

药师价值认定与机制构建:基于实证调查的上海市药学门诊服务收费政策建议

许海燕*,蒋屹玮,张晨乐,刘丙龙*(上海市药学会,上海 200040)

中图分类号 R952 文献标志码 A 文章编号 1672-2124(2026)08-0988-05
DOI 10.14009/j.issn.1672-2124.2026.08.020



摘要 目的:药学门诊作为“以患者为中心”的药学服务模式转型的核心载体,其可持续发展亟须建立合理的价值补偿机制。本研究旨在通过对上海市三级医疗机构药学门诊的实证调查,分析服务现状与收费可行性并进行收费方案设计,为政策制定提供依据。方法:以2025年上海市57家三级医疗机构药学门诊现状调查数据为基础,综合运用政策文本分析、问卷调查与统计分析方法,系统评估药学门诊的服务供给能力、人才队伍结构与价值实现瓶颈。通过横向比较国内已明确公布药学门诊收费标准的13个省、自治区、直辖市的收费标准,设计定价方案。结合按职称分级,预测收费后每年的总费用。结果:上海市三级医院药学门诊覆盖率已达89.5%,形成了专科与通科并行的服务网络;临床药师人才梯队以主管药师为主体(54.6%),高级职称药师占比(25.0%)合理;然而,当前“免费服务”模式下,服务供给潜力未能充分释放,不同机构间服务量悬殊。通过量化分析,本研究论证了设立基于职称的分级收费项目的必要性与可行性,提出“主管药师15元/次、副主任药师25元/次、主任药师35元/次”的初步方案。测算表明,在三级医院实施该方案,年度总费用预计最高达2 502.50万元。结论:上海市已具备开设药学门诊收费的条件,可采取职称分级定价的核心模式,坚持患者自愿选择原则,并将服务纳入医保支付范围,选择三级医院先行探索,审慎推进政策落地。后续研究应纳入二级医疗机构及患者视角数据,以完善政策设计。

关键词 药学服务转型;药学门诊;收费机制;价值补偿;卫生政策

Value Recognition and Mechanism Construction of Pharmacist: Policy Recommendations for Pharmacy Clinic Service Fees in Shanghai Based on an Empirical Investigation

XU Haiyan, JIANG Yiwei, ZHANG Chenyue, LIU Binglong (Shanghai Pharmaceutical Association, Shanghai 200040, China)

ABSTRACT **OBJECTIVE:** To establish a rational value compensation mechanism for the sustainable development of pharmaceutical clinics—which serve as the core carrier of the “patient-centered” pharmaceutical service transformation—analyze the current service status and charging feasibility through an empirical investigation on pharmaceutical clinics in tertiary medical institutions in Shanghai, design charging schemes, and provide a basis for policy formulation. **METHODS:** Based on survey data of pharmaceutical clinics across 57 tertiary medical institutions in Shanghai collected in 2025, this study adopted policy text analysis, questionnaire survey and statistical analysis to systematically evaluate the service supply capacity, talent team structure and bottlenecks in value realization of pharmaceutical clinics. Pricing schemes were developed via horizontal comparison of official charging standards for pharmaceutical clinics released by 13 provinces, autonomous regions and municipalities directly under the Central Government. The annual total service cost after charging was predicted by tiered pricing based on professional titles of pharmacists. **RESULTS:** The coverage rate of pharmaceutical clinics in tertiary hospitals of Shanghai reached 89.5%, forming a service network integrating general and specialized pharmaceutical services. The talent team of clinical pharmacists was dominated by pharmacist-in-charge at 54.6%, with a reasonable proportion of senior pharmacists at 25.0%. Nevertheless, the current free-service model failed to fully unlock the potential of service supply, accompanied by a large disparity in service volume among different medical institutions. Quantitative analysis verified the necessity and feasibility of establishing tiered charging items differentiated by professional titles. A preliminary pricing scheme was proposed: 15 yuan per consultation for pharmacist-in-charge, 25 yuan per consultation for deputy chief pharmacists, and 35 yuan per consultation for chief pharmacists. Calculations indicated that the implementation of this scheme in tertiary hospitals was expected to incur a maximum annual total cost of 25.025 million yuan. **CONCLUSIONS:** Shanghai possesses sufficient prerequisites to launch fee-based pharmaceutical clinic services. A tiered pricing system categorized by pharmacists’ professional titles can be adopted as the core model, with the principle of voluntary patient choice strictly

* 副编审。研究方向:卫生管理。E-mail: yxhxy2024@163.com
通信作者:副研究员。研究方向:卫生管理。E-mail: lbl@shpha.org.cn

followed. The service shall be included in medical insurance reimbursement, and tertiary hospitals may take the lead in piloting the policy with prudent rollout. Subsequent research shall incorporate data from secondary medical institutions and patients' perspectives to further optimize policy design.

KEYWORDS Transformation of pharmaceutical services; Pharmaceutical clinics; Charging mechanism; Value compensation; Health policy

随着国家医药卫生体制改革持续深化,药学服务模式正经历从“以药品为中心”向“以患者为中心”的深刻转变。2023年10月,国家卫生健康委员会发布《全国医疗服务项目技术规范(2023年版)》^[1],首次将药学科门诊诊察、处方调剂等纳入全国统一收费项目,为各地探索药学科门诊收费奠定制度基础。2023年12月,江西等地积极响应国家各类政策推进药学服务技术劳务等项目落地^[2]。截至2024年底,福建^[3]、重庆^[4]、北京^[5]等14个省份及3个直辖市已出台相关政策,有效激发药师服务积极性,提升临床合理用药水平,降低用药相关医疗风险^[6]。

上海市作为我国医疗卫生资源集聚区和改革先行区,在药学服务创新方面一直走在全国前列。自2018年启动药学科门诊探索以来,服务规模快速扩大。2024年上海市药学会内部统计数据显示,全市三级综合医院药学科门诊接诊量达3.77万次,三级专科医院接诊1.94万次,二级医院接诊1.24万次,总服务量近7万例次,形成了以上海交通大学医学院附属瑞金医院咳嗽药学科门诊、上海交通大学医学院附属仁济医院抗凝门诊、复旦大学附属肿瘤医院互联网用药管理等为代表的一批特色服务模式,深受临床医师和患者好评。然而,上海市药学服务在快速发展的同时,一个核心矛盾日益凸显:药师提供的专业技术服务价值未能通过合理的收费机制得以体现,导致药学科门诊的发展动力不足,制约药学服务向深度和广度拓展^[7]。一项全国性的调查证实,有额外补偿(包括收费)与药学科门诊服务量呈显著正相关,证实了经济补偿对激励服务供给、体现药师价值的直接作用^[8]。国内部分先行地区的实践也证明,合理的收费机制能显著提升药师的工作认同感和职业稳定性^[3-5]。为此,上海市相关部门已启动专题研究,计划在充分调研论证的基础上,探索建立符合本市实际的药学科门诊收费机制。

在确定正式调查范围前,作者单位通过多次学术会议及专题研讨,以非正式访谈形式咨询了本市各级医疗机构药学科部门负责人,对患者付费意愿开展预调研。根据预调研和上海市卫生健康委员会组织召开的“增设上海市药学科门诊收费项目”专家研讨会的论证结果,以及多个先行先试省份的实践结果^[9-11],本研究明确基于全市全部三级医疗机构(57家)的全面调研数据,结合国内外药学服务收费实践经验,系统分析本市药学科门诊发展的现状特征、主要瓶颈与收费可行性,旨在为制定科学、合理的药学科门诊收费政策提供实证依据与决策参考。

1 资料与方法

1.1 资料来源

1.1.1 政策与文献资料:收集整理国家和各省市已发布的药

学科门诊相关政策文件、技术标准与学术文献,重点分析收费模式、定价标准与实施效果。

1.1.2 现状调查数据:(1)调查对象为上海市57家三级医疗机构(其中三级甲等医院39家,三级乙等医院18家)。(2)调查时间为2025年9月。(3)调查内容包括机构基本信息、临床药师配置情况、药学科门诊开设现状、服务模式与频次、就诊人数、收费意愿等。(4)调查方式采用标准化电子问卷,由各医疗机构药学科部门负责人填写,确保数据的一致性与可比性。(5)质量控制包括问卷回收后进行逻辑校验与数据清洗,对异常值进行核实确认。

1.1.3 宏观统计数据:上海市药师队伍总体情况、全市各级医院药学科门诊服务总量和临床药师培训与人才培养数据,主要来源于上海市药学会内部汇报材料,以及上海市卫生健康委员会药政管理处的相关统计报表。

1.1.4 研究伦理:本研究使用的所有数据均为匿名化处理后的汇总数据,不涉及患者个人信息,符合科研伦理要求。

1.2 方法

本研究采用描述性研究设计,通过政策分析、现状调查与费用测算相结合的方法,全面评估上海市药学科门诊收费的可行性。

1.3 观察指标

1.3.1 描述性统计分析:对临床药师职称结构、药学科门诊开设率、服务频次与就诊人数等变量进行描述性统计,主要采用频数、百分比和均值表示,反映当前药学服务资源配置与门诊运行基本特征。

1.3.2 对比分析:通过比较各医院药学科门诊开设模式、专科方向及服务频次等,揭示药学科门诊服务开展的异质性与发展空间。

1.3.3 服务总费用测算:依据当前平均、潜力释放、充分发展3种服务量情形,结合按职称分级,进行模拟计算以预测收费后每年的总费用(年度总费用=年度总服务例次×综合平均服务费率)。其中,年度总服务例次根据不同发展场景下的单院服务目标与机构数量计算得出;综合平均服务费率基于拟议的阶梯收费标准,并根据不同场景下假设的药师职称服务构成进行加权计算得出。

1.3.4 政策分析:梳理国内已实施药学科门诊收费地区典型模式,结合上海市三级医院药师队伍结构、服务模式与患者接受度,进行收费模式和定价设计,为政策制定提供循证支持。

1.4 统计学方法

本研究采用SPSS 26.0统计软件进行数据分析。计量资料以中位数或范围表示,计数资料以频数或百分数(%)表示。

2 结果

2.1 药学服务人才基础分析

2.1.1 全市药师队伍概况:截至 2024 年底,上海市注册药师总人数为 1.25 万人,其中副高级及以上职称占 4.5%,本科及以上学历占比超过 74%。通过“临床药师专业能力提升项目”等系统性培训,全市已累计培养临床药师 2 369 名,为药学门诊服务的专业化发展提供了坚实的人才保障。最新数据显示,2025 年上海市注册药师总人数增至 1.27 万人,虽暂无其他专项数据更新,但药师队伍的职称结构保持相对稳定。

2.1.2 三级医院临床药师配置:本次专项调查显示,57 家三级医院共有临床药师 1 094 名。临床药师职称结构呈现合理的金字塔形分布:主管药师构成临床药师队伍的主体,承担日常药学服务的主要工作;副主任药师和主任药师合计占 25.0%(273/1 094),形成了较为完善的高级专家团队,能够为疑难复杂病例提供技术支持。这种结构为实施分级收费、体现不同级别药师技术价值提供了现实基础。见图 1。

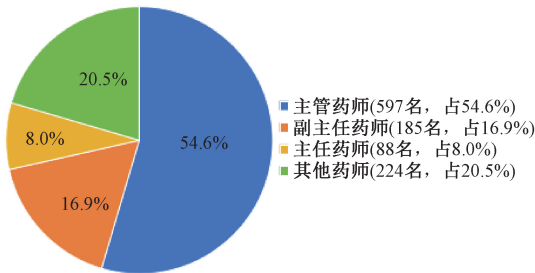


图 1 上海市 57 家三级医院临床药师职称结构分布

2.2 药学门诊开设现状与服务特征

2.2.1 开设率与意愿分析:调研结果显示,57 家三级医院中已有 51 家(89.5%)开设了药学门诊服务,另有 4 家(7.0%)表示计划近期开设,两者合计达 55 家,意向开设率高达 96.5%。仅有 2 家医院(3.5%)暂未开展且无明确计划。

2.2.2 服务模式与专科分布:已开设药学门诊的 51 家医院中,服务模式呈现双轨并行特征。专科门诊 28 家(54.9%),主要聚焦特定疾病或人群的精准用药管理;通科门诊 21 家(41.2%),提供综合性用药咨询与评估服务;联合门诊 2 家(3.9%),与临床科室合作开展。

专科门诊领域分布广泛,主要包括以下分类:(1)慢病管理类:抗凝治疗(12 家)、呼吸慢病/哮喘(9 家)、高血压/糖尿病(7 家);(2)特殊人群类:妊娠哺乳期用药(5 家)、老年多重用药(8 家);(3)疾病专科类:肿瘤用药(7 家)、精神心理用药(3 家)、疼痛管理(2 家);(4)其他专项:中药合理使用(4 家)、药物不良反应管理(3 家)。

2.2.3 服务频次与就诊人数:(1)服务频次。专科门诊平均每周开展 2.7 次,通科门诊平均每周开展 3.1 次。从各机构分布看,服务频次具有差异,最高可达每周 12 次,最低为每周 1 次。(2)就诊人数。专科门诊单次就诊人数平均为 9.5 例,通科门诊为 11.2 例。从各机构分布看,就诊人数差异巨大,部分优势专科门诊(如上海交通大学医学院附属瑞金医院哮喘门诊)单次就诊人数最高可达 50 例,而新开设门诊通常为 1~3 例。

2.3 服务量潜力与收费意愿

2.3.1 服务量现状与潜力空间:基于 2025 年 9 月调查数据的测算显示,目前三级医院药学门诊平均每家周服务量约 30 例次,年服务量约 1 600 例次。然而,服务的潜在能力仍未得到充分利用。调查发现,服务开展相对成熟的医院(如上海市第一人民医院、上海交通大学医学院附属瑞金医院)周服务量可达 108~250 例次,年服务量为(0.56~1.3)万例次,是目前平均水平的 6~8 倍。这种巨大差距主要源于:(1)政策限制。收费政策不明确,医院缺乏扩大服务的积极性。(2)资源配置。部分医院将药学门诊视为“公益项目”,投入有限。(3)患者认知。免费服务状态下,患者对服务价值的认知度不高。

2.3.2 收费意愿调查:在已开设药学门诊的 51 家医院中,34 家(66.7%)明确表示支持设立收费项目,认为这是体现药师劳动价值、保障服务可持续发展的必要举措。

支持收费的主要原因包括:(1)42 家(82.4%)医院认为有利于稳定药师队伍,减少人才流失。(2)39 家(76.5%)医院认为提高患者对服务的重视程度和依从性。(3)34 家(66.7%)医院认为收费可为服务扩展和质量提升提供资金支持。

反对或担忧的声音主要集中在:(1)30 家(58.8%)医院认为可能增加患者经济负担,影响服务可及性。(2)21 家(41.2%)医院认为担心出现“过度导流”等不规范行为。(3)18 家(35.3%)医院认为收费后患者期望值提高,可能引发更多纠纷。

2.4 拟定价设计与服务总费用测算

2.4.1 国内收费模式比较分析:目前国内已实施药学门诊收费的地区主要采取统一收费、职称分级和混合模式,代表地区和特点见表 1。基于 13 个已明确公布药学门诊收费标准的省、自治区、直辖市(北京、天津、河北、内蒙古、福建、江西、山东、湖南、重庆、四川、云南、陕西、青海)的数据进行分析,以职称分级(主管/中级、副主任、主任)设定不同的收费标准的收费模式为主[占 53.8%(7/13)]。但需注意的是,采用统一收费模式的北京、福建均明确要求提供服务的药师至少具备中级职称,这本身也隐含了对服务提供者资质的基本要求;采用混合模式收费的河北和四川,在统一收费的基础上,对更高级别职称或更复杂服务进行“加收”,也可视为分级模式的一种特殊形式。可见,按职称分级收费是全国范围内的主流模式,占 69.2%(9/13)。

2.4.2 拟定价设计:基于按职称分级收费是全国范围内的主流和主导模式的实践共识,结合上海市三级医院临床药师队伍结构合理(见图 1)及服务模式多元化的特点,建议采用按职称分级收费模式进行定价:主管药师 15 元/次;副主任药师 25 元/次;主任药师 35 元/次。定价依据如下。

(1)体现优绩优酬,衔接医师体系:定价参考了医师职称对应的挂号费梯度,旨在通过价格差异体现不同层级药师在知识储备、临床决策支持中的核心价值,强化对高级别专业技术服务的认可。

(2)对标全国中位数,契合城市定位:方案定价略高于全国同级职称收费的统计中位数(主管药师约 12 元/次、副主任

表 1 国内典型药学科门诊收费模式对比

收费模式	省/自治区/直辖市	主管药师/(元/次)	副主任药师/(元/次)	主任药师/(元/次)	特点与说明
统一收费	北京	30	30	30	要求药师具备中级及以上职称;医保甲类,定额支付 20 元/次
	福建	30	30	30	要求药师具备中级及以上职称;限省属及三级公立医院
	青海	20	20	20	限三级医院
职称分级	天津	15	20	30	限三级公立医院,以患者自愿选择为前提
	内蒙古	15	20	30	涵盖西药、中药及民族药
	江西	16	22	25	限省内三级公立医院
	山东	8	18	28	患者自愿选择
	湖南	10	25	35	限省、市三级公立医疗机构收取
	重庆	9	15	20	限三级公立医疗机构试行,以患者知情同意、自愿选择为前提
	陕西	8	12	15	限三级公立医疗机构收取
混合模式	河北	10	15	25	基础 10 元,副主任加收 5 元,主任加收 15 元;可视作分级的特殊形式;医保丙类
	四川	12(普通门诊)	14(专家门诊)	16(专家门诊)	按普通/专家分类,非严格按职称对应;限三级公立医院
	云南	—	—	—	未明确具体价格,仅描述服务内容

药师约 18 元/次、主任药师约 25 元/次),并参考了分级收费模式较为成熟的湖南省顶层设计(主管药师 10 元/次、副主任药师 25 元/次、主任药师 35 元/次)。在具体定位上,本方案采取策略性平衡:一方面低于北京市 30 元/次的统一定价,以兼顾患者及医保基金承受能力,有利于试点平稳起步;另一方面高于多数中西部省份,使价格与上海作为全国经济中心和医疗高地的人力成本与服务价值相匹配,避免因价值低估导致激励不足。

(3)覆盖运营成本,兼顾患者负担:定价综合考虑了药事服务中的人力资源、设施设备及技术劳务成本,确保服务的可持续性,同时充分考量患者的经济可接受度。

2.4.3 服务总费用测算:针对全市 55 家已开展或计划开展药学科门诊的三级医院(三级甲等 38 家,三级乙等 17 家),基于不同服务量场景进行模拟测算。

(1)当前平均场景:基于实际调查数据的保守测算(平均每家周服务量 30 例次,年度总服务例次为 8.58 万例次)。按药师职称服务构成进行加权计算,年总费用区间为(128.70~300.30)万元;按职称混合结构(以副主任药师服务为主)估算,年总费用约 214.50 万元。

(2)潜力释放场景:假设收费政策激励下,平均服务量提升至当前服务开展相对成熟医院的最低水平(每家周服务量约 108 例次,年度总服务例次为 30.88 万例次)。按药师职称服务构成进行加权计算,年总费用区间为(463.20~1 080.80)万元;按职称混合结构(以副主任药师服务为主)估算,年总费用约 772.20 万元。

(3)充分发展场景:按所有 55 家医院均达到服务开展相对成熟医院的最高水平(每家周服务量约 250 例次,年度总服务例次为 71.50 万例次),按药师职称服务构成进行加权计算,年度总费用区间为(1 072.50~2 502.50)万元;按职称混合结构(以副主任药师服务为主)估算,年总费用约 1 787.50 万元。

3 讨论

本次调查显示,上海市三级医院药学科门诊开设率达 89.5%,但服务规模差异显著,潜力远未释放。核心障碍在于缺乏独立收费机制,导致药师劳动价值被严重低估。国内相关研究表明,合理的药学科服务收费政策可以有效提升服务质量、增强药师的职业归属感^[7,12],且通过药师主导的合理用药干预,门诊次均药费明显降低,药品不合理使用情况明显改

善^[13]。从国际经验看,明确的经济补偿机制是药学服务从“保障供应”向“临床服务”转型的重要推动力,如美国 Medicare Part D 将 MTM 服务纳入医保支付范围,直接推动了临床药学服务的普及^[14]。因此,上海市设立药学科门诊收费项目具有现实紧迫性。本研究结果显示,上海市已具备开设药学科门诊收费的条件。

3.1 上海市药学科门诊收费方案设计

本研究基于对上海市三级医院的实证调查结果,以及上海市卫生健康委员会组织召开的“增设上海市药学科门诊收费项目”专家研讨会的论证结果,并参考国内“先行先试”地区实践提出以下方案。

3.1.1 收费项目与内涵:建议项目名称统一为“药学科门诊诊查费”,开展时标注具体内容(如“咳喘”),限专科专病或重点人群(老年人、慢性病、孕产妇等)的精准化用药服务。项目内涵包括:药物治疗评估、药物重整、个体化方案设计、用药教育、不良反应防范及药学相关检查开具,并建立统一规范的门诊药历。服务人员须为主管药师及以上职称的临床药师,符合《医疗机构药学科门诊服务规范》^[15]要求,由上海市卫生健康委员会指定相关学会审核资质。

3.1.2 收费标准:建议采用按职称分级收费:主管药师 15 元/次、副主任药师 25 元/次、主任药师 35 元/次,与国内多地患者支付意愿^[9-11]和支付标准^[3]基本吻合,具有市场接受基础。

3.1.3 实施范围:本研究结果显示,按平均接诊量测算年度费用为(128.70~300.30)万元,按最高接诊量测算年度费用为(1 072.50~2 502.50)万元,占全市医疗总费用比例小,经济影响可控。建议初期实施范围限于三级公立医疗机构,实行申报审核,患者自愿选择、知情同意。

3.1.4 配套措施:收费政策的成功实施需多方协同推进。医保支付方面,建议将药学科门诊诊查费纳入基本医保,支付比例 70%~80%,个人自付 20%~30%,并探索按绩效付费模式,将部分支付与服务质量和健康结局挂钩,同时纳入医院医保总额预算管理。质量监控方面,由药事质量控制中心和门诊质量控制中心(“双质控”)联合监测服务量与合理收费,定期评估就诊时长、记录规范性、用药合理性改善情况及医患满意度,评估结果与绩效考核、医保支付、收费资格续审挂钩。伦理规范方面,严格执行知情同意原则,防范过度导流与服务缩水风险,确保服务内容透明,提升患者信任度和满意度^[16]。宣传引导方

面,通过多渠道宣传药学科门诊价值,加强临床协作,并建立舆情应急预案,维护良好服务环境。

3.1.5 实施路径:建议采取“三步走”渐进策略,即2026年试点阶段,选择三级医院先行探索;2027年扩大阶段,推广至所有符合条件的二级医院;2028年完善阶段,根据实施情况优化政策并探索向基层延伸^[8]。同步推进制度建设,完善信息系统支持收费与记录,制定服务标准与操作流程,建立多方参与的监督机制。

3.2 研究局限性

(1)数据时效性:本研究基于2025年9月的调查数据,政策环境和服务发展可能随时间变化。(2)样本范围:仅涵盖三级医院,主要基于以下考量。在政策调研阶段,上海市卫生健康委员会根据专家论证意见明确要求优先从三级医院起步;前期调研发现,患者对药学科门诊的付费意愿呈现显著的“医疗机构层级依赖性”,即多数患者仅愿意为三级医院(尤其是有优势专科的机构)的服务付费,对二级及社区医院的需求和支付意愿较低,这一规律也与国内多个先行省份的实践结果^[9-11]相符。后续研究需拓展至二级及社区医院,以完善全域政策设计。(3)预测不确定性:费用测算基于假设情景,实际执行中可能存在偏差。(4)患者视角缺失:虽然进行了预调研和专家论证,且结果与国内多地患者意愿^[9-11]基本吻合,但上述佐证仍属间接推断,后续研究中仍需补充对上海市患者支付意愿及收费标准接受度的直接调研数据,以期上海市药学科门诊收费政策的系统设计提供更完整的循证依据。

3.3 展望

药学科门诊收费项目的设立,是驱动服务升级与价值创造的强力引擎。本研究基于上海市三级医疗机构实证数据提出的“按药师职称分级收费”方案,与国家医保局最新(2026年2月)发布的《药学科类医疗服务价格项目立项指南(试行)》^[17]中“门诊诊查费(药学科门诊)按副主任医师、主任医师设置加收项”的政策导向高度契合,研究结论具备极强的时效性、前瞻性与政策适配性,可为地方落地国家统一项目规范提供直接实证支撑。

后续研究应聚焦于“效果评估-服务创新-支付深化”这一闭环,通过积累本土化价值证据支撑医保支付决策,以支付改革“倒逼”服务模式创新,并在创新实践中持续验证服务效果,形成良性循环^[1,7]。对药学科门诊长期效果的经济学评价,将是证明其价值、推动支付政策深化的核心依据^[18],今后可系统开展政策对患者预后与医疗成本的量化分析,通过跨部门的通力合作与基于证据的动态调整^[8],这项改革将最终实现从“以药品为中心”到“以患者为中心”的根本性转变,最大化患者健康效益,形成可推广的“上海经验”。

参考文献

[1] 国家卫生健康委,国家中医药管理局,国家疾控局. 全国医疗服务项目技术规范(2023年版)[EB/OL]. (2023-10-08)[2026-04-02]. https://www.nhc.gov.cn/wjw/c100375/202309/c17ffeb112c042728d0e28147c945db1/files/1734002126340_86331.pdf.

[2] 江西省医保局,江西省卫生健康委员会. 关于新增和修订部分药学科类医疗服务价格项目的通知[EB/OL]. (2023-12-25)

[2026-04-02]. https://ybj.jiangxi.gov.cn/jxylbj/col/col27600/content/content_1870669082680025088.html.

[3] 福建省医疗保障局. 关于进一步做好药学科服务收费政策试行工作有关问题的通知:闽医保规[2023]3号[EB/OL]. (2023-10-20)[2026-04-02]. https://ybj.fujian.gov.cn/zfxgkz/fdzdgknr/zcwj/202310/t20231020_6279296.htm.

[4] 重庆市医疗保障局. 关于完善药学科类医疗服务价格项目的通知:渝医保发[2023]34号[EB/OL]. (2023-12-15)[2026-04-02]. https://ylbzj.cq.gov.cn/zwgk_535/zfxgkml/zcwj_291934/gfxwj/202312/t20231220_12725785.html.

[5] 北京市医疗保障局,北京市人力资源和社会保障局. 关于新增及动态调整抗水通道蛋白抗体测定等医疗服务价格项目和相关政策的通知:京医保发[2024]11号[EB/OL]. (2024-08-07)[2026-04-02]. https://ybj.beijing.gov.cn/zwgk/2024zcwj/202408/t20240816_3776320.html.

[6] 孙雪林,邢明青,张子轩,等. 医疗机构药品风险管理认知与现状调研[J]. 中国药房, 2025, 36(1): 7-12.

[7] 闫婷,伍琳,熊辰辰,等. 医疗机构药学科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.

[8] 杨丽娟,万明媛,张威,等. 我国医疗机构药学科门诊开展现状调查[J]. 中国药房, 2024, 35(2): 134-139.

[9] 黎静,刘宇,刘新宇,等. 深圳市药学科门诊发展现状及患者认知与需求研究[J]. 中国临床药学杂志, 2024, 33(8): 567-574.

[10] 秦珺,郁件康,潘杰,等. 苏州地区14家医疗机构患者药学科门诊认知现状及药学科需求调研[J]. 医药导报, 2023, 42(8): 1165-1171.

[11] 王楠,罗梦月,刘艳萍,等. 天津市三甲医院患者对药学科门诊的认知程度与支付意愿调查及影响因素分析[J]. 天津药学, 2019, 31(3): 39-45.

[12] 杨莉榕,刘思雨,吴舒珊. 美国可收费药学科服务项目及收费实践[J]. 中国药房, 2025, 36(10): 1161-1165.

[13] 刘媛,徐嵘,简桂花,等. 药师主导的合理用药管控体系对医院药品费用管控和医疗质量提升的效果分析[J]. 中国临床药学杂志, 2024, 33(2): 81-86.

[14] Bond C A, Raehl C L. Clinical pharmacy services, pharmacy staffing, and hospital mortality rates[J]. Pharmacotherapy, 2007, 27(4): 481-493.

[15] 国家卫生健康委办公厅. 关于印发医疗机构药学科门诊服务规范等5项规范的通知[EB/OL]. (2021-10-09)[2026-04-02]. <https://www.nhc.gov.cn/yzygj/c100068/202110/232127554f7a4775b502610b4cbd8450.shtml>.

[16] 吴刚. 福建:政策推进要疏通哪些堵点[N]. 健康报, 2025-03-14(5).

[17] 国家医疗保障局. 药学科类医疗服务价格项目立项指南(试行)[EB/OL]. (2026-02-11)[2026-04-02]. https://www.nhsa.gov.cn/art/2026/2/11/art_14_19656.html.

[18] Isetts B J, Schondelmeyer S W, Artz M B, et al. Clinical and economic outcomes of medication therapy management services: the Minnesota experience[J]. J Am Pharm Assoc (2003), 2008, 48(2): 203-214.

(收稿日期:2026-01-06 修回日期:2026-04-02)