

澳大利亚患者如何支付药品费用

万莉莉(译)¹ 贾立明(校)² 熊学敏(校)³

(1 江西省药物研究所 南昌 330029; 2 江西省卫生和计划生育委员会 南昌 330046;
3 江西省中医药研究院 南昌 330046)

关键词: 澳大利亚; 药品福利计划; 患者支付费用

中图分类号: R95

文献标识码: B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2014.08.059

药品福利计划 (Pharmaceutical Benefits Scheme, 简称 PBS) 是澳大利亚联邦政府国家药物政策的重要组成部分, 是对大多数处方药品费用进行补助的一项制度。该计划自 1948 年起实施, 目的是提供质量可靠、价格可负担、可获得的种类繁多的必需药品。所有澳大利亚居民和符合条件的外国来访者, 即来自与澳大利亚签署了医疗保健互惠协议的国家的人们, 包括英国、爱尔兰、新西兰、马尔他、意大利、瑞典、荷兰、芬兰、挪威、比利时和斯洛文尼亚, 均可享受药品福利。

药品福利计划中的目录列出了所有通过 PBS 可获得的药品, 以及说明了药品补助的相关政策。该目录由澳大利亚卫生部负责每月更新一次(每月首日生效)。因此, 对于 PBS 处方权者和药剂师, 保持更新有关哪些药品列入目录, 哪些药品未列入目录, 哪些 PBS 处方权者可以开出特定药品, 开出的药品是否符合限定条件, 以及患者应该支付多少费用等方面的信息, 这是至关重要的。

PBS 受益者有两种, 一是普通患者, 仅持有医疗卡; 二是优惠患者, 除持有医疗卡外, 还持有以下几种优惠卡之一:

- 领养老金者优惠卡;
- 联邦老年人医疗卡;
- 健康保健卡;
- 适用所有情况的退伍军人医疗卡(金卡)——符合退伍军人药品福利计划 (简称 RPBS) 的优惠患者;
- 适用特定情况的退伍军人医疗卡(银卡)——仅作为可以开出 RPBS 处方药品的优惠患者, 除非他们获得福利署特别授权, 否则只享受普通患者待遇;
- 退伍军人药品福利卡(橙卡)——符合退伍军人药品福利计划的优惠患者;
- 安全网优惠卡或安全网会员卡——由社会服务部发行。

除南澳大利亚州(当地退伍军人被作为普通患者对待)和新南威尔士州(当地退伍军人银卡持有者

被作为普通患者对待)外, 退伍军人在所有州和地区的公立医院均可享受优惠待遇。

根据医疗保健互惠协议的有关规定, 来自互惠国的来访者可以享受澳大利亚普通患者待遇, 但不享受优惠待遇。为获得药品福利, 这些来访者需要出示临时医疗卡 and 他们的护照。

根据 PBS 有关规定, 支付药房每项福利药品的最高费用, 对于普通患者是 36.9 澳元, 对于优惠患者是 6 澳元, 包括患者支付的所有合理的特殊费用, 选择药物品牌或药物种类产生的额外费用。普通患者已达到安全网限定值时可以优惠折扣获得药品福利, 包括患者支付的所有合理的特殊费用, 选择药物品牌或药物种类产生的额外费用。持有安全网会员卡的患者可以免费获得 PBS 药品, 但不包括患者支付的所有合理的特殊费用, 选择药物品牌或药物种类产生的额外费用。

在澳大利亚大多数地区的公立医院, 门诊普通患者的支付费用为 29.5 澳元。但昆士兰州以及参与药品改革的医院除外, 那里的患者对于列入目录的药品需要支付安全网成员价格, 对于未列入目录的药品则需要全额支付药品总费用。公立医院药品改革使得参与此项改革的公立医院能够为门诊患者和出院患者开具处方并提供 PBS 药品。很多化疗药品对于住院或非住院的化疗患者也是可获得的。

所有公立医院优惠患者需要支付的费用等于优惠折扣后的药品总费用。提供给患者的药品福利是免收商品服务税的。收取患者获得 PBS 药品的费用中不包括商品服务税。患者需要支付合理产生的所有额外费用, 否则药剂师有权拒绝提供药品。患者费用支付比率随通货膨胀率于每年 1 月 1 日进行同步调整。

当供应商不以基准价格提供药品时, 患者需要对每项药品福利支付特殊费用。更高定价的福利产生的所有额外费用由患者支付, 包括普通患者支付费用在内。根据选择品牌加价规定, 给药剂师的补贴是基于品牌定价最低的药品。选择更高定价品牌的

药品产生的所有额外费用由患者支付,包括普通患者支付费用在内。根据选择药物种类加价规定,给药剂师的补贴是基于在确认的治疗组中定价最低的福利药品。更高定价的福利药品产生的所有额外费用由患者支付,包括普通患者支付费用在内。患者支付的特殊费用,选择药物品牌和药物种类的加价对于最大用量同样适用。当一个用量小于或大于最大用量,同时使用标准定价规则时,加价产生的额外费用将是影响最大用量的因素之一。

某些公立医院对于 PBS 处方药品另有规定。为了在这些规定下获得药品福利,患者必须在参与药品改革的公立医院就诊,或必须是出院病人或非住院病人。只有提供药物诊疗的执业医师、提供助产术治疗的助产士、提供专业护理的执业护师可以在参与药品改革的公立医院开出 PBS 补助的药品。维多利亚州、昆士兰州、南澳大利亚州、塔斯马尼亚地

区和北澳大利亚州都有此类规定。

处方权者开出了一张有关用量大于最大用药限量的 PBS 权威处方,患者应该支付每次提供超出最大用量所产生的额外费用。

药剂师被允许同时提供每项福利药品及其所有重复用量。对于 PBS 的处方药品,药剂师为提供首次和每次重复用量组成的总用量可以向普通患者收取额外费用(包括患者支付的所有合理的特殊费用,选择药物品牌或药物种类产生的额外费用,以在总用量中提供首次和每次重复用量)。

如果药剂师在非正常营业时间提供 PBS 药品,那么可以收取额外费用。这笔费用由患者支付,且不计入安全网内。

药房配发福利药品会产生额外的费用,这笔费用也不计入安全网内。

来源:江西省卫计委药政处提供(www.pbs.gov.au)

(上接第 39 页)炎、纵隔淋巴结、结核性心包炎、结核性脑膜炎;而对照组最为常见的为结核性胸膜炎、结核性脑膜炎、纵隔淋巴结。见表 1。

表 1 两组临床特征比较 例												
组别	n	性别		临床表现					肺外结核		并发症	
		男	女	咳嗽	发热	咯痰	消瘦	胸痛	有	无	有	无
研究组	70	45	25	50*	58 [#]	40	60 [#]	58 [#]	50 [#]	20	70 [#]	0
对照组	72	45	27	65	30	45	37	38	26	46	47	25

注:与对照组相比,*P<0.05, [#]P<0.01。

2.2 两组影像学检查结果比较 两组经胸部 CT 检查提示,研究组粟粒样病变 38 例,明显高于对照组的 24 例(P<0.05)。研究组浸润改变 35 例,对照组 40 例(P>0.05)。研究组伴有空洞形成 25 例,明显低于对照组的 53 例(P<0.01)。而从病变范围方面来看,研究组两肺病变 60 例,单侧病变 10 例;对照组两肺变病 40 例,单侧病变 32 例;两组对比差异具有统计学意义(P<0.05)。

2.3 两组治疗效果比较 经 6 个月治疗后,研究组肺部 CT 改善率低于对照组(P<0.01);研究组痰涂片(+)多于对照组(P<0.01);两组死亡例数对比无明显差异(P>0.05)。见表 2。

表 2 两组治疗效果比较 例(%)				
组别	n	肺部 CT 提示改善	痰涂片(+)	死亡
研究组	70	45(64.28)*	18(25.71)*	1(1.43)
对照组	72	65(90.28)	6(8.33)	0(0.00)

注:与对照组相比,*P<0.01。

3 讨论

AIDS 合并 TB 患者因临床表现不明显,且免疫功能降低,这使 TB 失去了相应的特征表现。本文研究结果可见,研究组表现为发热、消瘦、胸痛的例数明显多于对照组,而对照组咳嗽的例数多于研究组;

研究组由于严重的免疫功能减退可使结核菌向外散播,所以其并发症及肺外结核的发生率明显高于对照组。研究组 CT 表现不具有典型性,多见于肺间质性浸润、播散性浸润性病变,感染进展后可增加中下部病变,胸腔积液、空洞形成,纵隔淋巴结肿大、心包积液等。通过抗 AIDS 治疗后,因免疫系统重建,其短期内病灶无明显改善或见增大,边缘模糊严重。但经有效的抗 TB 治疗后,病灶可逐渐减小。因此,治疗初期病灶扩大不应提示为疗效不佳,而应视作有效治疗的标志,临床中应加以注意^[1]。本文研究结果显示,研究组治疗 6 个月后,肺部 CT 提示的改善率为 64.28%,痰涂片转阴率为 74.28%,死亡率为 1.43%;对照组分别为 90.28%、91.67%、0.00%,两组均取得了较好的治疗效果。结果可见,针对 HIV/AIDS 患者应积极采取抗病毒治疗及抗结核治疗。

总之,HIV/AIDS 合并 TB 的发生率较高,临床表现不具备典型性,但其肺部 CT 可提示病灶具有多形态表现,痰检查抗酸杆菌阳性比率较低,抗病毒及抗结核治疗均能取得较好疗效。临床诊疗时,应结合患者个体情况,及时诊断,早期治疗,以此保证患者的治疗效果,降低死亡率。

参考文献

[1]陆霓虹,杨蓁,邓常文,等.HIV/AIDS 合并肺结核与单纯肺结核患者临床特征分析[J].昆明医学院学报,2012,33(2):140-143
[2]陆霓虹,汪亚玲,杨蓁,等.艾滋病并肺结核患者与单纯性肺结核患者免疫功能变化的临床意义 [J]. 昆明医科大学学报,2013,34(1): 153-155
[3]谢正平,戴峰.AIDS 合并粟粒型肺结核的 HRCT 表现与 CD4+T 细胞相关性分析[J].放射学实践,2013,28(2):150-153

(收稿日期: 2014-04-24)