

# 部分国家和地区实施药事服务费的经验综述

张丹\* 何江江 胡善联

上海市卫生发展研究中心 上海 200040

**【摘要】**我国新医改方案中提出要逐步推进医药分开,积极探索多种有效方式逐步改革以药补医机制,其中改革公立医院补偿机制中很重要的一条就是设立药事服务费。本文集中总结了澳大利亚、加拿大、美国、南非、日本、英国和台湾等国家和地区的经验,界定药事服务费的性质和内涵,介绍国外药事服务费的支付方式、实施情况、监管和配套措施,为我国药事服务费的设立和实施提供一些参考信息。

**【关键词】**药事服务费;药品加成;国际经验

中图分类号:R951 文献标识码:A doi: 10.3969/j.issn.1674-2982.2011.01.005

## A review on international experience of implementing dispensing fee

ZHANG Dan, HE Jiang-jiang, HU Shan-lian

Shanghai Health Development and Research Center, Shanghai 200040, China

**【Abstract】**In China's new health care reform agenda, a series of policy have been established, including separation of prescribing and dispensing, exploiting effective models and get rid of using drug mark-up policy to subsidize the medical services. Among many measurements, the collection of dispensing fee will be an important reform knob to change the reimbursement mechanism in public hospitals. The paper summarizes the international experiences on charging dispensing fees in Australia, Canada, US, South Africa, Japan, UK and Taiwan region. The content includes the definition and inclusion criteria of dispensing fee and illustration the payment method, implementation, supervision and other measurements, which give the evidence and best practice for the reference of policy making.

**【Key words】**Dispensing fee; Drug mark-up; International experience

2009年4月,中共中央、国务院发布的《关于深化医药卫生体制改革的意见》中明确提出,“积极探索多种有效方式逐步改革以药补医机制。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。”改革现行的医疗机构补偿机制,形成更为合理的医疗机构服务价格体系,保证公立医疗机构的公益性。可见设立药事服务费已被我国政府作为政策方针明确提出。我们集中选取了澳大利亚、加拿大、美国、南非、日本、英国和台湾地区,

总结分析经验,界定药事服务费的性质和内涵,介绍国外药事服务费的支付方式、实施情况、监管和配套措施,为我国药事服务费的设立和实施提供一些参考信息。

## 1 部分国家和地区实施药事服务费的主要做法

### 1.1 澳大利亚

在澳大利亚,联邦政府为了保证所有本国公民和项目覆盖国家(地区)来访者对药品的可获得性,实行药物补贴项目,包括药品福利计划(Pharmaceuti-

\* 基金项目:卫生部政策法规司委托课题“我国实行药事服务费研究”

作者简介:张丹,女(1984年-),硕士,主要研究方向为卫生经济学。E-mail: 082015096@fudan.edu.cn

cal Benefits Scheme, PBS) 和药品返利计划 (Repatriation Pharmaceutical Benefits Scheme, RPBS)。根据规定,患者需要支付的药品费用取决于以下三点:(1)患者分类(普通患者、优惠患者和退伍军人);(2)药品分类(品牌药品、专门疾病治疗组的高价药品和特殊患者保险金);(3)贫困患者享有“安全网”的状况(safety net)。<sup>[1]</sup>

加入“安全网”,需要公民保存所有的 PBS 药房收据,由药剂师登记,当公民及家人的 PBS 药物开支在一年内达到“安全网”贫困线的阈值时,要向药剂师出示当年的处方登记表,就可以在任何药店申请普通优惠卡。若持有联邦福利机构(即福利署)或该部门的退伍军人事务部办颁发的特许证,就有权申请额度更高的优惠卡。安全网贫困线的阈值标准每年随消费价格指数变动而调整。

根据 PBS 计划规定,除了在指定情况下需支付特殊患者保险金(special patient contributions)、高价品牌药品(brand premiums)或一些专门治疗疾病组的高价药品(therapeutic group premium)费用外,普通患者需支付的费用上限为 33.3 澳元,而持有优惠卡的患者需支付的费用最多为 5.4 澳元。普通患者在达到安全网的贫困线阈值(1 281.3 澳元)后就能享受到优惠卡的药价福利。持优惠卡的患者在达到安全网络阈值(324 澳元)后,除了在指定情况下,购买所有药品都是免费的。

与 PBS 项目相关的一些概念介绍如下:(1)普通患者(general patients)是指那些持有医疗保险卡的患者。(2)持优惠卡患者(concessional patients)是指那些除了持有医疗保险卡之外,还持有以下几种卡之一的患者:一是退休金和抚恤金优惠卡(Pensioner Concession Card);二是英联邦老年人健康卡(Commonwealth Seniors Health Card);三是医疗保健卡(Health Care Card);四是适用于各种情况的健康返利卡(金卡)(Repatriation Health Card for All Conditions (gold));五是针对特殊情况的健康返利卡(银卡)(Repatriation Health Card for Specific Conditions (white)),银卡只能在获得连接署(Centrelink)批准的情况下才能享受优惠;六是药品返利卡(橘黄卡)

(Repatriation Pharmaceutical Benefits Card (orange))——药品返利计划中的优惠患者;七是澳大利亚联邦医疗保险机构(Medicare Australia)发行的安全网优惠卡(Safety Net Concession Card)或者安全网会员卡(Safety Net Entitlement Card)。(3)特殊患者保险金(special patient contributions)是指当供应商提供的药品价格高于基准药品价格(benchmark price)时,需要患者支付区别于普通患者保险金(usual patient contribution)的额外费用。(4)高价品牌药品(brand premiums)是指当患者使用的药品价格高于同种但不同品牌药品的最低价格时,患者需要额外支付的加价。(5)专门疾病治疗组的高价药品(therapeutic group premium)是指当患者接受一些专门疾病治疗组时,药品价格高于所有经确认治疗组的最低价格时,患者需要额外支付的费用。但如果出现下面四种情况之一,患者可以向澳大利亚医疗保险机构提交豁免申请:一是基本药物发生不良反应;二是基本药物发生药物间禁忌;三是使用基本药物可能发生药物间禁忌;四是使用基本药物会使患者担忧以致拒绝服药。<sup>[2]</sup>

澳大利亚药事服务费的补偿主要包括:(1)药师药品加成(pharmacist mark-up),用于补偿药剂师 PBS 规定药品的存储和处理成本。它包括在药品成本中,对于患者来说是强制性的费用(表 1)。(2)处方调剂费(dispensing fee),是澳大利亚审理委员会(the Tribunal)在进行相关调查后制定的费用标准,用于补偿药师服务。(3)在正常营业时间内提供 PBS 服务时,药剂师可以要求额外的费用(表 2)。<sup>[3]</sup>

表 1 澳大利亚药师药品加成标准

药价(cost of medicine)(澳元)	加成(mark-up)
0 ~ 30.00	15%
30.01 ~ 45.00	4.50 澳元
45.01 ~ 180.00	10%
180.01 ~ 450.00	18.00 澳元
450.01 ~ 1 750	4%
1 750 ~	70 澳元

表2 澳大利亚药事服务费支付金额表(澳元)

收费项目	药品类型或患者类别	金额
处方调剂费 (dispensing fee)	已制备的药品 (prepared)	6.42
	危险药品费用 <sup>1</sup> (dangerous drug fee)	2.71
	临时制备的药品 (extemporaneously-prepared)	8.46
	允许向病人额外收取的费用 <sup>2</sup>	最高 3.83
附加费用 (使用安全网价格 PBS Safety Net recording fee) (Additional Fees)	已制备的药品 (prepared)	1.05
	临时制备的药品 (extemporaneously-prepared)	1.38
患者共付额 (Patient Co-payments)	普通患者	33.3
	持优惠卡患者	5.4
安全网阈值 (Safety Net Thresholds)	普通患者	1 281.3
	持优惠卡患者	324

注:1. 危险药品是统一毒药表 (Uniform Poisons Schedule) 第八部分所列的药品。危险药品费用同药事服务费一样, 每年 7 月 1 日调整。<sup>[4]</sup>

2. 允许向病人额外收取的费用取决于一般患者处方费用, 当一个处方的处方调节费加上附加费用仍小于一般患者共付额时, 药剂师可以酌情考虑收取额外费用, 但不能超出 3.83 澳元的上限, 且这项费用不计入安全网阈值的费用项中。<sup>[5]</sup>

## 1.2 加拿大

在加拿大, 药事服务费是支付药店专业服务的费用, 包括为患者提供咨询、配药、监测药物治疗, 为医师提供药品信息等; 还包括经常性开支, 涉及药物储存、患者用药记录保存及其他一般运营费用 (如税收、雇员的工资、租金、保险金) 等。<sup>[6]</sup> 为解决老年人、困难家庭、申领救济金者等的用药问题, 各省专门设立了自己的药物保险计划。

加拿大公民有机会参加由各省、区政府和保险公司向个人、雇主、工会和协会提供的各种公共和私人医疗保险计划。<sup>[7]</sup> 基本保险计划 (basic plan) 和半私立医院的基本保险计划 (basic plan with semi-private hospital) 中规定, 当每处方的药事服务费不高于

5 加元时, 保险计划将全额报销药事服务费。<sup>[8]</sup>

加拿大卫生部设立了非保险健康福利计划 (Non-Insured Health Benefits Program, NIHB), 为登记过的当地土著人提供规定范围内、必要的医疗保健相关物品和服务。NIHB 计划规定, 对于某些需要长期药物治疗的, 可以提供多达 100 天的处方量; 对于少于 28 天处方量的短期药物治疗, 该计划每 28 天补偿一次药事服务费, 另有三种情况例外: 一是对慢性疾病的间歇性治疗的再配方 (如剂量变化), 二是根据需求药品处方的再配方, 三是美沙酮的再配方。<sup>[9]</sup>

在加拿大, 各省、区的医疗保险计划不同, 药事服务费也各不相同。每个药房可以按照规定收取药事服务费, 但必须在负责监测药房的药师学会登记。药师可以向患者提供关于药房费用和购药的咨询服务。在安大略省, 2008 年部分药房的平均药事服务费如表 3 所示<sup>[10]</sup>:

表3 加拿大安大略省部分药房药事服务费的收费标准(加元)

药房名称	平均药事服务费
所有药房	8.96
加拿大 Safeway 超市	8.58
Costco 大卖场药房	4.48
London Drugs 药房	8.58
Peoples 药房	9.23
Pharmasave 药房	9.59
Sane Services 药房	8.50
Shoppers Drug Mart / Pharmaprix 药房	10.44
沃而玛 (Wal-Mart) 大卖场药房	7.77

从 2010 年 5 月 15 日开始, 加拿大药物由过去单一加成改为四个类别, 相应的药事服务费也由过去的单一价格改为四个类别的价格 (表 4)。<sup>[11]</sup>

表4 加拿大药事服务费的四类价格标准(加元)

期限	2010/4/1 - 2011/3/31	2011/4/1 - 2012/3/31	2012/4/1 - 2013/3/31	2013/4/1 - 2014/3/31	2014/4/1 起
1	8	8.2	8.4	8.62	8.83
2	9	9.22	9.45	9.69	9.93
3	11	11.28	11.55	11.84	12.14
4	12	12.3	12.61	12.92	13.25

注: 类别设定标准: 安大略省农村指数 (the rural index of Ontario)、在一定地理区域内提供药房服务的药店数量、药店之间的距离。<sup>[12]</sup>

### 1.3 美国

美国药房服务分为分发性服务和非分发性服务。药房从顾客处获得分发药物现金支付的费用,单张处方通常很少会超过 5 美元。<sup>[13]</sup>发药过程包括:检查药物的适应症、药物保质期、药物配伍禁忌,同时为患者提供用药指导和新药咨询。药物的非分发性服务(non-dispensing services)又被称为认知服务(cognitive services)、医药保健服务和药物治疗管理服务(medication therapy management)。药物治疗管理服务是一种独特的服务或服务组,目的是使特殊病例达到最佳治疗效果。<sup>[14]</sup>药物治疗管理包括以下列举的几项服务内容,但又不仅限于此:(1)对病人健康状况进行必要评估;(2)制定药物治疗计划;(3)选择、启动、修改或者管理药物治疗;(4)监测和评估患者的治疗反应,包括安全性和有效性;(5)执行全面审查,以确定药物,预防和解决包括药物不良反应等在内的药物相关问题;(6)将护理记录和其他重要资料交付到病人就诊的其他基层医疗机构;(7)为患者理解和使用适宜药物提供口头指导和培训;(8)为患者提供信息、服务和资源,以确保其坚持药物治疗;(9)协调和提供综合的药物治疗管理服务。

在美国,公民常常会选择几种不同计划,以便获得更全面的服务。个人药师计划(Personal Pharmacist Program)提供的服务项目及具体费用如表 5 所示。<sup>[15]</sup>

表 5 美国个人药剂师服务项目及费用(美元)

覆盖的服务项目	费用
全面药物评估(Comprehensive Medication Reviews)	50
处方咨询(Prescriber Consultations)	20
患者依从性咨询(Patient Compliance Consultations)	20
患者教育和监测(Patient Education & Monitoring)	10

2007 年 1 月 26 日发布的全美配药成本(COD)研究显示,调剂成本由五个部分构成:调剂部门的工资和津贴支出、其它成本、设备成本、仓储成本和与调剂有关的其它间接成本。按照全部配药成本和 Medicaid 的配药成本计算,每处方的配药成本平均为 10.51 美元。<sup>[16-17]</sup>

### 1.4 南非

在南非,国家药物政策规定属于初级保健的药物都是免费提供的,属于第二、三级医疗保健水平的药物将需要支付固定费用,同时设定相关条款来保证贫困人群的用药和治疗。<sup>[18]</sup>

为了保证药品和相关物品有透明的价格体系,2004 年的修正法案中规定,药品分销商和零售商,药剂师和有配药资质的人在药品流通过程能够收取一定费用(表 6)。

表 6 2004 年南非药事服务费的收费标准(卢比)

	药品单一价格(SEP)	药事服务费
药剂师	< 100	≤24% * SEP
	≥100	≤24
有配药资质的人	< 100	≤16% * SEP
	≥100	= 16
药品分销商和零售商	< 40	≤15% * SEP
	≥40	≤6

注:药品单一价格(single exit price,SEP)是指 1997 年药品和相关物质控制法修正案中要求生产商和进口商必须设置的单个药品价格,药品能够以该价格卖给其他地方的任何人。<sup>[19]</sup>

2004 年对药品价格草案的补充并没有让消费者享受到药品价格调控的好处,在不同药房需要不同的药费,除此以外,在某些药房还要支付管理费以及高额的药事服务费。2006 年 10 月以后南非对药品实行新的药事服务费,同时废除管理费,患者唯一需要支付的附加费用是药品分发和药物调剂费用。新的药事服务费是基于药品价格的差别加价,具体计算方法如表 7 所示。<sup>[20]</sup>

表 7 2006 年南非药事服务费的收费标准(卢比)

药品单价(SEP)	药事服务费(dispensing fee)
0 ~ 75	4 + 33% * SEP
75 ~ 250	25 + 6% * SEP
250 ~ 1 000	33 + 3% * SEP
1 000 ~	50 + 1.5% * SEP

### 1.5 日本

日本医院的药事服务费是针对以下服务项目进行的收费<sup>[21]</sup>:(1)调剂、处方集药品管理;(2)向医务工作人员提供药物信息(DI)和进行治疗药物监测(TDM);(3)临床实验:研究新药的管理;(4)调

剂和注射剂:注射剂合用和部分药物的无菌制备;  
(5) 药学监护:药疗指导、综合药学服务和出院前的指导;(6) 预防医疗差错:药物相关风险管理;(7) 医疗团队的主要成员:感染控制团队( ICT), 营养支持团队( NST), 临终关怀团队( PCT) 等。

### 1.5.1 日本药学服务收费水平

日本药学服务按照点数( point) 计算, 随服务内容和时间调整, 每点相当于 10 日元。日本药学服务收费有两种方式, 一种是“按项目支付”( fee for service) 机制, 支付水平随药学服务种类的增加而增加; 另一种为综合的“打包”机制, 即将某一项或某几项服务进行“打包”, 对其设置一个合理的支付率进行支付。

(1) 调剂费。日本医院的调剂服务既面向住院患者( 7 点/处方条目), 也面向门诊患者( 9 点/处方条目)。除了常规调剂费用外, 药师在调剂与生活方式有关疾病( 如糖尿病或高血压) 的药物时会收取额外的附加费用( 65 点/月), 或按每门诊处方收取患者 42 点计算, 住院患者不计处方费。

(2) 药物信息费与治疗药物监测( TDM) 费。药物信息服务只针对门诊患者( 10 点/月), 而住院患者的药物信息服务被综合在药学监护服务里, 不单独收费。为 75 岁及以上的患者提供药物信息服务时收取附加费用( 5 点/月)。自 1980 年 TDM 服务开始收费( 470 点/月) 起, 要求药师对高危药品进行血药浓度监测, 并设计合理的剂量, 以保证患者的用药安全。

(3) 注射剂费和无菌注射剂的制备费。注射剂费仅仅包含医生或护士的技术费用( 18 ~ 140 点/天)。但是, 门诊患者接受癌症化疗时, 如若雇佣拥有 5 年以上化疗经验的药师要增加 500 点, 雇佣全职的化疗药师要增加 390 点。此外, 药师进行注射剂的无菌制备时获得相应的点数( 抗癌药制备为 50 点/天, 其他药制备为 40 点/天)。

(4) 药学监护( pharmaceutical care service, PCS) 费。调剂技术费于 1988 年设立, 在 1994 版的医疗费用支付系统中被调整为药学监护费。目前, 日本的药学监护费由统一的收费标准转变为依据患者的风险水平而制定不同水平的收费, 其收费水平分为急

诊患者( 430 点/周, 每月最多 4 次)、高风险药品患者( 380 点/周, 每月最多 4 次) 和普通患者( 325 点/周, 每月最多 4 次) 三个层次。此外, 对于麻醉药与出院前指导有另外的附加费用( 调剂麻醉药: 50 点; 出院前指导: 50 点)。

(5) 其他。药师需要参与到医疗团队中: 如感染控制团队( infection control team, ICT) 包含在基本住院费内; 营养支持团队( nutrition support team, NST) 作为基本住院费的附加费进行计算, 12 点/天。这些团队服务的点数也是以团队为单位进行计算的。

### 1.5.2 日本社会药房的药事服务费

日本社会药房的调剂报酬由调剂技术费、药学管理费、特定保险医疗材料费组成, 其水平由调剂报酬点数决定。<sup>[22]</sup> 调剂技术费是由按处方计算的调剂基本费( 49 点/处方条目) 和按调剂技术量计算的调剂费( 内服药为 21 点/处方条目, 外服药为 10 点/处方条目) 组成。日本社会药房调剂报酬还包括药疗指导费( 普通病人 17 点, 特殊病人 30 点) 和药物信息费( 15 点/月)。调剂费即劳动报酬, 与调剂的工作量、调剂所需时间相关。

(1) 内服药的计数调剂与计量调剂。日本现行的调剂报酬中, 药品都是以“剂”为单位进行的。日本一项研究的线性回归分析结果显示, 计量调剂与技术调剂相比, 调剂时间受品种数的影响更大。得出的回归方程为: 调剂时间( 秒) = 29.3 + ( 27.5 × 品种数) + ( 0.7 × 给药天数) + ( 94.4 × 散剂品种数) + ( 7.1 × 散剂给药天数); 以调查处方的实际调剂费除以调剂时间乘以频度, 计算出每秒调剂 0.7 点。<sup>[23]</sup>

(2) 外用药。对于外用药的计数调剂费, 该项研究提出的回归公式为调剂时间( 秒) = 43.2 + ( 8.5 × 品种数)。

(3) 药学管理费。药学管理费包括对患者进行用药指导的费用, 一般情况下药学管理费只收取 22 点基本履历管理费, 不分用药指导内容与时间长短。根据调查, 平均用药指导时间为 125 秒, 计算可得每秒服药指导时间为 0.2 点。此项研究认为药师对不同情况患者进行用药指导的工作量不同, 所以应分别设置费用水平: 药师进行普通用药指导为 26 点;

处方内容变化不大、处方中药品较少或患者身体状况变化不大时,用药指导为 7 点;药师对患者进行关于处方药知识解答时,服药指导为 80 点。

(4)其他。当出现其他药学服务时,不应再按服务所需时间,而是按附加费的方式计算点数,可以对患者进行支付意愿调查确定费用水平。

## 1.6 英国

在英格兰,基础小药店计划(essential small pharmacies scheme, ESPS)于 2006 年 3 月 31 日退出历史舞台,取而代之的是新的基础小药店地方药事服务(essential small pharmacies local pharmaceutical services, ESPLPS)计划,简称地方药事服务计划(local pharmaceutical services, LPS),其对社区药房的全国合同框架做了补充,规定不经过内阁批准就可以发展新的药事服务。在威尔士,基础小药店计划仍在继续。

现行的药学协议框架将药事服务分为三个层次:基础服务、高级服务、加强服务。基础服务包括配药、二次配药、药物配置等在新协议下所有药房都提供的服务;高级服务包括取得资格鉴定的药剂师提供的服务和/或满足特定要求时提供的服务,例如提供咨询;加强服务是根据当地人口的需要由初级卫生保健托拉斯机构(PCTs)委托提供的服务,例如戒烟诊所和补充处方等。<sup>[24]</sup>

所有的处方都需要缴纳 90 便士的专业费用(professional fee)。<sup>[25]</sup>除此以外,需要支付附加费用(additional fees),包括以下几种情况:一是为标准定制的或上门器械服务付费(appliances-measured and fitted, appliances-home delivery);二是为高额处方付费(expensive prescription fees),即当整个处方费用超过 100 便士时,需要支付大约相当于净药费(NIC)2%的额外费用;三是为低稳定性(<14 天)药品的额外供应付费(limited stability extra supplies);四是药房合同改变时收费(pharmacy contract transition payment);五是重复处方费(repeat dispensing fee),从 2005 年 4 月 1 日起,所有的药房合同商都将收到每月 125 便士的重复处方费;六是服务付费(practice payment);七是其他费用,包括药物使用评价费(medicines use reviews)、器具使用评价费(包括在病

人家中实施以及合同中规定实施的)、气孔定制费用(stoma customization)(在英格兰和威尔士,从 2010 年 4 月 1 日开始,药品手册中的 9C 部分(part IXC of drug tariff)处方项目每项应付 4.32 便士的费用)。

2006 年前英国药事服务费的收取标准有三种计算方法,一是按处方中的药物数,每一种药品收取一定的药事服务费(fee per item);二是按药品的费用收取药事服务费(on-cost);三是按药品包装收取药事服务费(container allowance)。2006 年 4 月起实行了新的标准,只按药品种类收取药事服务费,替代以往上述三种方法。

## 1.7 台湾地区

台湾药事服务费起源于 1987 年,依据台湾信托局公务人员保险处规定,药品加成费用包括调剂费,药品耗损包括药瓶、管理等费用。收费标准在本文中均以新台币表示(目前新台币兑人民币汇率约 4.7:1),普通药(即药品每一单位含税进价 $\leq 15$ 元),收取含税进价 $\times(1+19.0\%)$ ;昂贵药(即药品每一单位含税进价 $> 15$ 元),收取含税进价 $\times(1+9.5\%)$ ;住院单一剂量(unit dose)每人日支付 16~24 元;临床药物治疗监测(TDM)则个别洽定。1989 年劳保取消药品加成支付,开始支付各医疗院所药事服务费。

劳保时期药事服务费用与诊疗费比率为 1:3;药事服务费支付分门诊和住院,并按调剂天数支付不同的倍数。后来开始推行医药分业政策,期望达到医师专责诊疗、药事人员执行调剂业务的专业分工目标。现行全民健保的药事服务费用与诊疗费比率约为 10:1。

表 8 1992 年劳工保险药事服务费支付基准(台币)

医疗机构类别	门诊			住院		
	0~6 天	7~13 天	$\geq 14$ 天	$\leq 5$ 天	$> 5$ 天	
甲类	医学中心(三甲)	40	80	120	90	80
	区域医院(二甲)	30	60	90	70	60
乙类		20	40	60	50	40
丙类		10	20	30	30	20

由表 8 所示,经“台湾主管机关”指定的慢性病给药剂量在 6 日(含)以内者,其门诊药事服务费支付按点数申报;给药剂量在 7~13 天者,支付点数按 2 倍申报;给药剂量在 14 天(含)以上者,支付点数

按 3 倍申报。1992 年劳工保险诊疗费用支付标准订有药事服务费一项,涵盖调剂费、药品耗损、包装、仓储及管理费用,每点支付金额为 1 元。

健康保险在药事服务支付项目中有更为细致的划分:根据健保特约处所的规模进行划分,包括特约药局、基层院所(诊所)、地区医院(一甲医院)、区域医院(二甲医院)和医学中心(三甲医院)。在不同的机构,给药 7 天内的一般处方、慢性病处方、放射性药品处方、全静脉营养注射剂处方(TPN)、化学肿瘤药品处方等支付不同点数的药事服务费,每点给付金额为 1 元。在诊所及药局两类机构中,药事服务费要考虑合理调剂量,每人每 80 及 80 张处方内,支付 45 点,81 ~ 100 张处方支付 15 点,超过 100 张处方不予支付药事服务费,药事服务费随调剂量增加而相对减少,以提升医疗质量。<sup>[26-27]</sup>

## 2 对部分国家和地区药事服务费的分析

通过文献梳理发现,补偿药事服务在全球多个国家已逐渐形成趋势。

### 2.1 性质和内涵

药事服务费是支付给药师或药房提供专业服务的费用。药事服务在各国的内涵不同,从调剂、发药到提供广泛的专业技术咨询。如加拿大的药事服务包括为患者提供咨询、配药、监测药物治疗,为医师提供药品信息等服务,计算补偿成本还考虑经常性开支,如药物储存、患者用药记录保存及其他一般运营费用,如税收、雇员的工资、租金、保险金等。美国的药事服务也涉及药学技术专业服务的,包括全面药物评估、处方咨询、患者依从性咨询、患者教育和监测。其调剂成本包括五个部分:调剂部门的工资和津贴支出、其它调剂部门成本、设备成本、仓储成本和与调剂有关的其它间接成本。日本的药学服务更为广泛,包含医疗团队成员,如 ICT、NST、PCT 等提供的专业服务。英国对药事服务分为三个层次:基础服务、高级服务、加强服务。

### 2.2 支付方式

(1) 统一标准的支付方式。药事服务费按照统一标准进行支付,如南非按不同药价和药品种类收取不同的药事服务费,药事服务费基价不同,并根据

药品的价格而差别加价。澳大利亚根据患者类型和药品种类的不同收取不同的费用。台湾地区主要根据医疗机构类型、门诊和住院、以及用药天数、处方剂量和药品种类综合设定不同的药事服务费。

(2) 多样化的支付方式。药事服务费不是按照统一标准进行支付的,而是根据不同情况设定不同标准。如加拿大每个药房可以按照规定收取不同的药事服务费,其收取标准与一定地理区域内提供药房服务的药店数量和药店之间的距离有着一定关系。美国根据各州地域差异、服务时间、临床服务强度和提供服务所需要的资源来支付药物治疗管理服务的费用,主要采用按服务项目付费。日本药学服务收费有两种方式,一种是“按项目支付”机制,一种为综合的“打包”机制。

### 2.3 实施现状

实施药事服务费的国家,越来越意识到合理用药与医疗费用的关系,以及药事服务对促进合理用药、减少药物不良反应和节约医疗成本的贡献。有研究显示,药物不良反应的医疗费用不低于药物本身的成本。<sup>[28]</sup>欧洲临床药学会和美国临床药学会认为,药事服务是整个医疗服务的有机组成部分,有助于提高药物治疗的安全性、有效性和效率。美国药师协会明确提出,药师的任务就是实施药学服务。有研究证明,药事服务对医疗服务在临床效果和经济学评价方面有正面影响。如日本的医疗服务,特别是药学服务在医、药分业后得到了长足的发展,专业分工更加细化。台湾地区的药师在医疗团队中若能发挥最佳药物经济效益,除可提供病人用药最佳保障,让药品支出费用合理,还有利于提升医疗质量。

### 2.4 监管和配套措施

(1) 建立政府预算保证机制。澳大利亚政府为了保证所有本国公民和项目覆盖国家来访者对药品的可获得性,实行了药物补贴项目 PBS,药事服务费包含在福利范围内。

(2) 药品价格调控政策。南非于 2006 年实行新的药事服务费,同时废除管理费,患者需要支付的唯一附加费用是药品分发和药物调剂费用。新的药事服务费根据药品价格进行差别加价。

(3) 纳入医疗保险支付体系。在加拿大基本保险计划和半私立医院的基本保险计划规定, 当每处方的药事服务费小于或等于 5 加元时, 保险计划将全额报销药事服务费。

(4) 药事服务成本核算研究。美国药品调剂全成本研究就全美各个州的调剂成本、不同支付方付费处方的调剂成本、不同支付方的回款周期、城市与乡村之间的调剂成本差异、不同地理区域之间的调剂成本差异等进行了研究, 提供了一系列的数据。

(5) 建立相应的法律法规。美国药物治疗管理服务项目于 2006 年被纳入到《医疗保险现代化法案 (MMA)》。

### 参 考 文 献

- [1] Michael Tatchell. Prescription pricing demystified[EB/OL]. [2010-10-10]. <http://www.australianprescriber.com/upload/pdf/articles/997.pdf>.
- [2] Australian Government. Department of Health and Ageing. Explanatory notes[EB/OL]. (2010-10-01) [2010-10-19]. <http://www.pbs.gov.au/html/healthpro/browseby/explanatory-notes?ref=section1-patientcharges>.
- [3] Medicare Australia. Explanation of PBS pricing[EB/OL]. [2010-11-18]. <http://www.medicareaustralia.gov.au/provider/pubs/program/files/2526-explanation-of-pbs-pricing.pdf>.
- [4] Australian Government Department of Health and Ageing. Examples of Commonly Used Calculations[EB/OL]. [2010-10-20]. [http://www.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/Content/507E1FA9D65EDF72CA2575DE00198F0A/\\$File/AttachmentC.pdf](http://www.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/Content/507E1FA9D65EDF72CA2575DE00198F0A/$File/AttachmentC.pdf).
- [5] Australian Government Department of Health and Ageing. Schedule of pharmaceutical Benefits[EB/OL]. (2010-10-01) [2010-10-10]. <http://www.pbs.gov.au/publications/2010/2010-10-01-general-schedule.pdf>.
- [6] Health Canada. Canada's Health Care System (Medicare)[EB/OL]. [2010-10-15]. <http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/medi-assur/index-eng.php>.
- [7] Canadian Life and Health Insurance Association Inc. A guide to supplementary health insurance [EB/OL]. [2010-10-15]. [http://www.clhia.ca/download/brochures/Brochure\\_Guide\\_To\\_Health\\_ENG.pdf](http://www.clhia.ca/download/brochures/Brochure_Guide_To_Health_ENG.pdf).
- [8] Sun Life Assurance Company of Canada. Basic plan summary [EB/OL]. [2010-10-15]. <http://www.sunlife.ca/>

Plan/Health/Personal + health + insurance/Basic + plan + summary? vgnLocale = en\_CA.

- [9] Health Canada. Introduction to Non-Insured Health Benefits (NIHB) Drug Benefits List- April 2009[EB/OL]. [2010-10-10]. <http://www.hc-sc.gc.ca/fniah-spnia/nihb-ssna/provide-fourmir/pharma-prod/med-list/introduction-eng.php#a1>.
- [10] Sun Life's prescription drug adjudicator, Emergis. BC Pharmacies Dispensing Fee Charges. [EB/OL]. [2010-10-15]. [http://www.hr.ubc.ca/files/pdf/rsb/newsltr\\_memo/Dispensing\\_fees\\_table\\_08.pdf](http://www.hr.ubc.ca/files/pdf/rsb/newsltr_memo/Dispensing_fees_table_08.pdf).
- [11] mondaq. Canada; 2010 Ontario Drug System Reforms[EB/OL]. (2010-04-20) [2010-10-15]. <http://www.mondaq.com/canada/article.asp?articleid=98602>.
- [12] Ontario Government. Ontario Drug Benefit Act[EB/OL]. [2010-10-21]. <http://www.search.e-laws.gov.on.ca/en/isysquery/1bc7f4e7-d7df-45e7-8d29-60b3f77c659a/5/doc/?search=browseStatutes&context=#BK9>.
- [13] Christensen D B, Farris K B. Pharmaceutical Care in Community Pharmacies: Practice and Research in the US[J]. The Annals of Pharmacotherapy, 2006, 40 (7): 1400-1406.
- [14] Pharmacist Services Technical Divisory Coalition. Medication Therapy Management Services CPT Billing Codes[EB/OL]. [2010-10-10]. <http://www.pstac.org/aboutus/profsvc.html>.
- [15] Outcomes Pharmaceutical Health Care. Personal Pharmacist Program [EB/OL]. (2008-04-14) [2010-10-10]. [http://www.getoutcomes.com/userdocs/Personal\\_Pharmacist\\_WHITE\\_PAGE\\_20080414.pdf](http://www.getoutcomes.com/userdocs/Personal_Pharmacist_WHITE_PAGE_20080414.pdf).
- [16] Grant Thornton LLP. Executive Summary of Cost of Dispensing Study[EB/OL]. (2009-12-20) [2010-10-10]. [http://www.rxaction.org/publications/National-COD\\_Study\\_Executive\\_Summary.pdf](http://www.rxaction.org/publications/National-COD_Study_Executive_Summary.pdf). 2007-11/2009-12-20.
- [17] 韩容, 海沙尔江·吾守尔, 赵志刚. 美国全国调剂成本研究对我国设立药事服务费的启示[J]. 药品评价, 2010, 7(2): 22-25.
- [18] Department of Health. National Drug Policy for South Africa[EB/OL]. [2010-10-11]. <http://www.doh.gov.za/docs/policy/drugsjan1996.pdf>.
- [19] Department of Health. Regulations on the Prices of Medicines [EB/OL]. (2004-01-15) [2010-10-11]. <http://www.doh.gov.za/docs/pr/2004/pr0115.html>.
- [20] Department of Health. Announcement of the New Dispen-



- sing Fee for Medicine [EB/OL]. (2006-10-31) [2010-10-11]. <http://www.doh.gov.za/docs/sp/2006/sp1031.html>.
- [21] 海沙尔江·吾守尔, 赵志刚, 史录文. 日本医院调剂费发展介绍[J]. 药品评价, 2010, 7(2): 14-17.
- [22] 海沙尔江·吾守尔, 赵志刚, 史录文. 日本社会药房的调剂报酬介绍[J]. 药品评价, 2010, 7(2): 18-21.
- [23] Rie AOKI, Makoto. SHIRAGAMI, Reasonable Dispensing Fee for Patients[J]. The Pharmaceutical Society of Japan, 2009, 129(2): 247-252.
- [24] NHSBSA. Calculating and Allocating Drug Costs [EB/OL]. [2010-10-09]. <http://www.nhsbsa.nhs.uk/PrescriptionServices/928.aspx>.
- [25] NHSBSA. Electronic Drug Tariff [EB/OL]. [2010-10-09]. [http://www.ppa.org.uk/edt/September\\_2010/minidex.htm](http://www.ppa.org.uk/edt/September_2010/minidex.htm).
- [26] 王雅静. 台湾药事服务费收费情况[J]. 药品评价, 2010, 7(6): 8-11.
- [27] 吴可, 万劼, 韩晟, 等. 我国药事服务费初探[J]. 药品评价, 2010, 7(2): 6-9.
- [28] Jonas Lundkvist, Bengt Jonsson. Pharmacoeconomics of adverse drug reactions [J]. Blackwell Publishing Fundamental & Clinical Pharmacology, 2004(18): 275-280.

[收稿日期:2010-10-24 修回日期:2010-12-12]

(编辑 薛云)

· 动态讯息 ·

## 朱之鑫:基本药物“不够用”主要有3种情况

基本药物制度实施后,有关“基本药物品种偏少、不够用”、“希望国家增补药品目录”的呼声一直不绝于耳。对此,国家发改委副主任朱之鑫在2010年12月24日召开的全国人大常委会医改专题询问联组会议上表示,感到基本药物品种偏少、不能满足群众用药需求的情况在发达地区和民族地区最突出。

朱之鑫说,调查显示,“不够用”主要有3种情况。一是各地用药习惯存在差异。一般乡镇卫生院和社区卫生服务机构的用药品种普遍是300种,但是一些地方的常用药和国家基本药物目录(307种)的重合率只有50%。第二,以中心乡镇卫生院为代表的基层医疗卫生机构,现在诊疗的范围已经从原来的常见病、多发病扩展到住院手术,超目录用药需求不断增加。第三,一些城市的社区卫生服务机构承担着部分上级医院转诊患者的康复治疗,对药的

需求范围加大,特别是患者普遍希望用大医院原来所用的药。他认为,目前我国也确实存在着儿童专用药品种少、剂型单一的情况。

朱之鑫说,过去由于“以药养医”这个不良体制,基层过度用药情况非常严重,特别是抗生素、激素、维生素、输液滥用。“去年一年,全国输液用了104亿瓶,相当于13亿人口每个人输了8瓶液,远远高于国际上2.5瓶~3.3瓶的水平。”下一步,要加强对医务人员的培训力度,引导群众逐步形成一种良好的用药习惯。同时,积极研究我国儿童基本用药目录和儿童用药的临床指南、处方集来指导合理用药。

据悉,截至2010年9月底,全国已有14个省(区、市)完成基本药物目录增补,增补最少的增加了31种,最多的增加502种,普遍在200种左右。

(来源:健康报)