

中医药素有“简、便、廉、验”的优势。这一优势的发挥,近的来讲,可以控制医院药品收入占总收入的比例,最大限度地减少患者的经济负担;远的来讲,可以发挥中医药提前介入健康防控的作用,做到“未病早防、小病早治”,提高医学治疗的效益、成本比,减少社会资源的浪费。河南中医学院第二附属医院(河南省中医院)、河南中医学院第三附属医院、河南省中医药研究院附属医院对此进行了有益的探索。

中医药特色控制医疗成本的尝试

本报记者 胡晓军

在用药上体现中医特色

中医还是不是“中医”,最直观的判断就是,医生用的还是不是通过辨病辨证开出来的中药?而近年来的一种说法是,不仅综合医院中医科的医务人员“放弃”了用中药、不会用中药,就连中医专科医院的医生也“忘记”了中医用药的精髓。无奈之下,中成药成了类似西药一样“头痛医头,脚痛医脚”的“灭火器”。

事实上,中药的使用丰富而复杂,单是中成药,就有蜜丸、水丸、冲剂、糖浆、膏药等之分;更不用说在当今时代具有绿色优势、更能体现中医治疗特点的中药饮片了。从这个角度来说,发挥中医药的特色,首先就是抓住用药的特色。

为此,河南中医学院第二附属医院以“发挥中医药特色”为主题,鼓励中医非药物疗法和中药饮片的使用,降低西药、成药的收入比例。具体来说,就是坚持“先中后西、能中不西”的诊疗原则,强调中医辨证论治、中医治疗率,要求各科门诊中药饮片处方占门诊处方总数的比例不小于30%。

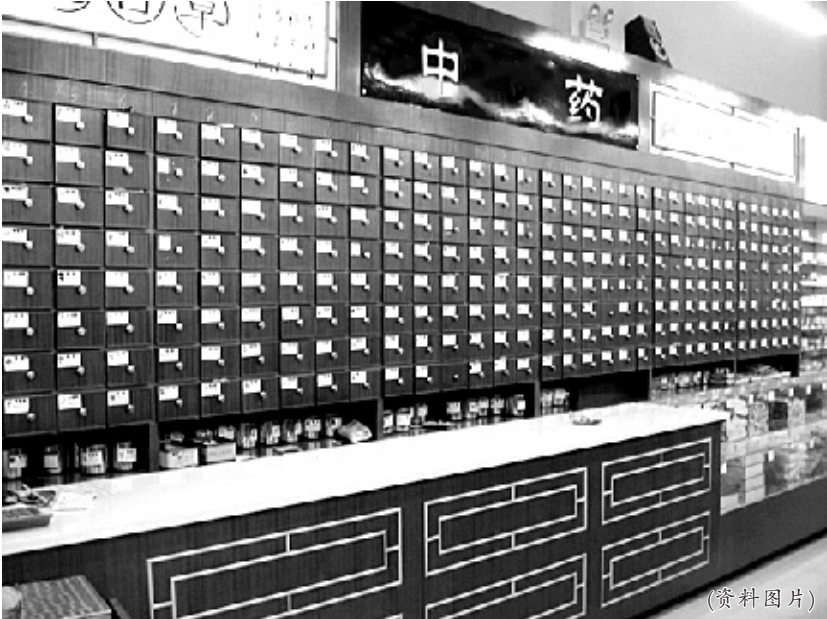
河南省中医药研究院附属医院的做法是,坚持“学经典,用经方”活动,突出中医疗效,提高治愈好转率 and 中医药使用率,降低患者治疗费用;进一步开展针灸、贴穴、埋线、艾灸、熏蒸、推拿按摩、冬病夏治等80多种传统中医疗法治病;坚持用药“能中药不西药、能廉不贵、能国产不进口”原则。

河南中医学院第三附属医院有关负

责人告诉记者,从今年上半年的数据来看,该院西药收入比例由第一季度的25.95%下降为23.78%,中药收入比例由41.27%上升为45.59%,中医药特色优势得到进一步彰显。此外,为密切观察用药的疗效,该院临床药师要经常下病房,对病人进行询问(包括用法、用量、用药后

的疗效),并及时纠正不合理用药。同时临床药师要向临床医生提供用药建议,制订个体化给药方案,让药物发挥最大的治疗作用。

一系列主动的传承与改进,发挥了中医药诊断的疗效,节省了患者的用药花费,可谓一举两得。



(资料图片)

在防控中体现中医特色

“我们的目的很简单,就像誓词中写到的:尽己所能,不计报酬,帮助他人,服务社会,践行志愿精神,传播先进文化,为建设团结互助、平等友爱、和谐美好的社会贡献力量!”这是河南中医学院第二附属医院心内科主任、河南省名中医王振涛主任中医师,在该院“爱在杏林”志愿者服务团成立仪式上的发言。

志愿者服务的精神是“奉献、友爱、互助、进步”,中医追求的最高目标是“治未病”,“爱在杏林”志愿者服务团的成立,将这两种精神的传播结合到了一起。仅以“爱在杏林”志愿者服务团的行动为例,志愿者们已经与郑州市东风路的58位“空巢老人”结成对子,开展了家访和引导体检活动;并计划通过戒烟劝导、免费咨询等活动,传播健康知识,融洽医患关系,传播浓郁的中医促进健康文化。

另一方面,河南中医学院第二附属医院通过每周一次的健康公益讲座,

形成了不遗余力实践“治未病”理念的载体,吸引了众多的社区居民和患者。“中医治未病的预防学思想,包括未病先防、既病防变和愈后康复。未病先防,现在许多人存在亚健康状态,要给予指导,从心理方面、饮食方面以及适当运用保健品等方面提出建议;既病防变,根据病人的情况及时控制住病情,以免产生并发症,提醒病人及时进行调养;愈后康复是在康复后,还要注意调理,防止遗留病或转成慢性病,综合康复方法,隔段时间来进行调理。”河南中医学院第二附属医院院长韩丽华这样认为。

这样的健康防控意识也同样体现在河南省中医药研究院附属医院的医疗护理服务中。据了解,该院三病区推行“健康教育处方”的教育方式——在患者住院期间,根据患者实际病情,以“健康教育处方”的形式对病人的行为和生活方式进行指导。

其具体流程包括,通过对每位病人入院评估病情,并根据其文化程度、生活习惯、心理状态等确定教育目标,以明确教育目的;责任护士与病人或家属共同阅读“健康教育处方”,通过讲解、演示等方式,帮助患者或家属理解“健康教育处方”的内容,鼓励病人表达自己的想法,调动其积极性,并耐心解答病人或家属提出的问题;通过致电咨询,病人出院后仍能享受专科医生、护士提供的服务;通过评价,对“健康教育处方”不断进行修改,以制订出最适合病人的“健康教育处方”。

正是通过这些“治未病”意识浓厚、人文气息浓郁的积极手段的实施,独特的中医药特色治疗氛围正在我省中医医疗机构形成,延续着中医药千百年来的巨大功用,给普通民众带来了优质、价廉的医疗服务体验和健康的、积极的生活体验。



(资料图片)

美国老年人看病要花多少钱

美国人在工作期间大部分是由雇主来提供医疗保险,而退休以后如何解决医疗保险的问题呢?在美国,65岁以上老年人有专门的医疗保险,也就是联邦政府为他们提供的医疗保险。这种专为老年人提供的医疗保险是由联邦政府管理的一种社会保障体系,基本涵盖了65岁以上老年人所需要的医疗保险需求。

美国65岁以上老年人主要依赖政府的医疗保险计划来保证晚年看病和医疗,而医保计划主要分4种类型。医疗保险A计划主要是为老年人提供住院期间的医疗保险。医疗保险B计划主要是为老年人提供日常看医生和各种身体检查的医疗保险。医疗保险计划C也被称为是附加医疗保险计划,主要是为老年人提供一些额外的保险,以降低在看病时的花费成本。医疗保险D计划主要是为老年人处方药的保险。在这些保险中,有的是老年人可以免费享受的保险,有的则需要老年人每月支付一定保险费用。

医疗保险A计划的资金来源主要是通过对于在职人员征收医疗保险薪资税(强制性的税种),雇主和雇员分别缴纳工资收入的1.45%,合起来为2.9%。医疗保险A计划的资金中86%来自医疗保险薪资税,8%来自利息,5%来自其他税收。

医疗保险B计划的资金来源是一般性财政收入和自愿投保者每月缴纳的保险费,目前资金的75%来源于一般性财政收入,24%来源于个人的保险费,1%来自利息。

医疗保险D计划的资金78%来自一般性财政收入,10%来自个人的保险费,11%来自各州政府缴纳的金额。在联邦政府这3类医疗保险计划所有经费来源上,雇主和雇员缴纳的医疗保险薪资税占了40%,一般性财政收入占了41%,个人保险费占了11%,各州政府缴纳金额和其

他税收各占2%,利息占4%。1990年,美国政府医疗财政支出额为981亿美元,占联邦财政总支出的7.8%。2008年美国医疗财政支出额达到5990亿美元,占联邦财政总支出的20%。

65岁以上的老年人全部可以加入联邦政府提供的医疗保险A计划。那么加入联邦政府提供医疗保险A计划的人会受到什么样的医疗待遇呢?他们在住院期间有两人一室的病房,医院为其提供饮食和护士护理,医院的治疗等。加入医疗保险A部分的老年人可以享受的家庭健康服务包括:临时性护士护理照顾、家庭健康援助服务、理疗、提供轮椅等医疗设备和医疗服务。

医疗保险B计划主要是为老年人提供日常诊疗和各种身体检查的医疗服务。加入医疗保险B计划的老年人所享受的医疗福利包括:医生看诊、门诊室看病、动手术、诊断检验等,同时也包括身体检查和化验(验血、验尿、病理诊断检查、常规性身体检查、X光检验、CT透视、MRI透视、EKG检验)。对于这些检验和服务,加入医疗保险B计划的人无需付费。同时老年人也享受到医院门诊看病的医疗待遇,但病人在医院门诊看病时需要自己支付一部分费用。加入医疗保险B计划的老年人还可以享受到一些医疗机构提供的疾病预防服务,如每两年一次的骨质检查,每5年一次的心血管疾病血液检查、直肠癌检查、糖尿病检查,每年一次的前列腺癌检查,每年一次的流感疫苗注射、青光眼检查,女性每年一次的乳房X光照相,每两年一次的早期癌变检查等。这些检查和服务有的是免费,有的需要老人自己缴纳一部分费用。

医疗保险B计划不是免费提供的,

不同收入的个人或家庭每个月要缴纳的保险费用会有很大不同。

加入医疗保险B计划的老人看医生或是做检查,每年要缴纳的基本费用是155美元。在美国的医疗体制下,个人都会按照保险公司所指定的医疗机构选择自己的家庭医生,而看家庭医生时老人需要支付20%的相关费用,保险公司承担80%的费用。到医院看门诊时,老人也要支付20%的医疗费用,但支付医疗费用的上限为1100美元。在医院所做的各种检验,一般情况下老人不用付费,个别检验项目则需支付一定比例的费用。对于预防性检查,视情况不同,有的检查不用付费,有的检查需要老人缴纳20%的费用。

医疗保险A计划和医疗保险B计划为老年人提供看医生和住院治疗的医疗保险,而在用药上老年人需加入医疗保险D计划才能降低在用药上的支出。美国的药品特别是品牌药品价格相当高,而一些患有慢性病的老年人需要长期服药,所以老年人用药上的支出是他们晚年生活中不可忽视的开支。

目前美国有2700万老年人加入医疗保险D计划(处方药保险计划)。加入这一计划不是免费的,各州处方药保险的费用不一,低的每人每年需要300美元,高的需要800美元。2010年,美国处方药保险费用平均是每人每月31.94美元。

虽然美国的老年人有处方药保险计

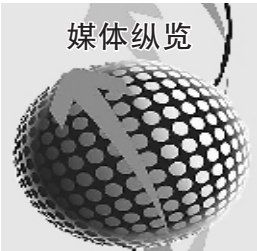


划,但在药品上支出庞大,这也成为美国医保改革中民众最不满意之处。民众在购买药品的付费上有一个“甜甜圈洞”,也就是老年人在药品上的花费在何种情况下需要自己承担。

2010年,老年人处方药保险最标准的药品付费“甜甜圈洞”是这样来划分的,药品费用在310美元以下,老年人要全部自费。药品费用在310-2830美元之间时,老年人自付的费用为25%,保险公司付费占75%。2830美元就是处方药保险计划中药品付费的“甜甜圈洞”的起点,当一位老年人一年中用药物付费超过2830美元时,他就要支付药品的全部费用。当然受保人支付的药品费用有个上限,当达到6440美元时,“甜甜圈洞”就被填平了,而受保人一年在药品上支出在6440美元以下时,他最高的药费支出被设定为不超过4550美元。当受保人一年的药费超过6440美元时,这就变成另外一种付费计算公式,普通药品每种药品受保人的自付额为2.5美元,品牌药品每种药品受保人的自付额为6.3美元。这时用药就如同买大白菜一样,又好又便宜。

(乔磊)

《第一财经日报》——节约医疗成本：早期诊疗的威力



媒体纵览

早期诊疗的必要性

对于全球医疗体系的一大挑战是开支的不断提升。不管是美国正在推动的医疗改革,还是中国正在进行的“新医改”,其根本目的都只有一个,如何让医疗资源的配置更为有效,从而降低医疗开支。

目前,发达国家的医疗开支占国内生产总值(GDP)的11%以上,其中美国的医疗开支占比最高,达到了15%;而低收入国家的平均占比为4.2%,中国医疗开支占GDP的比重为4.7%。

虽然我国医疗开支占比仍旧超越平均水平,不过在国内,一个值得关注的趋势是,医疗开支占比的停滞不前——没有随着国民经济的飞速发展而大踏步向前。

现在的问题在于,如何在开源的同时能够节流。应对这个局面,疾病的早期预防、诊断、筛查就变得尤为重要,防患于未然将是我国医疗体系中未来构建的核心能力所在。

节约开支之道

世界药学会针对葡萄牙医

疗系统的一项研究显示,在疾病的早期阶段提供预防、诊断和筛查服务,每投入1欧元,可为民众及政府对后期的不必要开支省下4.8欧元的医疗支出。这种近1:5的比例关系,为医疗体系保障水平的普遍提升留下了巨大的想象空间。

然而,目前用于早期预防、诊断和筛查的经费却是十分有限的。罗氏诊断亚太区董事总经理罗兰·迪格曼称,2/3的医疗决策是依赖诊断和检测得出的,但目前全球医疗总支出25000亿美元中,仅有1%用于诊断、检测。大幅增加诊断检测开支,可大大节省门诊和住院所产生的直接医疗成本及费用。

卫生部卫生经济研究所医药技术经济评价研究室副主任刘克军也曾经撰文指出,中国的医疗消费预计未来5年将以每年11%的速度攀升,因而通过广泛使用诊断、检测来节省大量医疗开支应是不选之选。(兆言)

《医药经济报》——医保谈判：比价格更重要的是价值

医保管理部门通过市场竞争谈判机制为参保人员争得更大利益,是目前许多国家医疗保险部门的共同做法。目前,医保谈判工作已正式启动,尽管首轮谈判为外企专场,但相信国内药企很快也会参与进来。

医保谈判究竟要达到什么目的?有人说是将药价降下来,笔者不赞同。原因很简单,大家参加医保,不是简单地为了用上便宜药,而是为了以最小的成本获得最好的医疗服务。医保谈判的目标应该是以最小的成本为大多数参保人争取最好的医疗服务。所以,基础医疗保险应包括大多数参保人急需的服务和药品。

高收入人群无法从基本医保中得到的服务,可以自己再选择一些补充保险,以获得更好的医疗服务。保险经办机构也可以科学设计产品,以使不同收入人群获得更公平的服务。

同样的,药品是治病的一种手段,本质上是为医疗服务。药品的价值不仅在于其本身,更在于合理使用。因此,医保谈判不能仅谈价格,更重要的是谈药品的价值。药厂要求某个品种进入医保卖什么价,不能坐地要价,应从经济学角度分析,自己的药卖这个价比别的药品更经济。

很多药品都有多个适应证和不同的用法,而在不同的适应证和不同的用法中,药品可能具有不同的经济学价值。因此,厂家不应指望产品在所有的适应证和用法中都入医保,要主动限制使用范围。同时积极开展药物临床研究,以

帮助医生更好地使用产品,从而使药品价值最大化。

此外,笔者还认为,应确保医保经办机构尽可能维护参保人的利益。医疗服务技术含量非常高,普通老百姓根本就不清楚自己需要什么样的服务,也无法检验服务的质量。医疗消费的第三方买单机制是全球普遍的消费模式,医疗保险作为化解个人医疗风险,减轻个人医疗费用负担的有效机制,已在大多国家得到印证。

但问题是,我们上街买衣服,会尽量以最低的价格买自己最喜欢的衣服,可花别人的钱为别人办事,就很难周全了。如何才能让医保经办机构像为自己办事一样处处为参保人着想?道德教育自然必不可少,可如果如此严肃的事仅靠个人的道德修养,毫无疑问,就像将100万元现金放在路上希望没人捡走据为己有一样危险。最保险的办法是,让医保经办机构能够从帮助参保人以最小的成本争取最好的医疗服务中获得利益。

如果医保经办机构一家独大,参保人没得选择,经办机构就可以从压榨参保人中轻松获利。因此,医保经办机构应引入竞争机制。只有这样,它们才会尽量以最小的成本向医院、药店、药厂为参保人争取尽量多的医疗服务,否则,参保人就会用脚投票。目前,这种打破纯政府办独家医保经办机构的改革正在某些地方试点,非常有益。

(戴绪霖)

《广州日报》——引入第三方制约 控制医疗成本

目前由于政府财政投入与医院的成本没有挂上钩,导致不少医院将成本转嫁给患者,有了“过度医疗”现象。要避免这种转嫁,首先要理顺价格机制,即让医院配合政府的医疗项目成本核算工作,确定亏损额度,政府才能补贴。

财政补贴其实无可非议,然而这是否一定就能有效遏制“过度医疗”呢?只要院方不会自我消化成本,总会习惯性地转嫁。而且,不少公立医院确已存在市场化的趋势,营利需求往往会带来激励机制,使得医生不由自主地提供“过度医疗”服务。

在多数医疗模式成熟的国家,一般都引入了第三方制约力量以控制医疗费用。这个力量,要么来自全国性的医疗协会,要么来自医保机构等。以

美国为例,由于商业医保机构一般是医疗服务的买单者,所以会有专业组织、人员对医院的医疗服务进行鉴定,确定其服务和费用的合理性,避免“过度医疗”的成本转嫁给自己。

我国也有不少学者建议引入第三方制约力量。比如学者顾昕就建议,让医保机构成为医疗产品的第三方购买者,使得得医疗服务的讨价还价者变成专业的医保机构,而不再是缺乏专业信息和组织力量的普通患者,这样控制“过度医疗”就成为可能。

引入第三方制约力量后,医疗服务的价格机制就可以通过博弈而形成,将医疗服务成本水分挤干,最后政府财政进行针对性补贴,既扶持了公益医疗服务,也可以控制医疗成本,避免“过度医疗”。(肖畅)

