

非对称博弈理论视角下药师执业困境、成因与优化路径

薛端英* 邓 勇

北京中医药大学 北京 100029

【摘要】本文基于非对称博弈理论,剖析我国医疗机构中医师与药师在用药管理环节中产生的博弈现象,分析该背景下药师执业的困境。研究发现,药师执业存在权力弱化、专业意见难以落实、审方环节流于形式、激励机制不成熟以及风险共担缺乏界限等问题,制约了合理用药治理体系效能的发挥。本文提出以下对策建议:一是通过立法明确药师执业权界,强化药师在处方审核中的实质性参与;二是优化前置审方与信息共享机制,构建医师药师同步决策模式;三是调整绩效激励与服务补偿制度,建立反映药学价值的薪酬和晋升体系;四是区分责任承担,建立权责对等框架;五是增设处方争议处理机制,确立专业协商与流程化处置规则。

【关键词】非对称博弈;药师执业;处方审核;制度优化

中图分类号:R197 文献标识码:A doi:10.3969/j.issn.1674-2982.2025.11.010

Dilemmas, causes and optimization pathways of pharmacists' practice from the perspective of asymmetric game theory

XUE Duan-ying, DENG Yong

Beijing University of Chinese Medicine, Beijing 100029, China

【Abstract】 Based on asymmetric game theory, this study analyzes the strategic interactions between traditional Chinese medicine practitioners and pharmacists in medication management within Chinese medical institutions, examining the challenges pharmacists face in this context. Research reveals that pharmacist practice faces challenges such as diminished authority, difficulties in implementing professional recommendations, a perfunctory prescription review process, immature incentive mechanisms, and unclear boundaries in risk-sharing arrangements. These issues constrain the effectiveness of the rational drug use governance system. The study proposes the following countermeasures: First, legislate to define pharmacists' professional scope and strengthen their substantive involvement in prescription review. Second, optimize pre-review and information-sharing mechanisms to establish a synchronized decision-making model between physicians and pharmacists. Third, adjust performance incentives and service compensation systems to establish remuneration and promotion frameworks reflecting pharmaceutical value. Fourth, differentiate responsibility allocation to create a framework of equal rights and responsibilities. Fifth, establish prescription dispute resolution mechanisms with professional consultation and standardized procedural rules.

【Key words】 Asymmetric game; Pharmacist's practice; Prescription review; System optimization

1 引言

2009年深化医药卫生体制改革推动了医疗卫生服务从“以治病为中心”向“以人民健康为中心”转

型。执业药师作为药品流通与使用环节的关键技术主体,其职能定位不再局限于传统的药品调配与销售,而是被赋予更重要的健康管理和合理用药指导责任。当前,尽管多项政策文件明确提出应强化药

* 作者简介:薛端英(2001年一),女,硕士研究生,主要研究方向为医药卫生法学、行政法学。E-mail:1659781999@qq.com
通讯作者:邓勇。E-mail:dengyong@bucom.edu.cn

师在处方审核、用药干预与患者指导中的专业作用,但从现实运行情况来看,药师职能仍未得到充分发挥。

在药品从处方开具、审查把关、用药指导到最终使用的完整用药管理过程中,医师与药师本应形成协作机制,共同促进合理用药与公共健康利益的最大化。然而,在现实诊疗体系中,医师在处方决策与用药主导权上占据核心位置,药师的审核与干预职能被弱化为辅助性环节,职业地位呈现明显从属性,逐渐演化为权力不对等、责任不均衡的结构格局。

非对称博弈理论(Asymmetric Game Theory)为解析这一失衡格局提供了全新的理论视角与分析工具。本文利用非对称博弈理论的核心要素——权力分配、信息掌握、行为激励与责任承担为分析框架,系统梳理当前医师与药师在处方管理实践中形成失衡关系的制度根源,阐明药师执业困境的结构性成因,并进一步提出促进药师职能有效发挥的制度优化路径,为提升合理用药水平和医疗服务质量提供理论依据与政策参考。

2 非对称博弈理论

非对称博弈理论是博弈论(Game Theory)中的一个重要分支,由约翰·梅纳德·史密斯(John Maynard Smith)在约翰·纳什(John Nash)提出的 Nash 均衡的基础上,于 1982 年在《进化与博弈论》(Evolution and the Theory of Games)中提出,是指参与者在博弈中处于不平等地位的战略互动。这种不平等可以源于不同的权力分配、行为激励、风险承担,或者对博弈的关键信息掌握程度不同。

非对称博弈理论有助于揭示医师与药师在权力配置、行为激励与制度支持等方面的不均衡机制(图 1),并说明这种不均衡如何在日常诊疗与用药管理实践中被不断强化与再生产以及由此引发的药师执业困境。为推动构建权责对等、协同高效的药学服务体系提供制度调整方向。^[1]

3 非对称博弈理论模型下药师执业困境分析

3.1 权力分配的非对称性:强势与制衡的冲突

权力分配的非对称性体现为医疗决策体系中医师对处方权的高度集中与药师在审核环节的弱势地位之间的深层冲突。在现行诊疗结构中,处方制定

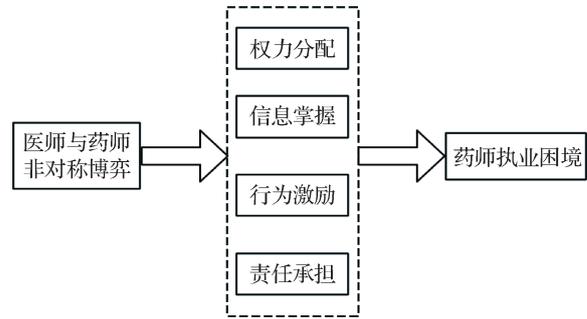


图 1 医师与药师非对称博弈结构图

是医疗行为的核心,医师凭借其诊断权及直接面向患者的专业地位,掌握处方决策主导权,由此形成强势权力位置。而药师虽在制度文本中被赋予处方审核、合理用药指导等职能,但其审核权并非决策性权力,更多表现为程序性确认或形式化把关,干预效果往往十分有限,使其难以对处方用药行为产生实质性制衡作用。

这种非对称分配的形成具有历史与制度双重根源。一方面,我国医疗体系长期遵循以诊疗行为为中心的组织逻辑,药学服务被置于从属性与支持性位置^[2],药师难以在临床决策中获得应有的参与地位。另一方面,现有法律法规虽然在原则层面赋予药师审核职责,且多数文件更多强调药品质量监管与执业资格认证,未明确规定其干预意见的强制效力。尽管《药师法(草案)》已在全国人大审议环节被多次提出,并对药师的职责、权利和义务进行了框架性规定,但至今尚未完成正式立法。这意味着药师的核心职责和法律地位尚未通过立法确认,导致其在临床用药管理和公共卫生服务中的权威性不足,处方审核流程被弱化为形式性环节,药师的专业价值难以外显,合理用药治理体系的安全阀功能也随之削弱。这种权力结构失衡,正是当前药师执业困境的核心所在,也是推动制度重塑的根本逻辑起点。

3.2 信息掌握的非对称性:隐性与显性的差异

医师与药师在处方审核环节中掌握的信息类型存在差异,形成结构化的信息不对称。医师依托诊疗活动获得患者病程变化、并发状况、过敏史、特殊生理状况与经济承受能力等具有高度个体化特征的隐性临床信息;药师则主要掌握药物药理机制、相互作用、配伍禁忌及不良反应监测等基于规范与证据的显性药学信息。药师难以单凭显性药学知识对处方进行个体化干预,其审核意见可能被医师以“缺乏

对患者整体情况的了解”为理由否定,导致药师专业判断难以转化为有效决策支持,从而形成审核角色弱化与专业话语权不足的困境。

造成这一结构性不对称的原因在于信息获取渠道与角色介入顺序的差异。诊断权与患者沟通权由医师掌握,使其占据隐性信息优势,并且医师作为诊疗链条的首发主体,依托诊断权与治疗决策权先接触患者,形成对处方合理性的解释框架与决策叙事优势。药师则在处方开具之后介入,基于医师已经过滤和呈现的处方信息进行审核,接收到的信息是碎片化和非结构化的。当药师发现问题时,只能通过这一高度精简且非全面的信息载体逆推医师的整个诊疗逻辑和决策意图,这在信息获取上处于劣势。这种诊疗环节的顺序和地位差异,导致了信息掌握的非对称性。

3.3 行为激励的非对称性:效率与价值的错位

在医疗机构的日常处方审核实践中,医师和药师的行为激励差异,使得双方围绕处方干预产生了一系列策略性互动和利益权衡,构成了一个典型的非对称博弈(图2)。

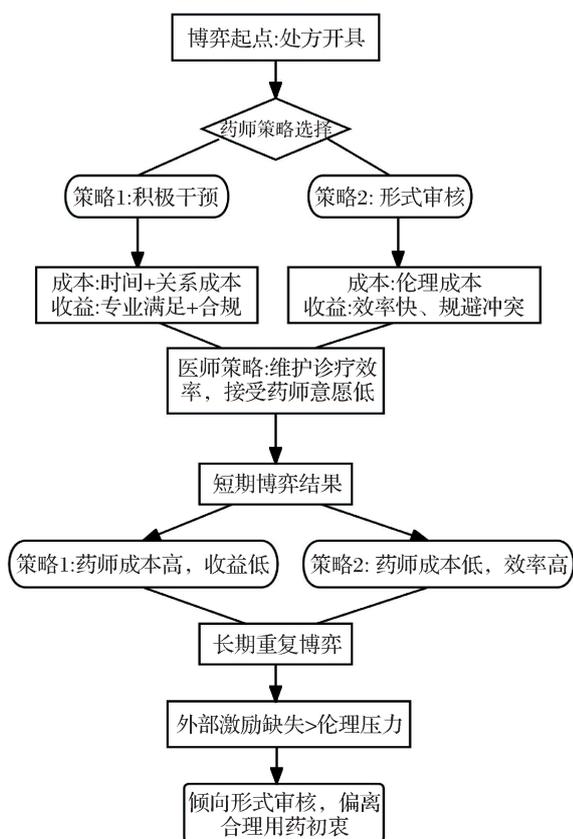


图2 行为激励的博弈流程图

当药师积极行使干预权力,需要耗费跨部门沟通的时间成本和可能会被医师等临床科室视为对诊疗效率阻碍的关系成本,但干预后其收益仅有专业满足感和合规性达标,而无任何经济补偿性收益激励(如药师服务费)。若药师在保证处方无明显禁忌的情况下,仅做表面形式审核,或发现不合理之处但不做深度坚持,耗费成本相比较低(如道德困境、专业价值损伤等伦理成本),其得到的收益为流程顺畅、效率最大化、避免冲突。而医师的核心激励机制由诊疗绩效评价体系主导,其主要考核指标集中于疾病诊断与治疗效果、患者流转效率以及临床路径执行情况。^[3]医师的行为激励导向其维护诊疗流程效率,导致接受药师意见的意愿低。在长期重复博弈中,激励的非对称性使得药师的专业职能被结构性压制,外部激励的缺失比内在的伦理压力更为现实和紧迫,从而药师倾向于牺牲伦理来追求流程的顺畅和行政考核的达标,偏离了合理用药的初衷。

效率与价值错位的结构性原因首先在于医疗服务价格体系的结构缺陷,药师的专业劳务价值缺乏独立的经济体现。目前,大多数地区的医保目录和支付体系并未对药学服务费进行单列,医保支付体系对药事服务的覆盖和补偿不足,使得药师的专业活动无法通过外部支付获得直接的经济回报。这意味着即便医院设立了药学服务收费项目,患者仍需自费承担,进而影响其接受度和支付意愿。在实践中,不少医院出于患者负担和收费敏感性的考虑,选择淡化或取消药学服务收费,形成制度层面的自我削弱。^[4]其次医师拥有较为成熟的绩效考核机制,药师的激励机制则缺乏与其专业职责相匹配的制度性支持,甚至部分医院未设置药师考核指标,仅按照学历、工作年限、职称进行分配。^[5]再者,医疗机构体系中,缺失医师与药师的意见冲突处理机制。部分医院虽然设有药事管理与药物治疗学委员会,但其更多承担政策审议与教育职能,而非具体个案的快速仲裁平台。

3.4 责任承担的非对称性:决策与追责的失衡

在处方审核环节中,药师虽负有提出合理用药建议的专业义务,但处方的最终决定权掌握在医师手中。当药师对存在风险的处方提出干预意见时,医师可基于临床判断拒绝采纳。然而,一旦处方最终导致不良后果,尚未有明确的责任追溯机制严格

区分“建议责任”与“采纳责任”之间的行为差异,药师仍可能被认定需要承担相应的法律责任。

在此责任结构下,药师可能会基于利益与成本的博弈重新调整策略选择,积极干预虽然有助于保障合理用药,在法律上可能承担的责任更轻,却额外增加了高昂的时间和成本耗费,不仅可能引发专业冲突、增加沟通成本,而且并不能有效降低责任风险;相比之下,采取形式性审核则能够在合规框架内完成最低履职要求,同时避免因意见分歧引发的制度性风险。由此,责任承担的不对称性在实际运行中促使药师弱化其审核干预功能,将药师的审核权

从实质性的风险控制转向程序性的符号化操作。

处方审核责任追溯机制的不健全是造成这种非对称性责任的重要制度性原因,药师在提出意见与未提出意见时,其法律后果缺乏明确的区分,这不仅削弱了审核的刚性约束,也使得药师在履职时面临不确定的法律风险。现行法律中针对药师是否构成“审核不力”等问题在法律上尚无明确界定(表1),形成风险模糊区。这种规范体系的不完善,不仅使药师在审核时无法形成明确边界和依据,也为医药双方在职责划分和权力运用上埋下潜在冲突。

表1 药师在处方审核中的法律责任规定

法律来源	规定
《中华人民共和国药品管理法》	第七十三条 依法经过资格认定的药师或者其他药学技术人员调配处方,应当进行核对,对处方所列药品不得擅自更改或者代用。对有配伍禁忌或者超剂量的处方,应当拒绝调配;必要时,经处方医师更正或者重新签字,方可调配。
《医疗机构处方审核规范》	第六条 药师是处方审核工作的第一责任人。药师应当对处方各项内容进行逐一审核…… 第七条 经药师审核后,认为存在用药不适宜时,应当告知处方医师,建议其修改或者重新开具处方;药师发现不合理用药,处方医师不同意修改时,药师应当作好记录并纳入处方点评;药师发现严重不合理用药或者用药错误时,应当拒绝调配,及时告知处方医师并记录,按照有关规定报告。
《处方管理办法》	第五十八条 药师未按照规定调剂处方药品,情节严重的,由县级以上卫生行政部门责令改正、通报批评,给予警告;并由所在医疗机构或者其上级单位给予纪律处分。
《医疗机构药事管理规定》	第三十九条 医疗机构出现下列情形之一的,由县级以上地方卫生、中医药行政部门责令改正、通报批评、给予警告;对于直接负责的主管人员和其他直接责任人员,依法给予降级、撤职、开除等处分:……(三)未执行有关的药品质量管理规范和规章制度,导致药品质量问题或用药错误,造成医疗安全隐患和严重不良后果的……

4 政策建议

4.1 明确药师法律地位,强化干预权力的有效性

在法律制度层面明确药师的法定职责与执业边界,为其专业行为赋予合法性与刚性支持。药师执业权力缺乏细化授权,亟需推动《药师法》的正式颁布实施,通过立法明确执业药师的业务范围、权利义务和法律责任,将执业药师的责任、权力、利益上升为规范性的行业共识。同时,以立法形式强化药师处方审核权的制度保障。具体而言,《药品管理法》第五十八条、第六十九条现行条款仅笼统提及“处方审核”,建议明晰执业药师处方审核的具体职责,建议增加“依法经过资格认定的药师负责对处方进行专业审查。该审查应包括对用药的适宜性、剂量、药物相互作用、配伍禁忌以及患者个体化用药需求的评估。”将《医疗机构处方审核规范》《执业药师注册管理办法》等政策中关于药师审核的部分以法条的

形式进行保障。

4.2 进一步前置处方系统,构建医师和药师同步决策模式

处方前置审核作为近年来推广的一种新型药学服务模式,能够在医生开具处方前对处方进行实时审核,及时发现和纠正不合理的用药问题。^[6] 现有的前置审方系统在解决信息非对称性方面仍存在可深化之处。处方前置系统主要依赖机器审核和药师人工复审^[7],但对于捕捉医师的隐性临床信息方面仍有局限。

基于此,对前置审方系统进一步深化,构建解决信息非对称性的路径。可尝试将药师审方节点前移至医师处方生成的实时阶段,将药师嵌入到信息产生环节,由医师独立开方药师事后复审优化为医师开方过程中实时触发审方,医师与药师可同步判断,药师在医师开具处方的同时进行审核,构建药师前

置化系统。药师由被动接收信息到参与信息生成、共享与解释,审核方由合规性检查转向临床药学支持与个体化用药决策监督,推动药师由边缘辅助角色走向临床用药治理的实质性参与主体。

4.3 优化药师的激励机制,健全绩效考核体系

建议建立专门的药事服务费,体现药师在处方审核、用药指导中的专业劳动价值。该费用可参照医疗服务价格管理,并根据服务量与质量绩效考核。同时,应推动医保对药学服务的制度性覆盖与合理补偿。我国现行医保制度主要针对诊疗与药品费用进行支付^[8],忽视了药学服务作为保障合理用药、降低医疗风险的重要环节,导致药师的专业劳动缺乏制度性补偿。建议在《医疗保障法》的立法设计中,确立药学服务的法定医疗服务属性。从制度层面推动药学服务纳入医保支付体系,实现药师服务的价值认定与可持续激励机制的建立。增设“药学服务支付与激励机制”专章或条款,根据国家药学服务规范,对处方审核、药学咨询、用药随访、药物治疗管理等药学专业服务给予合理医保基金支付。《医疗保障法》作为上位法,在确立原则后,具体操作细则应在《医疗保障法实施条例》或《医疗保障基金支付管理暂行办法》等配套规章中落实,通过此立法路径,使药师服务费的纳入既符合法律精神,又具备政策的可操作性和可持续性。

为充分发挥药师职能,需优化其绩效考核体系,建立多维度、科学的评价框架。多数医院现行药师考核内容单一,考核绩效指标多关注查房次数、药历次数等常规化内容,对于药学服务质量的考核指标占比较低或不纳入考核,这种考核方式不利于评估临床药师的真实水平。^[9]绩效考核体系需要更好地反映药师在其领域的专业价值,因此,考核应明确药师在药物治疗管理、药物不良反应监控、药物相互作用识别等方面的核心职责,并将这些职能量化为考核指标^[10],与晋升通道相关联。具体可涵盖用药合理性审查效能、处方优化实施效果、药物治疗方案、改进成效等专业实践维度,重点量化其在提升患者安全指标与临床疗效方面的成果。

4.4 区分责任承担,建立权责对等框架

建议在相关法律规范中新增“执业保障与责任区分”条款,以进一步明确药师在履行职务时的责任边界。在条款中区分“建议责任”与“采纳责任”。当

药师依法履行审查职责并完成留痕记录,在识别到潜在用药风险时,主动向开方医师提出科学、合理且有充分依据的干预意见。若医师在了解相关风险并经充分沟通后,仍决定拒绝采纳药师建议并坚持原处方方案,最终导致患者出现不良后果,应依法减轻或免除药师在此情况下的责任。

同时,为确保法律条款的可操作性与公平性,应进一步细化责任减免的适用条件、证明标准及具体操作流程,形成清晰、可执行、可追溯的责任边界机制。^[11]通过建立权责对等的制度框架,一方面可避免责任空转与相互推卸,另一方面能够有效提升药师履职的安全感与行动空间,促进医师与药师在处方决策中的协同互动与专业共治^[12],从而推动合理用药治理体系的有效运行。

4.5 增设处方争议处理机制,确立专业协商与流程化处置规则

对于医师与药师处方存在争议的情况,建议在《药品管理法实施条例》中增设医师与药师的“处方争议处理机制”,在行政法规层面确立一个可操作、可追溯、具备程序正义兼有专业特征的制度设计。

具体而言,应明确药师在发现处方存在潜在不合理用药情形时,享有提出复议或审查建议的程序性权利,并要求医师在规定时限内予以回应或说明。医疗机构应设立由临床医师、药师及药事管理人员组成的处方争议协调小组,负责对争议处方进行专业评估与决策。对紧急用药情形,可适用“先执行后复议”原则,以兼顾患者救治的及时性与药学干预的规范性。确保处方争议能够在专业对话与流程化协商中解决,提升药学干预在诊疗流程中的实质性参与度。

作者贡献:薛端英负责文章的撰写;邓勇负责文章的选题与指导。

作者声明本文无实际或潜在的利益冲突。

参 考 文 献

- [1] 孟庆跃. 复杂系统治理视角下医疗与医保协同整合[J]. 中国卫生政策研究, 2025, 18(5): 1-5.
- [2] 李丹滢, 李俐, 葛卫红, 等. 药品零加成政策是医院药学转型发展的机遇与挑战[J]. 中国医院药学杂志, 2017, 37(23): 2315-2317.
- [3] 张念, 徐建新, 刘超. 公立医院医师绩效评价研究[J].

- 卫生经济研究, 2023, 40(3):80-85.
- [4] 张瑞, 黄悦兹, 陈曦, 等. 多主体视角下贵州省“双通道”药品药学服务现状调研[J]. 中国医院药学杂志, 2025, 45(18): 2149-2154, 2168.
- [5] 王晓兰, 潘杰, 代晶, 等. 新形势下三级公立医院药学部绩效管理体系的构建[J]. 中国药房, 2024, 35(2): 129-133.
- [6] 高广明, 刘天娇, 徐娜, 等. 处方前置审核系统多维度优化策略与实践效果[J]. 中国药房, 2025, 36(14): 1797-1801.
- [7] 李文睿, 李頔, 赵春景, 等. 我国医疗机构处方前置审核开展的现状分析[J]. 中国药房, 2021, 32(5): 524-529.
- [8] 国家医保局. 哪些医疗费用能报销? 医保“三目录”告诉您! [EB/OL] (2024-10-21) [2025-11-07]. https://www.nhsa.gov.cn/art/2024/10/21/art_52_14344.html
- [9] 李嘉琪, 张海霞, 李俐, 等. 我国临床药师绩效考核体系的描述性系统评价[J]. 中国医院药学杂志, 2020, 40(3): 250-253.
- [10] 江丽芳, 金滔, 杜晓依, 等. 构建三级公立医院药师绩效管理体系的实践探讨[J]. 中国现代应用药学, 2024, 41(22): 3197-3201.
- [11] 任红润, 邓润智, 邵辰杰. 基于案例分析视角初探药品不良反应法律风险防控[J]. 中国临床研究, 2020, 33(12): 1705-1708, 17
- [12] 王晨玉, 黄元楷, 席晓宇. 我国临床药师与医师协作概念的探讨[J]. 中国药房, 2023, 34(4): 487-492.
- [收稿日期:2025-10-07 修回日期:2025-11-09]
(编辑 刘博)

欢迎订阅 2026 年《中国卫生政策研究》杂志

《中国卫生政策研究》杂志是国家卫生健康委员会主管, 中国医学科学院主办, 医学信息研究所和卫生政策与管理研究中心承办的卫生政策与管理专业学术期刊, 国际标准连续出版物号为 ISSN 1674-2982, 国内统一刊号为 CN 11-5694/R, 本刊物为中文核心期刊、中国科学引文数据库(CSCD)核心期刊、中国科技核心期刊(中国科技论文统计源期刊)、RCCSE 中国核心学术期刊(A)、《中国人文社会科学期刊评价报告(AMI)》引文数据库期刊、人大复印报刊资料数据库重要转载来源期刊。

杂志以“传播政策、研究政策、服务决策”为办刊方针, 及时报道卫生政策研究最新成果和卫生改革发展新鲜经验, 促进卫生政策研究成果的传播利用及卫生政策研究者与决策者的交流合作, 提高卫生政策研究理论水平和实践能力, 为政府科学决策、改进卫生健康绩效和促进卫生健康事业发展提供重要学术支撑。主要适合各级卫生健康行政部门和卫生

事业单位管理者、卫生政策与管理相关领域的专家学者和实践者、高等院校相关专业的师生等阅读。主要栏目有: 专题研究、卫生政策分析、卫生服务研究、医疗保障、药物政策、基层卫生、公共卫生、医院管理、全球卫生、卫生人力、卫生法制、理论探讨、经验借鉴、书评等。

杂志为月刊, 每月 25 日出版, 国内外公开发行, 大 16 开本, 进口高级铜版纸彩封印刷, 定价 30 元/册, 全年 360 元(含邮资)。

全国各地邮局均可订阅, 邮发代号 80-955, 也可向编辑部直接订阅。

地址: 北京市朝阳区雅宝路 3 号中国医学科学院医学信息研究所《中国卫生政策研究》编辑部

邮编: 100020

E-mail: cjhp@imicams.ac.cn

电话: 010-52328696、52328697