

美国以医疗保险为主导的卫生保健体系介绍

张敬茹^{1,2}, 赵立波^{1*}

(1. 首都医科大学附属北京儿童医院 药学部, 北京 100045; 2. 北京大学药学院 药事管理与临床药理学系, 北京 100191)

【摘要】目的:以美国药师提供者地位的缺失为重点, 介绍美国以医疗保险为主导的卫生保健体系, 进一步为我国卫生保健体系改革和完善提供合理的建议。**方法:**采用文献研究法, 整理近年来国内外相关文献、法案及官方政策, 介绍美国以医疗保险为主导的卫生保健体系的现状, 分析医疗领域社会工作的重要性, 重点总结药师提供者地位缺失的原因和申请提供者地位的重要性, 及其申请的历程和展望, 结合我国实情, 为我国医改提供参考意见。**结果和结论:**美国以医疗保险为主导的卫生保健体系发展完备, 社会工作发展迅速, 但是药师提供者地位的缺失严重阻碍药师服务的可及性和在综合医疗模式中的主动作用, 因而美国药师正努力寻求相关法案的建立和实施。启示我国应积极推动医疗领域社会工作的开展、促进药师的职业作用、建立起相关完善的法律体制, 从而推进我国卫生保健系统的发展和成熟。

【关键词】美国卫生保健体系; 医疗保险; 社会工作; 药师; 提供者地位

【中图分类号】 R978.1

【文献标志码】 A

【文章编号】 1672-3384(2017)12-0065-05

doi:10.3969/j.issn.1672-3384.2017.12.018

Introduction of healthcare system centered on medicare in the United States

ZHANG Jing-ru^{1,2}, ZHAO Li-bo^{1*}

(1. Department of Pharmacy, Beijing Children's Hospital Affiliated to Capital University of Medical Sciences, Beijing 100045, China;

2. Department of Pharmacy Administration and Clinical Pharmacy, Peking University School of Pharmaceutical Sciences, Beijing 100191, China)

【Abstract】Objective: To introduce the American healthcare system centered on medicare, focusing on the absence of provider status of American pharmacists, thus to provide reasonable suggestions for the innovation and improvement of the healthcare system in China. **Methods:** Based on related domestic and foreign literatures, acts and official policies in recent years, literature research was conducted to introduce the present situation of American healthcare system centered on medicare, analyze the importance of social work in the medical field, elucidate the reasons and significance for that American pharmacists are not healthcare providers, as well as summarize the development process and prospect of related legislation. Combined with the reality in China, suggestions were put forward to innovate the healthcare system in China. **Results & Conclusion:** America has a well-established healthcare system and its social work develops rapidly. However, pharmacists are not medicare providers and cannot bill for provided services, which seriously affects the accessibility of pharmacists and their effective role in the team-based care. And American pharmacists are seeking the establishment and implementation of related bills positively. It inspires us that the development of social work in medical field, the promotion of pharmacists' professional role, and a perfect and definite legal system are very important for China to facilitate the development and maturity of healthcare system.

【Key words】 American healthcare system; medicare; social work; pharmacists; provider status

近几十年来, 社会发展日益蓬勃, 经济水平逐渐提高, 科学技术不断进步, 使得人们越来越关注

卫生健康问题, 世界各国也一直在积极推进卫生保健系统的改革。美国的卫生保健服务起步较早、发

〔收稿日期〕 2017-10-09

〔作者简介〕 张敬茹, 药学硕士; 研究方向: 临床药学; Tel:15501122799; E-mail:jrzhang27@163.com

〔通讯作者〕 *赵立波, 博士, 主任药师; 研究方向: 临床药学; Tel: (010)59616379; E-mail:libozhao2011@163.com

展迅速, 历经多次改革, 目前已建立起一套完备、成熟的卫生保健体系。而随着人口趋于老龄化, 与老年人相关的医疗服务的重要性愈加凸显, 主要受众为老年人的医疗保险照顾计划 (medicare) 也成为美国卫生保健体系的核心。相对中国而言, 以医疗保险主导的美国卫生保健体系在法律法规、医疗执业规范、政府引导、服务定位等方面均发展成熟、体系完整^[1]。同时, 美国医疗领域的社会工作也发展较快, 从社会因素角度出发更好的加强了医患沟通和提高了患者的生活质量。然而, 美国药师也一直面临着没有获得医疗保险提供者地位的尴尬境况, 缺乏法律支持使得药师无法获得医疗保险补偿, 从而在多方面限制药师服务的可及性和有效性, 阻碍药师在综合医疗服务模式中发挥作用^[2]。本文旨在通过对美国以医疗保险为主导的卫生保健体系的介绍, 分析医疗领域社会工作的重要性, 总结药师提供者地位缺失的原因和申请提供者地位的重要性, 及其申请的历程和展望, 结合我国实情, 为我国医疗卫生体制改革提供参考意见。

1 美国以医疗保险主导的卫生保健体系

美国卫生保健体系是一个相对较完善、成熟、复杂的社会系统, 主要由医疗教育机构、卫生保健服务提供者、保险公司、付款第三方、医疗用品供应商及有关政府部门组成^[3]。其中教育机构主要指医学院、药学院及相关研究机构; 卫生保健提供者包括医生、护士、医师助理、执业护士助产士、心理学家、临床社会工作者、执业护士麻醉师、言语病理学家、听力学家、注册营养师和物理治疗师等初级卫生保健部门、医疗机构 (不包括药师); 保险公司主要有商业保险公司、公共医疗保险、管理模式保健计划、蓝十字计划、军人保险计划等; 医疗用品供应商包括医药用品公司、生物技术公司、制药企业等; 有关政府部门包括监管部门、公共卫生部门、财政部门, 主要负责决定公共卫生机构的各项开支、制定联邦医疗保险计划及公共医疗补助计划中卫生保健服务的准入标准及补偿比例。

医疗保险制度是美国卫生保健体系的重要组成部分, 主要包括公共医疗保险制度和商业医疗保险制度, 其中医疗保险照顾计划最为重要, 是美国整个卫生保健体系的核心部分。依据《社会保障法修正案》(1965), 1966年7月1日正式实施了医

疗保险照顾计划, 主要针对65岁以上的老年人或者符合一定条件的65岁以下的残疾人以及晚期肾病患者, 主要包括4部分: 住院保险 (part A)、医疗保险 (part B)、差额保险 (part C) 和处方药物保险 (part D)^[4]。住院保险 (part A) 主要用于住院服务等项目, 每个参保人每年可享受90 d的住院治疗 and 100 d的院外服务; 医疗保险 (part B) 主要用来支付医师等属于医疗保险提供者的服务费用, 覆盖项目包括门诊服务、家庭卫生服务、心理健康服务等; 差额保险 (part C) 和处方药物保险 (part D) 属于私人保险^[5], 可自愿选择, 差额保险用于为参保人的医疗服务提供额外的优惠; 处方药物保险由2003年的《医疗保险现代化》法案通过, 可使参保人获得处方药补贴。

以医疗保险主导的美国卫生保健体系在法律法规、医疗执业规范、政府引导、服务定位等方面均发展成熟、体系完整。在法律上, 美国的卫生保健系统拥有良好的法律体制作为保障, 如《社会安全法》、《社会保障法修正案》、《平价医疗法案》等, 2010年还颁布了《卫生保健与教育负担调和法案》, 力争在教育上保证医疗领域的持续发展; 在执业规范上, 为保证卫生保健服务相关职业的高专业性和实践性, 美国在联邦层面上制订了严格的人员培养和执业认定标准; 同时, 美国的卫生保健体系在多次变革的过程中, 得到了政府机构和社会各界的充分重视, 无论是政策上、资金上都给予了大力支持, 发挥了政府良好的引导作用和社会服务定位作用。

2 美国卫生保健体系中的社会工作

自1905年美国麻省总医院成立医疗社会工作部以来, 社会工作在卫生保健体系中的重要性越来越突出。近些年, 美国历届政府的医疗预算经费起起落落、额度不一, 但对社会工作者的经费支持始终保持着增长的趋势, 足见社会工作者在卫生保健体系中的重要性。在现代医疗的综合服务模式下, 医生和社会工作者都属于医疗团队中的成员。医生主要负责医学和临床治疗上的问题, 主要关注患者的生理缺陷和疾病, 采用物理的器械观测、实验室检查和药物进行治疗; 而社会工作者则更加注重于除生理原因外其他导致患者健康问题的社会因素, 了解患者的社会背景, 干预或消除有害的社会因素对患者的影响, 从另一角度为患者健康服务。社会

工作者与医生、药师、护士等其他医疗专业人士共同合作,有利于为患者提供全方位的医疗服务。

随着社会的发展,社会因素对心理的影响越来越受到重视,社会工作得到普及和认可,从公立医院逐渐壮大到私营组织,社会工作出现前期大多是在公立部门中发展,直至1980年后才在私营部门得到快速成长^[6]。目前美国卫生保健领域的社会工作覆盖范围大到综合性医院、卫生部门,小到各个初级卫生保健部门,如门诊诊所、社区卫生中心,甚至是家庭单独小组服务和健康维护组织。

尽管,美国社会工作者以其特殊的服务和作用赢得了自己在卫生保健领域的专业地位,但发展仍需进一步完善,其与医生、药师、护士等其他医疗职业群体的合作关系也有待进一步改善,自身也需要更加专业的培养和实践,才能更好地为患者提供医疗服务作用。

3 美国药师在卫生保健体系中提供者地位的缺失

几十年来,药学专业一直是美国国内第一或第二大受人尊敬的职业。依据美国公共卫生服务统计,药师的可及性使他们成为至关重要的卫生专业人员,从而对公共卫生事业产生影响。然而在美国的卫生保健体系中,药师是极少数没有获得卫生保健提供者地位的职业,而与之相对应的医疗保险制度也仍处于缺失状态^[7]。

3.1 药师提供者地位缺失的原因

美国药师医疗保险提供者地位缺失的主要原因在于《社会安全法案》(Social Security Act, SSA),该法案是国家社会福利的立法法案,在该法案中没有将药师列入医疗保险提供者中,这一疏忽直接导致国家医疗保险不支付由临床药师提供服务产生的费用。只有当药师提供诸如药物治疗管理的处方药物(part D)专业服务或者作为公认糖尿病教育项目的糖尿病教育者提供服务时,才能获得部分保险赔偿^[8]。然而,在这类服务中,其他医疗服务提供者也可以提供此类服务,药师并不是作为唯一的药物治疗专家而获得第三方的补偿。与此同时,大学健康联盟(University Health Association, UHA)等私人和国家保险公司也纷纷认同,认为医疗保险part B部分的缺失是药师提供以患者为中心的治疗服务的医疗保险补偿缺失的原因。

美国药师至今提供者地位仍处于缺失状态还

有来自各方面的原因。一方面,由于美国医疗财政压力较大,越来越多的人申请医疗保险,而医疗财政拨款却没有较大涨幅,入不敷出,更无法进一步为药师提供医疗补偿;同时医疗财政压力也导致竞争关系的出现,其他拥有提供者地位的职业会对新申请加入提供者的职业群体产生反对意见。

另一方面,药师获得提供者地位需要繁荣的社会背景、强大的经济基础和雄厚的教育背景作为支持。目前,美国仅有加利福尼亚、华盛顿和俄勒冈3个州通过法案正式确定药师的提供者地位^[9]。这3个州均位于美国西海岸地区,是美国经济最发达的地区,社会经济强大,财政资源充足,拥有如加州大学旧金山分校等药学教育水平长期居于领先地位的高校,药学教育实力雄厚,为当地药师发展和卫生保健体系的完善奠定了良好的基础。

3.2 美国药师申请提供者地位的重要性

药师在提供者地位上的缺失对美国的卫生保健系统产生了许多不利的影响。在法律体制建设方面,联邦层面上药师提供者地位的缺失严重阻碍了各地方区域药师法的建立,影响当地药师服务的开展;而且影响联邦《平价医疗法案》的实施,阻碍卫生保健系统法律制度的完善。在临床治疗方面,提供者地位的缺失大大降低了患者接受药师服务的可及性,阻碍药师在综合医疗模式中发挥积极主动的作用。

因此,如果美国药师能获得提供者地位,其所提供的服务将被正式纳入医疗保险的覆盖范围,不仅标志着政府和社会在法律层面上承认药师作为卫生保健团队中重要一员的地位,而且将有助于改善治疗结局、增加医疗服务质量和减少医疗花费^[10]。有研究报道,药师在门诊直接提供治疗服务不仅可以减少药物不良反应事件,还能在HbA1c、高血脂和高血压有效控制方面取得显著成效^[11]。还有研究表明^[12-13],住院药师提供的服务可以增强患者的安全性(减少跌倒、不良反应事件和不必要的用药)、提高患者用药依从性并改善治疗结果。同时药师显著减少了患者在住院后30 d内急诊和住院的次数,这些都证实了药师在住院治疗中所扮演的角色也同样引人注目。

药师获得提供者地位,还有助于减少医疗成本。Isetts B J等^[14]研究表明,药师作为提供者提供服

务,可以显著减少总卫生费用支出,从每人 11 965 美元降至 8 197 美元,投资回报为 12:1。而在对 1 016 家医院进行分析后发现^[15],住院药师提供的服务具有很高的成本效益,大大降低了药物使用评价、药物信息、药物反应监测、药物共识的开发、医疗组的治疗舍入和药物史 6 种服务的成本。虽然药物费用有时会随着药师的治疗而增加,但是由于疾病管理的改善,治疗的总费用也会降低。因此,药师服务应作为医疗福利而获得医疗保险的补偿。

同时,医疗资源的短缺也成为药师申请获得提供者地位的重要因素。随着社会经济发展,人口趋于老龄化,越多越多的人成为医疗保险制度受益人,慢性病患者也快速增多,《平价医疗法案》又扩大了医保覆盖范围,使得现在的医疗资源面临短缺。此外,高标准高水平的医生培养体系无法满足社会对于医生急速增多的需求,医生短缺将使医疗资源面临更加匮乏的状态。预计到 2025 年,初级医疗保健将缺少 14 900 到 35 600 名医生;如果目前医疗服务水平不高的人群使用与其他人群相同的医疗保健服务,到 2024 年将需要额外的 96 000 名医生^[16]。因此,如果药师可以获得提供者地位,补偿环境发生改变,就能充分发挥其在临床治疗中的作用,更充分地满足患者的需要,从而在很大程度上改善医疗资源的短缺情况。

3.3 美国药师申请提供者地位的历史与展望

近年来,美国药师一直不断为申请医疗保险提供者地位而进行努力。早在 2001 年,就出现了第一个为申请提供者地位的法案;在之后 2002 年到 2010 年,又陆续制订了 5 部相关法案,但是这六部法案都没有得到通过。2003 年通过了《医疗保险现代化法》,自 2006 年 1 月 1 日起执行,规定可为参加 part A、B 部分的受益人提供 part D 部分处方药物补贴,但没有规定明确的补偿方式;2010 年 3 月,奥巴马提出的《平价医疗法案》获得通过,该法案定义了治疗药物管理(medication therapy management, MTM),成立了 MTM 补助项目,建立了联邦医疗保险和医疗补助创新中心,并且制订了以价值导向的新医疗支付模式。2014 年 1 月患者获得药师治疗联盟(Patient Access to Pharmacists' Care Coalition, PAPCC)成立。这是一个由患者、药师、药房和其他感兴趣的利益相关方组成的组织。在 2014 年起草了 H.R.4190 法案,并在 2015 年促成

了 H.R.592 和 S.314 的重新引入^[17]。

2015 年,《药房和医疗服务不足地区加强法》(H.R.592 and S.109)建议为医疗服务不足地区的患者提供医疗服务,通过增加早期干预的机会来发展具有成本效益的卫生保健系统,并且在 part B 中承认药师的卫生保健提供者地位,将药师服务纳入医疗保险范围,引起美国药师界广泛重视,并且在近两年得到两党的大力支持^[17]。

未来,美国药师及各个药师协会、联盟希望能寻求到更多的法案和共同提案人的支持。一方面要向决策者提供科学有力的证据,证明药师的重要作用和经济效益;另一方面要团结其他医疗职业团体,积极开展专业间的协调合作,为提高医疗质量而共同努力,以获得更多的认可。同时,不断寻找更多支付医疗成本的途径,并充分利用药师整个职业的发展热情和能力,积极参与推动立法进程中,争取尽早实现药师的医疗保险提供者地位。

4 对我国的启示

目前,世界各国都在积极推进卫生保健系统的改革,完善医疗保险制度是普遍关注的改革重点工作。纵观我国近些年改革内容,医疗改革是一直是改革重点,并在 2017 年 4 月 8 日正式实施了《北京市医药分开综合改革实施方案》,但我国的卫生保健体系和医疗保险制度仍需完善,其中在医疗领域的社会工作和药师工作尚需进一步发展。

美国以医疗保险为主导的卫生保健体系是一个发展成熟完善的系统,其医疗领域社会工作的进步和药师在提供者地位上的缺失都为我国卫生医疗系统的改善提供参考和借鉴。首先,要认识到我国卫生保健领域发展和加强社会工作的必要性。社会工作者可以评估患者的心理因素和环境因素,鼓励患者进行治疗、帮助家属配合治疗,作为医护人员与患者之间的沟通桥梁,同时可以参与制定政策、社会研究活动,从多方面提高患者就医质量。目前我国卫生领域的社会工作处于起步阶段,只有一些大医院提供较少的社会工作服务,如心理咨询服务服务,尚需更多的重视和更大的力度来发展社会工作。其次,重点关注药师培养认定和职业发展。目前我国药师在卫生保健系统中地位较低、发展较难,为促进药师职业发展和发挥价值,借鉴美国 PAPCC 成立为药师发展带来的进步作用,在原有鼓励成立

国家和地区药师协会的基础上,积极促进成立代表患者和药师利益的共同联盟组织,同时我国药师应该积极争取政府领导、其他医疗职业团体、患者以及相关利益者等社会各界的普遍支持和认可,让越来越多的人了解药师行业、支持药师的发展。并通过促进医院、高校药学院与药师协会之间的合作,鼓励更多的高校培养优秀的药师人才,提高药师队伍的知识技能水平,积极开展以患者为中心的临床药学服务工作,切实保障临床用药安全、合理,更好地发挥药师在临床治疗中的作用。最后,美国卫生保健体系的成熟经验启示我国,应建立一套明确、完备的法律体制,以保障卫生保健体系的不断发展和完善。同时,可效仿美国加州地区药师申请提供者地位法案和《北京市医药分开综合改革实施方案》的发布与实施,在国内选择合适的地区进行相关实践,不断根据实践情况进行修改和完善,逐渐推广实施。

借鉴美国的经验和不足,结合我国实际情况,应不断推动医疗领域社会工作的开展、促进药师的职业发展、建立起相关完善的法律体制,从而积极推进我国卫生保健系统的改革和成熟,提高国民的健康质量。

【参考文献】

- [1] 张瑞. 美国的卫生保健服务体系建构及其启示[J]. 理论探索, 2012(6):95-99.
- [2] Saseen J J, Ripley T L, Bondi D, et al. ACCP Clinical Pharmacist Competencies[J]. Pharmacotherapy, 2017, 37(5):630-636.
- [3] Shi L Y, Douglas A S. Delivering healthcare in American: a system approach[M]. 3rd ed. Sudbury: Jones and Bartlett Publishers, 2004: 1-33.
- [4] 袁伟. 美国医疗保险制度考察报告[J]. 中国医疗保险, 2015(10):68-71.
- [5] 何佳馨. 美国医疗保险照顾计划及其对我国的启示[J]. 现代法学, 2011,33(6):161-169.
- [6] 周勇. 美国卫生保健领域社会工作及对中国的启示[J]. 社会科学辑刊, 2010(4):58-62.
- [7] White C M. Pharmacists need recognition as providers to enhance patient care[J]. Ann Pharmacother, 2014,48(2):268-273.
- [8] Mnatzaganian C L, Rupp V, Ma C. The Daniel K. Inouye College of Pharmacy Scripts: provider status for pharmacists: why it matters for other healthcare providers[J]. Hawaii J Med Public Health, 2015,74(9):319-321.
- [9] 李佳朋, 刘阳, 赵立波. 美国药师申请“卫生保健提供者地位”的介绍及对我国临床药师法律制度建设的启示[J]. 中国药房, 2016, 27(19):2596-2598.
- [10] Craig D S. The pharmacists' role in patient-provider pain management treatment agreements[J]. J Pharm Pract, 2012, 25(5):510-516.
- [11] Chisholm-Burns M A, Kim L J, Spivey C A, et al. US pharmacists' effect as team members on patient care: systematic review and meta-analyses[J]. Med Care, 2010, 48(10):923-933.
- [12] Shekelle P G, Wachter R M, Pronovost P J, et al. Making healthcare safer II: an updated critical analysis of the evidence for patient safety practices[J]. Evid Rep Technol Assess (Full Rep), 2013(211):1-945.
- [13] Lee J K, Slack M K, Martin J, et al. Geriatric patient care by U.S. pharmacists in healthcare teams: systematic review and meta-analyses[J]. J Am Geriatr Soc, 2013, 61(7):1119-1127.
- [14] 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):203-211.
- [15] Bond C A, Raehl C L, Franke T. Clinical pharmacy services, pharmacy staffing, and the total cost of care in United States hospitals[J]. Pharmacotherapy, 2000, 20(6):609-621.
- [16] Petterson S M, Liaw W R, Phillips R L, et al. projecting US primary care physician workforce needs: 2010—2025[J]. Ann Fam Med, 2012, 10(6):503-509.
- [17] Harper P C. Pharmacist provider status legislation: projections and prospects[J]. J Am Pharm Assoc (2003), 2015, 55(2):203-207.