

• 药事管理 •

药师在管理型医疗服务中的作用

季 瑛(武警江苏总队医院 扬州 225003)

摘要 本文着重介绍管理医疗服务的基本概念和药师在管理型医疗服务中的作用。

关键词 药师; 管理型医疗服务

从 1999 年起,我国将推行新的城镇职工医疗保险制度,实行 40 多年的公费医疗和劳保制度将自动取消。医药也将逐步实行分开核算、分开管理的制度,药价的改革将进一步深入。新的城镇职工医疗保险制度将引入个人缴费的筹资机制,个人帐户和社会统筹相结合的用资机制。医疗制度改革的目的是在保障城镇,所有职工基本医疗需求的同时,控制医疗费用的迅速上涨。医疗制度的改革使得病人的费用意识和自我保健意识增强,促使更多的病人从医院走向社会,寻找更多的社区医疗服务,希望从药师那儿获得有关药物治疗的知识,因此医院和药师的服务功能将重新得到调整。药师将面临更多的机遇和更大的挑战。医院和药师,尤其是药师如何适应医疗制度的改革,寻找自己的发展方向是当前面临的一个难题。在这方面,国外管理型医疗服务(managed care)和管理型医疗服务中药师的一些做法为我国药学工作者提供了许多值得借鉴的地方。本文对此作一些介绍和探讨,供大家参考。

1 管理型医疗服务

管理型医疗服务是健康保险业的一部分,通常是指围绕由医生、药师和医院组成的网络制定的各种健康计划。它的特点是向受保人群(如一个公司的雇员)提供医疗服务,而其投保费低于标准的私人健康保险计划。管理贯穿于整个医疗服务网络,其核心是质量和效益^[1,2]。

预付制是管理型医疗服务的基本特征,它代表着医疗改革的方向。管理型医疗服务的代表是卫生维护组织(Health maintenance organizations, HMOs)、点名服务的卫生维护组织

(“point of service”HMOs)和可选医生、医院组织(preferred provider organizations, PPOs)。HMOs 建立预付组织和医学基金项目,人群自愿参加,由固定医护人员为病人提供门诊、预防和住院服务,多余资金医院留用,超支则承担责任。其特点是:不管实际医疗服务使用情况,按加入者人头收费;收入者不能选择医生;供方负有合同性责任,必须确保提供预防、保健、医疗、康复等医疗服务。HMOs 在经营中是有风险的,它通过改变资源配置,改变医生和病人之间纯粹的商品关系来达到费用控制的目的。PPOs 是一种针对 HMOs 的竞争模式。医生对进入 PPOs 组织的病人承诺;同意接受经济谈判,费用可以打折扣。病人如到推荐的医生、医院就医,可以降低自付比例,而到网络外的医生处就诊,自付费用部分就高,病人有选择医生的权力。

2 管理型医疗服务给药师带来的机遇和挑战

管理型医疗服务的一个显著特点是第三方支付方将费用风险转移给医疗服务的提供方,医疗服务提供方的经济效益和收入将取决于医疗服务过程中成本的多少。费用风险的转移将使得医疗服务的提供方在提供医疗服务时,不仅关注医疗服务的质量,同时更关注医疗服务的成本,希望有好的医疗服务的成本效果。为了减少因患病所需的治疗成本,医疗服务提供方将会更加注重卫生保健和疾病预防,因而门诊医疗(ambulatory care)将在卫生服务中占据重要地位。这一卫生服务环境的改变,将使得公共药学和社区药学之间的区别逐渐减少,甚至完全消失。社区药师和医院药师将共同参与家

庭保健计划(home care program)、长期保健计划(long-term care program)、护理保健(nursing-care)。目前美国有60%以上的社区药师属于管理型医疗服务组织,其中比例最高的是连锁药店的药师(达72%),其次是超市药房(达63%),最后是独立药房(达53%)。社区药师的作用是对药物使用进行管理,为病人和管理型医疗服务组织的利益服务^[2]。

角色的转换和改变使得药师的工作量和服务范围大大增加,和病人接触日趋增多,对药师的要求也越来越高^[3]。它要求药师在提供高质量药学服务(如抗菌素使用评价、药物情报、药物治疗控制和药物代谢动力学咨询)的同时尽可能地降低药学服务的费用,使之更加经济合理,药师因而将面临越来越多的压力和挑战。药师不仅要有扎实的药物治疗知识,同时还必须具有丰富的临床经验和技能,只有这样才能满足病人逐渐增长的服务需求和管理型医疗服务的要求。显然药师目前的4~5年的药学基础教育是不够的。药师必须在毕业后不断接受继续教育,拥有临床医学、管理学、心理学、流行病学和经济学等知识,了解医疗制度的改革。

3 药师在管理型医疗服务中的作用

3.1 为病人提供咨询指导,指导病人合理使用药物

药物经济合理的利用被认为是管理型医疗服务的核心利益之一。药师参与医疗服务,为病人用药提供指导,可以提高病人的依从性,减少药物的不良反应,避免药物的不合理使用,进而提高药物的使用效果。由于目前药师在指导药物使用和提供咨询服务方面的作用还未发挥出来,导致产生了一系列问题,如病人的不依从性等。据调查,45岁以上的病人有42%不遵从医嘱,其中29%在处方药物用完之前就停药,14%病人并不按处方拿药,13%的病人按处方拿药但不接受药物治疗。许多患慢性病需要长期服药的病人,服药一段时间后就自行停药。如将近一半的高血压病人在接受抗高血压治疗1年后就停药^[2],其中大部分病人停药是因为不知道需要定期复查,不了解服药的时间长短

以及副作用大小。在老年住院病人中,经调查发现,有28%与药物使用有关,其中11%是因为不依从性而引起,17%是药物的不良反应而引起^[1]。据估计,每年用于处理因不依从性引起的问题的费用高达1000亿美元。

管理型医疗服务组织已意识到药师为病人提供咨询服务的作用,它要求药师在昂贵的住院治疗 and 特殊咨询服务之前,参与病人保健。药师不仅要提供关于药物治疗服务,还要提供病人全面的卫生服务。当病人有关于健康的问题,可以向药师咨询。对药师来说,为病人提供用药指导是其应有的职责。药师在为病人咨询的同时,还促进和病人开展协议用药。一些管理型医疗服务组织要求在使用新药或改变处方用药次序时必须经过病人的同意^[4]。

药师为病人提供用药指导可以显著减少病人的不依从性。Schering 实验室1994年的研究发现,在100名成年高血压受试者中,病人受到药师指导,病人的依从性达到96%;仅受到医生指导,病人的依从性是89%;没有受到用药指导,病人的依从性是77%。而在药师提供用药咨询指导的病人中,80%感到非常满意。

3.2 参与健康教育^[5]

管理型医疗服务计划的根本目标是预防疾病,保证投保者的身体健康。而促进身体健康的关键因素包括免疫力、营养、锻炼和药物治疗。若要达到最大的长期效果,每个因素都应受到咨询教育以及各方的密切关注。由于药师不仅具备基本的临床知识,同时可以提供有关药物不良反应、病人资料、药物信息、门诊病人服务以及疾病控制等方面知识,因而药师是健康宣传和教育的最恰当的职业。

药师在参与管理型医疗服务的健康教育时,不仅对已有的处方进行补充完善,而且对新处方、特殊疾病及其治疗进行咨询指导,同时帮助提供疾病控制管理方法以促进一项卫生服务计划的形成,并把这种协议式服务扩展到整个卫生服务计划之中。

3.3 向医生提供咨询服务

与向病人提供咨询一样,药师在向管理型

医疗服务的医生提供咨询服务方面的作用也变得越来越重要。美国密西西比大学学者在1993年进行的调查发现,有87%受调查药师认为医生依靠他们来提供新药资料,88%药师为医生提供上市药物信息,85%药师为医生提供药物价格,另外有83%药师曾为医生提供选择和使用药物的建议。药师经常参与临床,可以改变医生的用药行为,在达到同样的治疗效果前提下,降低治疗成本。药师和医生之间的紧密配合是病人能得到最佳药物治疗的关键因素。这就需要药师积极参与以保证医生用药准确合理,并使医生了解管理型医疗组织的治疗原则。

Kaiser Permanente (KP)^[4] 是美国的一所非营利性的管理型医疗服务组织,它不仅拥有属于自己的医院,同时也有合同医院。为了向病人提供高质量医疗服务,它派出属于自己的药师到两所合同医院担任查房药师(a rounding pharmacist)。查房药师的任务是为医生和病人提供个体化给药方案和药物服务信息。药师和KP内科医生在合同医院内每周至少需查房4次,该查房措施在1995年开始实施。对医生来说,药师参与临床查房是全新的概念,开始并不适应,同时药师查房要得到合同医院的同意,并要遵守医院的各项规章制度,药师向药学部提供临床治疗的资料复印件,如新药的原始数据等必须经药学部同意。查房药师的职责有:熟悉每个病人的病例和各项检查数据;在治疗方案确定之前,按照质量和成本估计,提出病人的最佳用药方案;改变医生的用药行为;方便病人出院到家中接受治疗;为病人提供快速、及时、准确的药物情报和病人资料;为医生和病人提供个体化建议。查房药师计划的最重要方面是医生和药师形成良好的合作关系。药师可以提供可支持性建议,促进人与人之间的交流,同时也可以从医生那里得到最新的治疗和管理动态,从而最终为医生和病人提供个体化服务。查房药师向病人解释关于药物治疗的知识,向出院病人提供出院后再治疗建议,给医生提供有关新药的资料,药师最将成为医生和病人的“私人药师”。同时,药师参与治疗可以降低医

疗费用。在1995年4月到1996年5月间药师参与治疗提供了1097条建议,其中有99.4%的建议被医生采纳。此项计划共节省523907美元,药师参与治疗节省149907美元(见表1),住院日缩短节省了374000美元。医生和病人对药师参与治疗给予很高的评价。

表1 药师参与治疗14个月节约的费用

药师参与	节约费用(美元)
选择成本效果好的药物	61236
剂量、药物动力学、营养和疼痛管理咨询	59443
停药	20544
修正不合理的用药方案	8684
合计	149907

4 管理型医疗服务给我们的启示

医疗制度的改革和医药分开核算的目的是合理使用有限的卫生资源,保障人民的基本医疗需求,提高人民的生活质量,控制医疗费用的不合理上涨。

医疗制度的改革使患者的费用意识增强,允许患者在多个定点医院就医使得患者更愿意到医疗水平高、治疗费用低的医院就医,或从医院走向药店(房),寻求药师的帮助。

对医院来说,如何适应改革后的新局面,改变医院过去那种“以药养医”的局面,一是在管理上下功夫,努力发掘潜力;二是注重医疗技术水平的提高,为病人提供成本—效果(效益)好的适宜医疗技术(包括药品);三是改变服务观念,应从医院内服务,转向院外的社区医疗服务。

对药师来说,美国的管理型医疗服务中药师的一些做法值得借鉴。首先应注重自身素质的提高,掌握药物治疗和疾病的有关知识;其次应积极参与医疗服务,参与医生的医疗服务过程;三是面向病人,参与病人的健康教育,为病人提供药学保健服务,确保病人的用药质量。

参考文献

- 袁惠章,陈洁. 现代医院管理简明教程. 上海:中国纺织大学出版社. 1996. 219
- Peter M. Penna. Managed care and the Community Pharmacist. American Pharmacy, 1995, 6: 54
- Joseph A. Oddis. Future practice roles in pharmacy. AJHP, 1988, 45: 1306
- Donald K. Yee, John H. Veal, Bo Trinh et. Involvement of

HMO based pharmacists in clinical rounds at contract hospitals. Am J Health-Syst Pharm, 1997, 54: 670

dnator. Am J Health-Syst Pharm, 1997, 54: 1497

(收稿: 1999- 01- 20)

5 Patti R. Hawkins. The pharmacist as a health education coor-

我院抗感染药物用药分析

王彬 顾文华¹ 张国庆 李捷玮 信艳红(第二军医大学东方肝胆外科医院药剂科 上海 200438;¹ 第二军医大学药学院药事管理学教研室 上海 200433)

摘要 目的: 对我院 1998 年各种抗感染药物的使用频度及药品消耗金额进行计算并排序, 分析各药物的临床地位。方法: 以药物限定日剂量(DDD)及消耗金额作为药物利用研究评价的测定单位, 并进行比较。结果: 按 DDDs 排名前 10 位的抗感染药分别为注射用头孢拉定、甲硝唑注射液、庆大霉素注射液、注射用头孢三嗪、头孢拉定胶囊、注射用卡那霉素、头孢氨苄胶囊、氟哌酸胶囊、环丙沙星片和注射用头孢哌酮。另外, 还进行了消耗金额前 10 位的排序, 其中头孢菌素类 6 种, 占抗感染药物消耗金额的 90.95%。结论: 使用频度和消耗金额不成线性关系, 二者较好地结合能指导临床用药。

关键词 抗感染药物; 约定日剂量; 消耗金额

我院为外科专科医院, 抗感染药物是临床应用最广泛的一类药物。分析、评价抗感染药物在临床上的利用情况, 对指导临床合理应用抗感染药物有重要的意义。本文采用世界卫生组织(WHO)提出的约定日剂量(Defined Daily Dose; DDD)分析方法, 对我院 1998 年抗感染药物利用情况进行评价, 并与消耗金额排序进行比较分析。现将 1998 年抗感染药物使用情况综合分析如下。

1 数据来源及处理

1.1 利用“药房计算机管理程序”调用 1998 年西药配方部门药品发放记录。对药品名称、剂量、规格、出库数量、消耗金额进行统计。

1.2 DDD 值: 主要根据 WHO 的 ATC 分类索引(1997), 部分药品参考《新编药理学》(14 版)。

1.3 DDD 数(DDD_s): 每个药品的不同规格均折算成克(g)后求和, 以年度药品消耗总量(g)除以相应药物的 DDD 所得 DDD_s, 即为用药治疗一天的人次。DDD_s 越大, 药物的使用频度越大。

1.4 日用药金额: 以年度药品消耗总金额除以 DDD_s 即得平均每天用药金额。

2 结果

2.1 1998 年我院抗感染药消耗总金额为 6 095 359 元, 占西药消耗总金额的 21.50%。购入抗感染药共 12 类, 33 种, 其中片剂 14 种, 针剂 29 种。各类药物以头孢菌素类金额最大, 占抗感染药物消耗金额的 91.26%, 详见表 1。

2.2 各种抗感染药物按照消耗金额排序, 前 10 位(见表 2)。其中头孢菌素类 6 种, 占抗感染药物消耗金额的 90.95%, 喹诺酮类 2 种, 占 1.13%, 其他 β 内酰胺类 1 种, 占 4.3%, 硝咪唑类 1 种, 占 1.92%。

2.3 各种抗感染药物按照 DDD_s 排序, 前 10 位(见表 3)。其中, 头孢菌素类 5 种, 氨基糖甙类 2 种, 喹诺酮类 2 种, 硝咪唑类 1 种。

表 1 1998 年各类抗感染药物金额消耗统计

排序	类别	消耗金额(元)	构成比(%)
1	头孢菌素类	5 562 772	91.26
2	非典型 β 内酰胺类	262 397	4.30
3	硝咪唑类	117 452	1.93
4	喹诺酮类	114 073	1.87
5	氨基糖甙类	16 331	0.27
6	青霉素类	16 132	0.26
7	抗真菌类	5 770	0.09
8	其他类	432	0.01
	合计	609 5359	100.00