品分剂量调剂服务相关补偿机制研究:以儿童用药为例[J].价格理论与实践,2024(12):102-108.
- [2] 中国健康促进基金会,中国药学会,中国药师协会.推进药学服务体系建设和医疗保障协同发展专家共识[J].医药导报,2022,41(6):755-761.
- [3] MYERS M J. Professional fee: renaissance or innovation [J]. J Am Pharm Assoc, 1968, 8(12): 628-631.
- [4] SMITH H A. Determining the professional fee[J]. J Am Pharm Assoc, 1968, 8(12): 646-649.
- [5] APPLE W S. Significance of the professional fee concept to the profession of pharmacy[J]. AM J HEALTH-SYST PH, 1966, 23(9): 493-495.
- [6] ARCHAMBAULT G F. Application of the professional fee concept to government insurance and funding programs[J]. Am J Hosp Pharm, 1966, 23(9): 496-499.
- [7] U.S. Government Accountability Office. Programs to control prescription drug costs under Medicaid and Medicare could be strengthened[EB/OL]. (1980-10-31) [2025-08-24]. <https://www.gao.gov/assets/hrd-81-36.pdf>.
- [8] Centers for Medicare & Medicaid Services. Medicare program; Medicare prescription drug benefit; final rule[EB/OL]. (2005-01-28) [2025-09-21]. <https://www.govinfo.gov/content/pkg/FR-2005-01-28/html/05-1321.htm>.
- [9] Centers for Medicare & Medicaid Services. Medicaid program; prescription drugs[EB/OL]. (2007-07-17) [2025-08-24]. <https://www.federalregister.gov/documents/2007/07/17/07-3356/medicaid-program-prescription-drugs>.
- [10] Centers for Medicare & Medicaid Services. Medicaid program; covered outpatient drugs[EB/OL]. (2016-02-01) [2025-08-24]. <https://www.federalregister.gov/documents/2016/02/01/2016-01274/medicaid-program-covered-outpatient-drugs>.
- [11] LAMPHERE-THORPE J A, JOHNSTON W P, KILPATRICK K E, et al. Who cares what it costs to dispense a Medicaid prescription[J]. Health Care Financ Rev, 1994, 15(3): 9-24.
- [12] Medicaid. Medicaid covered outpatient prescription drug reimbursement information by state[EB/OL]. [2025-08-24]. <https://www.medicaid.gov/medicaid/cost-sharing/cost-sharing-out-pocket-costs/index.html>.
- [13] California Department of Health Care Services. Pharmacy provider dispensing fee self-attestation-frequently asked questions (FAQs) [EB/OL]. (2025-02-14) [2025-08-24]. https://medi-calrx.dhcs.ca.gov/cms/medicalrx/static-assets/documents/faq/Pharmacy_Provider_Dispensing_Fee_Self-Attestation_FAQs.pdf.
- [14] Code of Federal Regulations. PART 414: payment for Part B medical and other health services[EB/OL]. (2025-08-05) [2025-08-24]. <https://www.ecfr.gov/current/title-42/chapter-IV/subchapter-B/part-414>.
- [15] Milligram Health. Medicare Part D dispensing fees (PY2022) [EB/OL]. (2022-05-07) [2025-08-25]. <https://milligram-health.com/insights/2022-02-medicare-part-d-dispensing-fees/>.
- [16] Board of Contract and Supply City of Providence, Rhode Island. Request for proposals[EB/OL]. (2024-11-18) [2025-08-25]. <https://www.providenceri.gov/wp-content/uploads/2024/10/PVD24-208-People-Culture-RFP-Prescription-Drugs-RX-Marketing-3-Year-Contract-with-Two-2-Year-Options-for-Renewal-MT-47357-UPDATE.pdf>.
- [17] GONDEK K. Prescription drug payment policy: past, present, and future[J]. Health Care Financ Rev, 1994, 15(3): 1-7.
- [18] Code of Federal Regulations. §423.100 definitions[EB/OL]. (2025-05-08) [2025-08-24]. <https://www.ecfr.gov/current/title-42/chapter-IV/subchapter-B/part-423/subpart-C/section-423.100>.
- [19] 钟杰,李凤红,黄锡金,等.设置药学服务费的内在逻辑与医保支付思路探析[J].卫生经济研究,2024,41(6): 53-55.
- [20] 山东省人民政府.山东省医疗保障局关于新增药学类医疗服务项目价格的通知[EB/OL]. (2024-04-11) [2025-08-24]. http://www.shandong.gov.cn/art/2024/4/29/art_100619_44631.html.
- [21] 河北省医疗保障局,河北省卫生健康委员会.河北省医疗保障局河北省卫生健康委员会关于试行药学类医疗服务价格项目的通知[EB/OL]. (2023-09-27) [2025-08-24]. <https://ylbjz.hebei.gov.cn/content/3000>.
- [22] 李长琨,王启阳,张晓霞,等.静脉用药调配中心集中调配4类药品的成本测算[J].中国药房,2024,35(11): 1386-1390.
- [23] 闫婷,伍琳,熊抚辰,等.医疗机构药学服务收费政策落地的关键挑战及优化策略[J].卫生经济研究,2025,42(3): 51-54, 58.
- [24] 刘也良.药学服务为何难以收费[J].中国卫生,2022(8): 80-82.
- [25] 宁艳阳.一地实践 开启药学服务收费下阶段话题[J].中国卫生,2022(8): 83-84.
- [26] 杜姗,李晋奇,杨勇,等.我国药学服务收费探索与现状分析[J].医药导报,2024,43(9): 1398-1404.
- [27] DENZIN N K, METTLIN C J. Incomplete professionalization: the case of pharmacy[J]. Soc Forces, 1968, 46(3): 375-381.

(收稿日期:2025-11-12 修回日期:2026-03-15)

(编辑:林静)