

从美国医师、医院、医保机构的制约关系探讨我国医药费用控制

宗毛毛*, 尤晓敏, 赵 瑞, 袁 丽, 杨 悦*(沈阳药科大学工商管理学院, 沈阳 110016)

中图分类号 R95 文献标志码 A 文章编号 1001-0408(2016)16-2172-05

DOI 10.6039/j.issn.1001-0408.2016.16.04

摘要 目的:为我国医药费用的控制提供参考。方法:运用信息不对称与委托代理、弗里德曼的消费理论,结合美国医疗卫生服务体系的主要特点,分析美国医师、医院、医保机构三者之间均衡的制约关系在控制医药费用和提高诊疗质量方面的优势;同时比较我国与美国在医药费用增长率、药占比等方面的差异,论证上述制约关系对医药费用控制的作用。结果与结论:美国的医疗服务实行分级诊疗与双向转诊制度、盈利性医院与非盈利性医院相互补充、不同性质的医保体系并存、实行不同的付费方式、实行严格的商业贿赂监管制度,其医师、医院、医保机构三者之间形成的是一种相互制约的均衡关系。其不仅在理论上存在诸多优势,在实际控制费用增长率、药占比等方面也优于我国,在一定程度上控制了医疗费用的快速增长。结合我国国情,有必要借鉴美国的经验,从降低信息不对称与规范支付审核、建立科学的混合型支付方式、加强医保机构对医师和医院的间接影响等方面,构建我国医师、医院、医保机构三者之间的均衡制约关系,从而有效控制我国医药费用的增长。

关键词 医师;医院;医保机构;制约关系;医药费用;美国

Discussion on Medical Costs Control in China from the Perspective of the Relationship among Doctors, Hospitals and Health Insurance Institutions in the United States

ZONG Maomao, YOU Xiaomin, ZHAO Rui, YUAN Li, YANG Yue (College of Business Administration, Shenyang Pharmaceutical University, Shenyang 110016, China)

ABSTRACT OBJECTIVE: To provide reference for medical costs control in China. METHODS: Based on main characteristics of the United States health service system, information asymmetry, principal-agent theory and Freedman's consumption theory were used to analyze the advantages of restrictive relationship among doctors, hospitals and health insurance institutions in controlling medical costs and improving the quality of diagnosis and treatment. The growth rate of medical cost, the percentage of drug expenditure and other aspects were compared between China and the United States; the effect of restrictive relationship on medical cost control was demonstrated. RESULTS & CONCLUSIONS: In the United States, there are hierarchical medical system and two-way referral system; for-profit hospitals and non-profit hospitals are mutually complementary; different natures of health insurance system, different payment methods and strict "commercial bribe" monitoring system are carried out; doctors, hospitals and health insurance restrict each other. Not only there are many advantages in theory, but also in practice the growth rate of medical cost and the percentage of drug expenditure are superior to our country. Finally it controls the rapid growth of medical cost to a certain extent. Combined with our national conditions, learning from the United States experience, restrictive relationship among doctors, hospitals and health insurance institutions is established to control the increase of medical cost in China through reducing information asymmetry and standardizing payment audit; establishing a scientific pattern of mixed payment; strengthening the indirect impact of the health insurance institutions on doctors and hospitals, etc.

KEYWORDS Doctor; Hospital; Health insurance institution; Restrictive relationship; Medical cost; United States

近年来,医疗与教育、就业、收入分配等成为我国居民最为关注的民生问题。2007—2012年,我国人均卫生总费用平均增长率达到了18.7%^[1],而同期美国仅为1.4%^[2],我国以高于美国10倍的速度在增长。“药价虚高”“看病难、看病贵”一时间成了我国医疗现状的代名词,医疗领域出现了卫生费用超速增长的难题。随着我国大力推行全民医保以及一系列新医改政策,医疗问题在一定程度上得到了缓解,如医保覆盖率于2011年达到了95%^[3],基本药物目录扩增至520个品种^[4],医保报销范围不断扩大,基本实现了“病有所医”。但我国的医疗体制仍存在一些缺陷,如在医师、医院、医保机构的关系中,医保机构的作用被弱化,三者之间未形成均衡的制约关系,进而

导致医师、医院与医保机构利益对立^[5]。而美国早在20世纪90年代初就开始实行管控型医保,三者之间形成的是相对均衡的制约关系,并取得了一定成效^[6]。本文拟运用信息不对称与委托代理、弗里德曼的消费理论,在分析医师、医院、医保机构三者之间关系的基础上,结合美国医疗卫生服务体系的主要特点,分析美国医师、医院、医保机构三者之间的均衡制约关系在控制医药费用和提高诊疗质量方面的优势,并比较我国与美国在医药费用增长率、药费占比等方面的差异,论证上述制约关系对医药费用控制的作用,为控制我国医药费用增长提供参考。

1 医师、医院、医保机构与患者的关系分析

医疗卫生领域有其自身的特殊性,医师与患者、医保机构与医疗服务供给方(医师、医院)是委托代理关系,医疗消费往往是医师花患者的钱诊治患者的疾病。医师、医院、医保机构之间存在多重博弈,现首先从理论上探讨导致我国医药费用

* 硕士研究生。研究方向:药事管理与法规。电话:024-23986372。E-mail:waner2016@126.com

通信作者:教授。研究方向:药事管理与法规。电话:024-23986372。E-mail:yyue315@126.com

过快增长的根源。

1.1 信息不对称与委托代理关系

医师、医院、医保机构与患者之间存在双重委托代理关系,如何在信息不对称的前提下统一各自的目标,是医疗卫生领域需要解决的核心问题^[7]。在医疗服务交易过程中,供给方由于拥有专业知识和经验,对患者的病情、诊疗方法、风险等都有比较全面的了解,而患者往往缺乏这方面的相关知识,难以对医疗服务优劣作出正确判断,由此造成供求双方信息严重不对称。双方当事人一方具有相对优势,代表另一方行使决策权,由此形成委托代理关系。信息不对称是形成该种关系的根源,在信息不对称的条件下委托方过度依赖代理方的决策,而双方追求的利益目标不一致,患者追求治疗效果和成本,医师更多追求自身收益,可能会导致供给方诱导需求,表现为“大处方”“大检查”等过度医疗现象。

同样,医保机构和医师、医院之间也存在信息不对称,医保机构对患者病情的严重程度、治疗方案、治疗时间等也不是很明确,只能委托给定点医疗服务机构的医师,由医师代表医保机构进行决策。在一定意义上,医保机构相当于委托方,医师、医院相当于受委托方,即代理人。在双方的利益目标中,双方都追求自身利益最大化,医保机构更多关注治疗成本,医师则更关心何种治疗能够给自身带来最大收益。由此导致了医师开高价药、医师和患者联合骗取医保机构保费等现象的发生。

1.2 弗里德曼的消费理论

诺贝尔经济学奖得主弗里德曼在《自由选择》一书中提出了其消费理论,并采用矩阵形式对消费者的行为模式进行了对比分析,从节约和效果两个层面将消费者的行为模式分为4种类型。通过矩阵可见,I类最节约成本,也最讲求效果。而在医疗卫生领域,则经常表现为II、IV两种类型。由于医保机构报销大部分医药费用,患者相当于花医保机构的钱做自己的事,即II类;医师属于花医保机构和患者的钱做患者的事,即IV类。这两种类型的共同特点是会造成资源浪费,在医疗卫生领域表现为“大处方”“大检查”“高价药”等现象,最终导致医药费用快速增长。因此,如何将消费模式转换为I类,是降低医药费用的关键。花钱消费的理论矩阵见表1。

表1 花钱消费的理论矩阵

Tab 1 The matrix of consumption theory

项目	花自己的钱	花别人的钱
办自己的事	I:既讲节约,又讲效果	II:不讲节约,只讲效果
办别人的事	III:只讲节约,不讲效果	IV:不讲节约,不讲效果

1.3 医师、医院、医保机构三者之间的博弈关系

医师、医院、医保机构三者之间存在多重博弈,本应形成相互制约的均衡关系。但在我国,医保机构作用被弱化,费用支付缺乏必要的审核流程,处方监管不到位^[8],在医师、医院收益几乎只与患者治疗费用额度挂钩的情况下,直接影响到了医保机构和医师、医院之间的博弈。如果将博弈划分为质量和数量2个维度(质量维度主要指治疗成本、治愈率等;数量维度主要指收治患者数量、治疗费用总额等),对医保机构而言,治疗成本越低越为其节省费用,其收益越大,即医保机构更关注质量维度;对医师、医院而言,其收益更多来源于收治患者的治疗费用总额,费用额度越大,其收益越大,即医师、医院更多关注数量维度。医保机构与医师或医院博弈收益矩阵见表

2(假设所有患者都有医保)。

表2 医保机构与医师或医院博弈收益矩阵

Tab 2 Pay-off matrix based on the game between health insurance institutions and doctors or hospitals

主体	项目	医师或医院	
		数量	质量
医保机构	数量	(1,3)	(1,1)
	质量	(3,3)	(3,1)

根据博弈规则,对不同主体、不同维度的收益进行赋值。如对医保机构而言,其选择质量维度的收益为3,选择数量维度的收益为1。博弈中,各博弈主体都会选择自身利益最大化,最终达到纳什均衡。从表2可以看出,在现有的博弈规则下,纳什均衡是(3,3),即医师或医院更关注数量维度,在委托代理关系下,必然导致医疗质量下降。因此,没有合理的博弈规则,必然导致医药费用快速增长。

2 美国医疗卫生服务体系的主要特点

2.1 实行分级诊疗与双向转诊制度

美国实行分级诊疗与双向转诊制度。患者在就诊时,一般需要先预约自己与医保机构签约时选择的初级医疗保健医师(旧称全科医师,PCP),经PCP诊断需要转诊的,将由社区医院(基层医疗服务机构)转到专科医院。如果在专科医院确诊需要治疗,治疗后病情好转无需住院的,则会再转回社区医院。这一制度能够有效地使不同病情和严重程度的患者得到恰当的治疗。根据美国医院协会(AHA)2014年的统计表明,在其5 723家医院中大约有2/3是社区医院,这些社区医院由社区管理并对社区承担义务^[9]。2012年,美国社区医院的总医疗费用占其国内生产总值(GDP)的15.4%,占全国总医疗费用的89.3%^[10]。可见,社区医院承担了其医疗工作的绝大部分责任,起到了真正意义上的“守门人”作用。

2.2 盈利性医院与非盈利性医院相互补充

是否以盈利为目的美国医院类别划分的最显著标准。美国盈利性医院与非盈利性医院区分明确、分工合作,共同承担医疗工作。据AHA于2015年的报告显示,美国非营利性医院和政府设立的医院分别占51%和22%,而盈利性医院不足30%^[9]。非盈利性医院可享受丰厚的税收优惠,如企业所得税和财产税的豁免等。据美国政府问责办公室统计,2012年总共为非营利性医院免除了161亿美元的税款。与此相对应,非盈利性医院至少要为患者提供其净收益5%的免费服务和社区福利^[11],还要提供收益低、成本高的医疗服务项目;而盈利性医院可自由选择医疗服务项目^[12]。

2.3 不同性质的医保体系并存

美国医疗卫生服务体系主要包括私营性质的医保(即商业保险)、社会医保和政府福利性医保。商业保险有健康维护者组织(HMO),其特点是保费、共付率、灵活度均较低。HMO与卫生保健专业人员、医疗机构签订协议,建立网络体系(该体系提供与HMO合作的医师名单和医院名单),投保人需根据HMO提供的医师名单选择一名医师作为自己的PCP。投保人在就医时,必须预约自己的PCP;需要转诊的,必须有PCP的转诊证明才能看专科医师。HMO不支付投保人在体系外的医师或医院花费的非急诊费用。投保人就医时,只能看指定的医师、到指定的医院,否则HMO不予支付费用。除此之外,商业保险还包括优先提供者组织和定点服务计划。社会

医保包括工伤保险和联邦医保。政府福利性医保由联邦、州和地方政府共同举办和承担。

2.4 实行不同的付费方式

美国实行按人头付费与按病种(DRGs)付费相结合的费用方式。针对PCP或初级诊疗,实行按人头付费制^[13],每个PCP的月收益(W)计算公式为: $W=P \times N - C$ 。其中, P 为医保机构规定的对每位投保人的月支付金额; N 为PCP负责的与该医保机构签约的投保人个数; C 为PCP在该月为所负责投保人花费的总诊疗费用。所以,PCP极为重视对患者疾病的预防,目的在于减少其患病次数,由此降低医疗成本。针对住院患者实行DRGs付费制,美国于2015年10月1日开始实行国际疾病分类(ICD)-10编码,该编码是对患者病情和身体状况的描述^[14]。在这一过程中,专科医师为患者提供的医疗服务采用当前操作术语(CPT)代码描述,医保机构在审核患者的治疗方案时,会将ICD和CPT进行匹配,如某患者的ICD-9编码为826.0,就意味着该患者的病情是脚趾骨骨折,而CPT代码是31256,为鼻腔、鼻窦内窥镜检查,显然不匹配,于是医保机构将拒绝支付这一账单^[15]。联邦医保中心(CMS)每年按照财政预算,依据各地区的消费水平为每个CPT代码设定相应的费率,医保机构和患者按照费率支付给医院和医师,与实际治疗成本无关。对医师、医院而言,既定病种医保和患者给费用固定,想要获取利益就必须更加关注成本和治疗效果。

2.5 制定有严格的商业贿赂监管制度

美国还制订有一套严格的商业贿赂监管体制。早在1972年出台的《联邦反回扣法案》就明确规定,任何人蓄意收取或支付财物以影响联邦医保机构转诊程序的,最高将被判处5年有期徒刑,刑事罚金高达25 000美元,行政罚金高达50 000美元,并将永远被剔除出任何联邦医保机构计划^[16],这种处罚实际上意味着医师职业生涯的终结。

3 美国医院、医师、医保机构三者之间的关系

3.1 医师和医院之间是一种雇佣关系

在美国,其医师和医院之间是一种混合型雇佣关系,既存在自由行医者也存在受雇于医院的医师。根据美国Medscape(专门针对医药领域进行调查研究的官方机构)2015年的报告显示,2014年有63%的医师受雇于医院,仍存在37%的医师为自由职业者^[17]。这表明在一定程度上,医师对医院的依赖程度较低,自由决策度较高。

3.2 三者费用支付方面相互制约

在美国,医师和医院共同为患者提供医疗服务,患者和医保机构按照各自应付的份额交付给医院和自由行医的医师,医院再将所得部分按约定支付给受雇的医师。医院代表受雇医师与医保机构谈判,医保机构按照该医院以往的诊疗质量、成本、效率等给予医院优惠。医师也以团体形式与医保机构就报酬和工作地点进行谈判,投保人只能选择与该医保机构签约的医师作为自己的PCP。医保机构每年均会对签约医师和医院进行评估,信用级别较低的医师将很难再与医保机构签约。美国医疗服务与费用支付关系见图1。

3.3 三者资金监管方面为签约关系

在美国,其医院、医师、医保机构在资金、监管、签约关系方面相互牵制,资金由投保人流向医保机构再到医院和医师;监管中医保机构起到最主要的作用,特别是在医师处方审核和费用支付审核方面,这在一定程度上减少了“大处方”现象;

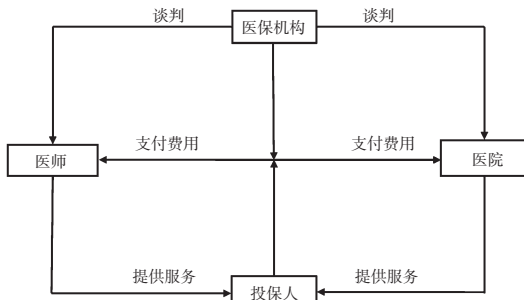


图1 美国医疗服务与费用支付关系

Fig 1 The relationship of medical services with payment in the United States

三方中几乎两两之间都存在签约关系,因为签约关系在美国发挥着至关重要的作用。首先,投保人选择自己的医保机构并为之签约,投保人就医时只能接受与该医保机构签约的医师和医院提供的医疗服务。就医院而言,想要收治更多的患者就必须提高治疗质量、降低治疗成本,才能与更多的医保机构签约;就医师而言,也必须保证治愈率、节约成本才能与更多的医保机构签约;就医保机构而言,只有扩大报销范围和提高报销比例,才能与更多医院、医师、投保人签约。三者之间相互交叉、相互影响,形成一条相互关联的利益链条,最终形成医师、医院、医保机构之间的制约关系。美国医师、医院、医保机构之间的制约关系见图2。

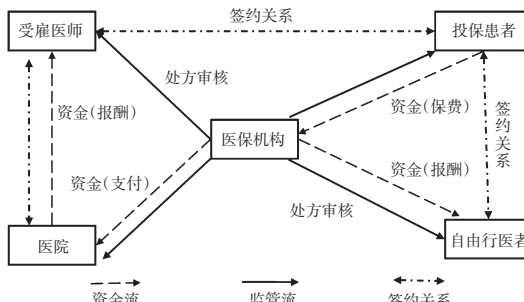


图2 美国医师、医院、医保机构之间的制约关系

Fig 2 The restrictive relationship among doctors, hospitals and health insurance institutions in the United States

4 均衡制约关系优势的理論解读与现实表现

4.1 均衡制约关系的理論解读

上述制约关系存在很大的优越性,在委托代理、消费论、博弈论等相关理论中也能得到证实。在委托代理关系中,三者存在均衡制约关系,特别是医保机构对医师处方的审核以及对费用支付的审核,大大减少了医保机构与医疗服务提供方(医师、医院)之间的信息不对称现象,间接降低了患者和医疗服务提供方之间的信息不对称程度。而按人头付费和DRGs付费,则将医疗服务提供方的收益与治疗结果相关联,增加了委托方对代理方的控制能力,将代理方的目标符合委托方的要求作为代理方获得利益的前提条件。在弗里德曼的消费论中,当三者处于均衡制约的关系,医疗服务提供方的收益=(既定费用-患者实际诊疗费用)×收治患者数量。其中,既定费用包括指按人头付费的PCP负责投保人数与医保机构预定人均给付费用的乘积和按DRGs付费的专科医师、医院所接收患者的特定病种费用。患者的花费与诊疗质量、医师的收益直接相关,医师的消费模式转化为I类,可大大节省医疗

费用。

三方博弈中,三者在均衡的制约关系下,医疗服务提供方的收益=所节省的诊疗费用×收治患者数量。诊疗费用的节省(即质量维度的主要衡量指标),其收益是质量和数量2个维度的乘积,纳什均衡为新博弈下的(3,3)。由此,该博弈规则使得医师和医院必须兼顾诊疗质量和数量2个维度,既减少了不必要的浪费,又提高了医师的工作积极性。均衡关系下美国医保机构与医疗服务提供方的博弈情况见表3。

表3 均衡关系下美国医保机构与医疗服务提供方的博弈
Tab 3 Medicare offices-health care provider game in the United States under equilibrium relationship

主体	项目	医疗服务提供方		
		数量	兼顾	质量
医保机构	数量	(1,1)		(1,1)
	兼顾		(3,3)	
	质量	(1,1)		(1,1)

4.2 均衡制约关系的现实效果

均衡制约关系不仅在理论上有助于建立良好的医疗服务体系,在医师的收入、工作量以及医院收益、医疗费用和药费占比等方面也能得到较好的体现。2008—2012年,美国平均医疗卫生开支占其GDP的17.5%,个人卫生开支中个人自付比例平均为22.2%,而我国分别为5.1%和78.7%^[18]。虽然美国的医疗总费用较高,但是个人自付费用却较低,患者的负担相对较轻;而我国正好相反。美国2008—2012年的处方药费用平均占卫生总费用的9.8%,同期我国的药品费用平均占门诊总费用的51.0%、占住院总费用的42.6%^[19];美国的药占比低于全球15%的平均水平,而我国远高于该水平,存在“大处方”“高价药”现象。药品费用也成为推动我国医药费用增长的一项重要因素。美国医师的平均收入约为我国医师的18倍,平均每日工作小时数约为我国的3/5^[19];我国医师的收入未能体现其劳动价值^[20]。

美国医师、医院、医保机构三者之间相互平衡的制约关系,使得其医院和医师能够获得相对合理的利润和薪资报酬并保障患者的治疗质量,医保机构得以控制医疗费用,医院运营成本也得以控制。相比较而言,我国医师的薪资报酬明显低于美国;医保机构未能有效控制医疗费用;医师受医院影响较大,难以自主决策,可能进一步导致了患者住院时间延长、过度医疗等现象的发生。

5 对构建我国医师、医院、医保机构三者之间制约关系的思考

构建医师、医院、医保机构三者之间均衡的制约关系,在降低信息不对称、统一委托代理双方目标、转换医疗服务交易过程中利益相关方的消费行为模式等方面都存在明显的优势。然而,我国医疗服务交易过程中信息不对称现象严重;代理方受委托方影响较小;付费支付方式不尽合理,医疗服务提供方与医保机构博弈规则不够科学。这一系列问题使得医疗服务提供方处于主导地位,医保机构较为被动,三者未能形成均衡的制约关系。笔者认为,要构建我国医师、医院、医保机构三方均衡的制约关系,可从以下方面入手。

5.1 降低信息不对称与规范支付审核方式

医疗服务提供方在医疗服务交易过程中掌握了较为全面的信息,对患者病情的把握与治疗方案的选择拥有较多的话

语权。因此,要降低交易过程中的信息不对称,主要应提高投保人和医保机构获取有用信息的机会和能力。如建立电子病历系统、完善患者的病历信息,包括患者既往病史、有无并发症等。通过对大量病历的分析,建立适合我国患者的疾病编码标准、临床诊断、治疗路径,统一医疗服务提供方和医保机构对同一种疾病的治疗方案。可建立信息强制披露制度,公开医疗服务价格和成本,通过降低投保患者择医的边际成本,发挥价格弹性对择医的指导作用,减少“小病大治”、过度医疗和诱导需求现象的发生。

降低信息不对称,有助于规范支付审核程序;支付审核程序的规范,又可进一步降低信息不对称。在支付审核方式方面,首先,医保机构应秉承匹配原则,如类似美国CPT与ICD需匹配才能予以支付,如此可规范医师的诊疗行为。其次,应建立强制信息报送制度,强制要求医院所有投保患者的费用单和处方明细必须上传并经审核同意后才能支付,对审核通过率较高的医院给予更多优惠,不仅能以此间接影响医师的处方行为,而且还能建立医保机构自己的数据库,为后期费用支付标准和病种划分提供依据。再次,完善抽查机制,定期对签约服务机构的诊疗过程进行审核,主要审核是否存在“大处方”“大检查”现象,将其中出现“大处方”“大检查”次数较为频繁的医师和医院列入黑名单并予以公示,并对进入黑名单的医疗机构和医师予以处罚,如取消医师处方资格等。

5.2 建立科学的混合型支付方式

从医疗服务的种类、人群、地区等角度,可将医疗服务进行多种划分。社区医疗服务可采用按人头付费的办法;特殊的疑难疾病采用按服务付费的办法;诊断容易明确、治疗方法相对固定的病种实行DRGs付费;床日费用变动较小、床位利用率高、难以通过延长住院时间来增加费用的疾病,采用按床日费用付费的办法。总额预付一般应作为基础付费方式,在此基础上再针对不同的服务采取不同的付费方式。

在医疗费用的控制中,供方控制是国际管理的趋势,医保机构费用的控制是其中一个环节。在我国实行得比较广泛的是按服务项目付费,属于后付制。这种付费方式的弊端是患者的花费为医师、医院收益的来源,增加了医师诱导需求的动力。而总额预付、DRGs、按人头付费使患者的支出成为医院成本而非收益,增加了医师、医院节约成本的动力。

5.3 加强医保机构对医师和医院的间接影响

由于我国的医师几乎全部受雇于医院(包括事业编制和劳动合同关系),医师与医保机构签约关系不存在,因此不能直接照搬美国的经验。该医院是否为某一医保机构的定点医疗机构,决定医师能否收治该投保患者。即医师与医保机构之间签约与否不会影响医师的收益,也不会影响医保机构投保患者的就诊范围。在这一前提下,医师提高诊疗质量、节约诊疗成本以收治更多投保患者的动力消失。加之医保机构不直接与医师签约,难以实现对医师诊疗行为的监管。

针对这一问题,医保机构可不直接影响医师的收益,而是通过加大诊疗质量(成本、治愈率等)对医院收益的影响力来间接影响医院对医师的考核指标,诊疗质量可从经济效益和治疗效果两方面进行度量。医保机构可针对诊疗质量较好的医院或科室给予一定优惠,提高支付比例等,最终达到提高治愈率、降低治疗成本的目的。

5.4 配套措施的支持

医疗领域是一个错综复杂的体系,难以单凭某一单方面政策使得医疗费用得到良好控制。上述建议需要一些配套措施的支持,如建立分级转诊制度、发挥基层医疗的作用、增加医保机构监管审核的动力等。只有通过多方面的相互配合,形成适合我国国情的三方均衡制约关系,最终才能有效降低医药费用。

6 结语

总之,医师、医院、医保机构三者均衡制约关系确实可在医药费用控制方面发挥重要作用。我国应尽快建立适合我国医疗卫生体系特点的均衡制约关系,才能有效解决医药费用快速增长等问题。

参考文献

- [1] 国家卫生和计划生育委员会. 中国卫生统计年鉴:2012 [EB/OL]. (2013-08-28) [2015-03-09]. <http://www.nhfp.gov.cn/htmlfiles/zwgkzt/ptjnj/year2012/index2012.html>.
- [2] OECD. *OECD health statistics* 2014 [EB/OL]. [2015-05-06]. <http://www.oecd.org/health/health-systems/Table-of-Content-Metadata-OECD-Health-Statistics-2014.pdf>.
- [3] 国家发展和改革委员会. 全国基本医保机构覆盖率达95% [EB/OL]. (2011-07-12) [2015-04-23]. http://tgs.ndrc.gov.cn/ggkx/201107/t20110712_422756.html.
- [4] 国家食品药品监督管理总局. 国家基本药物目录:2012年版 [EB/OL]. (2013-03-13) [2015-05-25]. <http://www.sda.gov.cn/WS01/CL0053/79110.html>.
- [5] 宋瑞霖,陈昌雄.对我国医疗卫生体制改革的思考[J]. 中国药房,2005,16(23):1764.
- [6] Berenson RA, Ginsburg PB, May JH. Hospital-physicians relations: cooperation, competition, or separation[J]. *Health Affairs*, 2007, 26(1):31.
- [7] 姚中进,姜虹,杜仕林,等.基于委托代理视角的公立医院政府规制俘获与阻滞机制[J]. 中华医院管理杂志,2014, 30(9):708.
- [8] 杨勇,陈少飞,田侃.电子处方外配与药品电子监管平台合理衔接的探讨[J]. 中国药房,2014,25(41):3847.
- [9] AHA. *Fast facts on US hospitals 2014 edition* [EB/OL]. (2015-01) [2015-04-26]. <http://www.aha.org/research/rc/stat-studies/fast-facts.shtml>.
- [10] American Hospital Association. *Trend watch chart book*

2014 chart 2.1 [R]. America: American Hospital Association, 2015.

- [11] Horwitz J, Cutler D. *The ACA's hospital tax-exemption rules and the practice of medicine* [EB/OL]. [2015-04-30]. <http://healthaffairs.org/blog/2015/03/03/the-acas-hospital-tax-exemption-rules-and-the-practice-of-medicine/>.
- [12] Jill RH. Making profits and providing care: comparing non-profit, for-profit, and government hospitals [J]. *Health Affairs*, 2005, 24(3):790.
- [13] Matthew LM. *How do health plans pay physicians* [EB/OL]. (1998-09-29) [2015-02-11]. <http://www.geom.uiuc.edu/usenate/payreport/title.html>.
- [14] AMA. *ICD-10 code set to replace* [EB/OL]. [2015-02-11]. <http://www.ama-assn.org/ama/pub/physician-resources/solutions-managing-your-practice/coding-billing-insurance/hipaa-health-insurance-portability-accountability-act/transaction-code-set-standards/icd10-code-set.page>.
- [15] UF Health. *What is a CPT code? procedural and diagnosis coding must be linked by medical necessity* [EB/OL]. (2014-09) [2015-03-14]. <http://compliance.med.ufl.edu/compliance-tips/what-is-a-cpt-code/>.
- [16] Office of Inspector General Office of Public Affairs. *Federal anti-kickback law and regulatory safe harbors 1992* [EB/OL]. (1999-09) [2015-01-24]. <http://oig.hhs.gov/fraud/docs/safeharborregulations/safefs.htm>.
- [17] Medscape. *Physician compensation report 2015* [EB/OL]. (2015-04-21) [2015-05-02]. <http://www.medscape.com/features/slideshow/compensation/2015/public/overview>.
- [18] WHO. 2014年统计数据 [DB/OL]. [2015-02-11]. <http://www.apps.who.int/gho/data/>.
- [19] American Hospital Association. *Trend watch chart book 2014 chart 4, table 1.1: total national health expenditures, 1980-2012* [R]. America: American Hospital Association, 2015.
- [20] 丁香园调查派. 2012-2013年度中国医师薪酬情况调查报告 [J]. 中国卫生人才, 2014(5):74.

(收稿日期:2015-07-03 修回日期:2015-12-20)

(编辑:杨小军)

英国警示 75 岁以上患者使用沙利度胺应降低起始剂量

本刊讯 2015年12月14日,英国药品和健康产品管理局(MHRA)发布信息,75岁以上患者使用沙利度胺时应降低起始剂量。在年龄75岁以上的患者中,最新推荐的沙利度胺起始剂量应为每天100 mg,以尽量降低药品不良反应发生的风险。在年龄75岁或以下的患者中推荐的沙利度胺起始剂量仍为每日200 mg。在英国,沙利度胺联合美法仑和泼尼松适用于年龄65岁或以上初次治疗多发性骨髓瘤患者的一线治疗,或不耐受大剂量化疗的多发性骨髓瘤患者的一线治疗。

在年龄75岁以上的患者中使用沙利度胺时起始剂量应改为100 mg,这项建议是基于2项Ⅲ期随机研究的结果。其中一项研究入组了年龄65岁或以上的患者,另一项研究入组了年

龄75岁或以上的患者。在入组年龄65岁或以上患者的Ⅲ期研究中,虽然75岁以上的患者每日服用100 mg沙利度胺发生严重或致死性不良反应的频率高于每日服用沙利度胺200 mg的那些75岁或以下的患者(严重反应发生率分别为56.5%和46.5%,致死性反应发生率分别为10.3%和5.3%),但是在这些年龄组之间,未观察到特定严重不良反应的临床相关性差异,在两组间也未发现主要死亡原因的明显差异。

医疗卫生专业人员应了解并及时减小75岁以上患者的沙利度胺起始剂量。值得注意的是,即使降低沙利度胺的起始剂量,该年龄组患者与低于该年龄组患者相比发生严重不良反应的风险也可能升高。