

医疗负担激增背景下低价值医疗的国际研究进展*

朱亚洲^①, 曾志嵘^{②③}, 梁力中^{②④}

摘要 目的: 系统介绍低价值医疗的国际研究进展, 为减轻我国卫生支出负担提供参考。方法: 运用文献综述法, 对“明智选择”运动、“DO NOT DO”、价值评价框架等国际实践经验进行综合分析, 总结低价值医疗的主流识别方法与干预手段。结果: 将低价值医疗国际实践总结为两种类型——以临床专业协会为主导的专家共识所形成的“负面清单”与以净健康效益为主的价值框架。归纳了两种研究类型的概念、特征、机制、不足等内容。结论: 提出低价值医疗的治理建议; 完善临床标准化路径; 使用大数据工具; 提高患者参与度与信任度。

关键词 低价值医疗; 过度医疗; “明智选择”运动; 价值框架

中图分类号 R1-9; F019.6 文献标志码 A 文章编号 1003-0743(2022)12-0115-05

Advances in International Research on Low-Value Healthcare in the Context of the Surge in Medical Burdens/ZHU Ya-zhou, ZENG Zhi-rong, LIANG Li-zhong//Chinese Health Economics, 2022,41(12):115-119

Abstract Objective: It systematically introduces the international research progress of low-value healthcare, so as to provide references for reducing the burden of national health expenditure. **Methods:** Literature review is used to comprehensively analyze the international practice experiences of the Wise Choice Movement, “DO NOT DO” and value evaluation framework, and summarize the mainstream identification methods and intervention methods of low-value healthcare. **Results:** The international practice of low-value medicine can be summarized into the “negative list” formed by expert consensus led by clinical professional associations and the value framework based on net health benefits. The concepts, characteristics, mechanisms and deficiencies of the two types of research are summarized. **Conclusion:** It provides suggestions for low-value healthcare; improving the clinical standardization path; using big data tools; improving patient engagement and trust.

Keywords low-value healthcare; excessive medical treatment; “choosing wisely” campaign; value framework

First-author’s address School of Public Health, Guangdong Medical University, Dongguan, Guangdong, 523000, China

Corresponding author LIANG Li-zhong, E-mail: lianglz@gdmu.edu.cn

现阶段, 医疗卫生支出在原有基础上持续增长, 卫生保健服务体系以及卫生费用支付体系承担着巨大压力。减少医疗浪费是现阶段全球卫生政策与卫生经济研究的重要命题之一, 而控制医疗资源浪费的重点在于约束医护人员诊治过程中的医疗决策^[1]。此外, 由于卫生资源分配不均衡, 过度医疗与资源短缺现象并存, 现有医疗资源注定无法满足所有患者的需求, 因此, 医疗卫生服务必须降低高成本低价值的风险^[2]。

1 低价值医疗

1.1 低价值医疗概念与特点

低价值医疗起源于价值医疗, 目前学术界对低价值医疗的定义尚未统一, 有学者将低价值医疗定义为对患者没有好处甚至可能造成伤害的服务^[3]; 也有学者认为低价值医疗是没有临床效益或与医疗成本、潜在

危害不成比例的健康效益医疗行为^[4]; 还有学者认为低价值医疗应该被定义为不适当的医疗服务 (潜在危害超过收益) 或过度使用 (不必要的医疗服务), 对患者、医疗保健提供者、政府和医疗保健系统都是挑战^[5]。根据上述定义, 可将低价值医疗的概念总结为: 在医疗过程中根据效果、成本、患者体验等各方面综合考量, 按照医学循证原则所识别出的对治疗无用甚至有害的医疗服务行为, 对患者的健康收益与医疗成本都有不良影响。

根据国内外相关研究结果, 低价值医疗具有以下特点。(1) 普遍性。有研究对美国556个独立医疗系统的分析发现, 美国约有36%的患者在诊疗过程中获得了至少1项低价值医疗服务^[6]; (2) 无效性。它是指对过量投入的资源并不能得到期望的健康产出。低价值医疗既包括可能会增加患者医疗费用的经济损害, 也包括潜在的健康损害^[7]。

1.2 低价值医疗文献可视化分析

检索Pubmed及Web of Science数据库中发表时间为2010年1月1日—2022年7月1日的低价值医疗相关文献。检索主题为“low-value healthcare” OR “low-value care” OR “inappropriate healthcare”。共检索到383篇文献, 排除评论类、报告类、综述类文献共3篇, 最终纳入380篇文献。使用Citespace软件进行

* 基金项目: 广东省省级科技计划项目 (2015B010131016); 国家中医药政策研究专项 (2ZY19012G)。

① 广东医科大学公共卫生学院 广东 东莞 523000

② 广东医科大学医疗保障研究院 广东 湛江 524023

③ 广东医科大学公共卫生与健康研究院 广东 湛江 524023

④ 广东医科大学附属医院 广东 湛江 524023

作者简介: 朱亚洲 (1997—), 男, 硕士在读; 研究方向: 公共卫生; E-mail: zy Zhu@gdmu.edu.cn。

通信作者: 梁力中, E-mail: lianglz@gdmu.edu.cn。

文献可视化分析。分析结果如图1、图2：

关键词频次排名前10位的关键词分别为：“low-value care” “choosing wisely” “quality of care” “quality improvement” “health policy” “evidence-based practice” “quality in health care” “decision making” “primary care” “medical overuse”。低价值医疗相关研究成果自2013年开始发表，国际学界对低价值医疗的研究较多关注医疗质量的提升（包括减少患者伤害、减少无效治疗，提升医疗决策水平等）以及低价值医疗在基层医疗卫生中的情况。其中，聚类排名第2位的是“明智选择”运动。“明智选择”运动是国际上参与国家最多，影响范围最广的低价值医疗研究。

图2关键词时序图显示了各研究内容的时间发展顺序，例如低价值医疗研究在2015年的研究重点是以患者为中心，2018年的研究重点是重新评估医疗卫生技

术，2020年的重点是发现不合适的处方。可以看出，国外对低价值医疗的研究内容在不断细化，从以患者为中心（patient-centred medicine）的理念转变为在实际临床诊疗中医疗卫生技术（health technology reassessment）与药品处方（inappropriate）适宜性的评估。医疗支出（medical expenditures）聚类则显示了“以患者为中心”核心理念的落脚点是提升健康素养（health literacy），加强健康教育（education of patient）等。结合关注医疗质量（quality of care）和医疗质量提升（quality improvement）关键词聚类特点，可得出国外研究重点在于成本控制与医疗质量并重。

2 低价值医疗研究国际经验

2.1 低价值医疗研究分类

美国、加拿大、澳大利亚等国家已经对低价值医疗服务进行了广泛研究，为低价值医疗的精准识别、

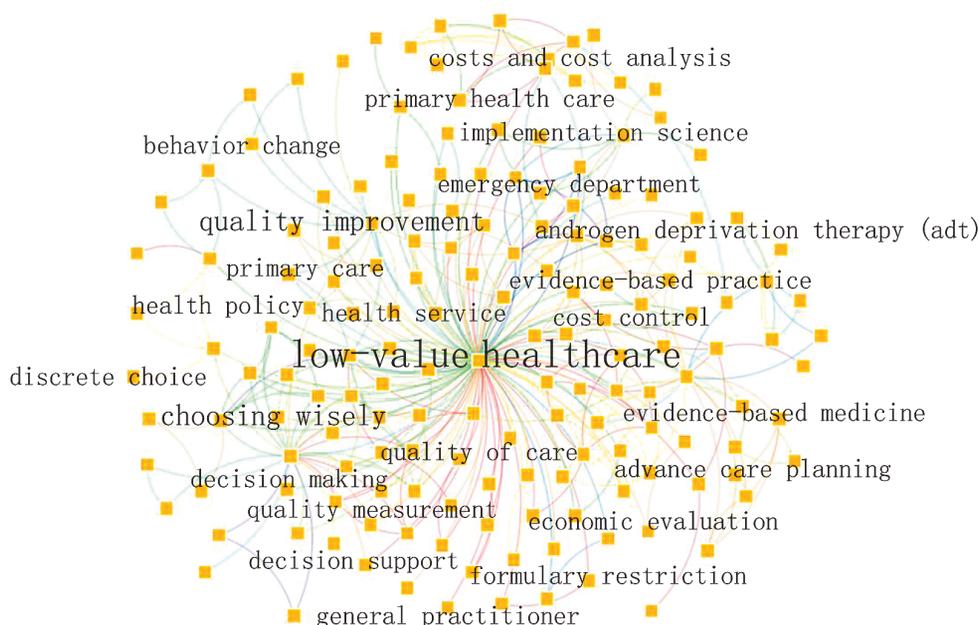


图1 国外低价值医疗文献关键词共现图

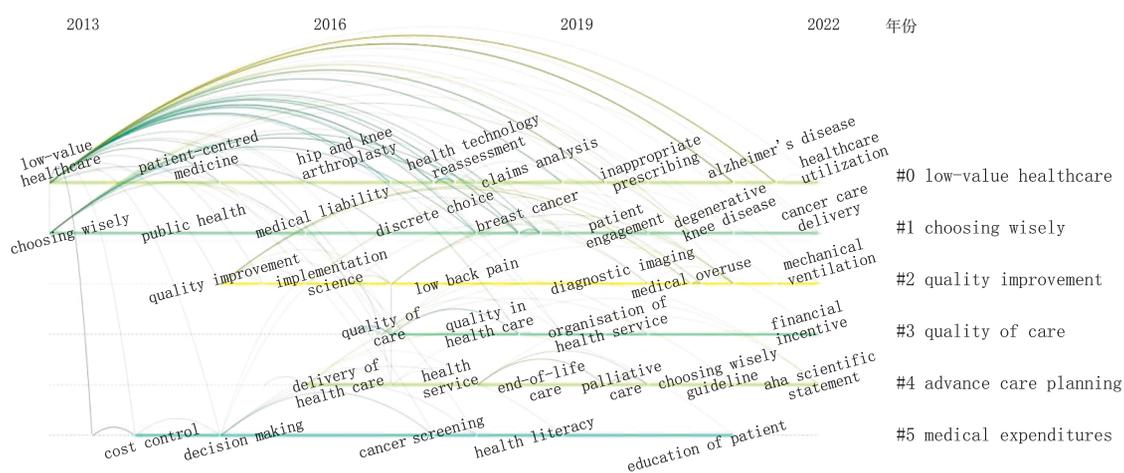


图2 国外低价值医疗文献关键词时序图

科学治理奠定了良好基础，鼓励各国医疗卫生组织识别并减少低价值医疗服务。主要包括美国“明智选择”运动、英国“DO NOT DO”、澳大利亚的医疗保险报销清单综合管理运动、美国临床肿瘤学会价值框架等。目前有两种主流的研究方向，一是以临床专业协会为主导的达成专家共识的“负面清单”；二是以净健康效益为主的价值框架。对比分析内容见表1。

2.2 以临床共识为主的“负面清单”

以临床共识为主的“负面清单”是通过专业临床协会，使用标准化循证方法，对目前诊疗过程中可能存在的价值较低甚至造成伤害的医疗服务进行总结，并通过临床指导、患者教育等方式进行干预。其中覆盖面最广，影响力最强的是“明智选择”运动。

2012年4月，美国内科学委员会发起了“明智选择”运动，主要目标是使患者参与到诊疗过程中，选择有证据支持、无伤害、真正必要的医疗服务。主要方式是通过专业临床协会提出本领域内患者和医师在医疗过程中应该质疑的内容，并列有明确证据支撑的建议清单。清单的构建遵循以下原则：(1) 每项服务都在专业范围内；(2) 每项服务都是经常开展的，而且费用很高；(3) 每条建议都有充分证据；(4) 有文档记录^[9]。截至2022年5月，已有包括美国家庭医学学会、美国临床肿瘤学会、美国儿科学会等80余个专业组织机构参与，共提出了700余条针对临床医师的专业建议和100多份针对患者的基础指南^[9]。

2013年，加拿大开启了加拿大“明智选择”运动。目标旨在减少加拿大不必要的测试和治疗，核心是国家临床医师协会通过建议，确定经常过度使用的低价值医疗行为，进而明智地动员加拿大医疗保健提供者及其组织采用这些建议，并使其成为常规实践的一部分。加拿大还在医学教育中安排了关于低价值医疗的学习，被称为“新星计划”，其主要方式是将医疗资源管理原则嵌入医学教育中，该项目已有17所加拿大医学院校加入。

2014年9月12日—13日，澳大利亚、巴西、加拿大、德国等国家共同参与了“明智选择”圆桌会议。截至2022年5月，已有包括荷兰、挪威、丹麦等超过30个国家和地区加入全球范围的“明智选择”运动中。近期，一些非洲的中低收入国家也有选择地对“明智选择”运动进行了实践，非洲癌症研究和培训组织借鉴了美国、加拿大、印度等国“明智选择”运动的经验，沿用了9条已有建议，提出了1条新的建议，总结出10项常见的低价值医疗服务^[10]。

除“明智选择”运动外，英国也较早地开启了低价值医疗的研究。英国国家医疗服务体系(National Health Service, NHS)提倡普遍性原则，全民享受按需提供的免费医疗，也正是因医疗费用上涨幅度较大，导致英国政府财政负担过重。早在2006年，英国国家卫生与服务优化研究院(The National Institute for Health and Care Excellence, NICE)向NHS发布了关于削减卫生投入的指导意见，要求减少不再适宜或有效的既定干预措施，并通过技术评估开始了一项识别无效治疗的试点方案^[11]。2012年，NICE根据试点经验将低价值临床操作指南汇集成为了“DO NOT DO”指导手册并发表在官方网站上，用于医师宣传与患者教育，帮助临床识别并减少低价值医疗^[12]。

此外，澳大利亚于2009年开始实施了医疗保险报销清单综合管理运动。主要内容是对医疗保险报销清单进行再次评估，识别对患者效益极少的服务项目，以控制卫生保健支出。评审原则包括：改善健康结果和促进医疗费用的可持续性，考虑患者的安全风险；评审必须基于循证，有数据支撑；与医疗行业内的利益相关者进行协商；评审公开透明；有效利用政府资源^[13]。

2.3 以净健康效益为主的价值框架

美国临床肿瘤学会于2015年开创性地提出了以价值框架为主体的量化评价指标，并在2016年5月针对早期发病和晚期癌症患者分别开发了对应的评估净健

表1 负面清单与价值框架的不同点

项目	负面清单	价值框架
代表性研究	美国“明智选择”运动	美国临床肿瘤学会价值框架
概念	以临床专业协会为主导的临床共识	量化评价治疗方案价值的框架
特征	严格循证；准确性高	针对性强；综合性高
主导思想	根据文献资料、实践经验、诊疗指南等内容进行投票表决或归纳汇总，整理得到低价值医疗清单，并通过网站、移动应用、手册、海报等多种方式用于医师或患者的教育与干预	通过计算使用临床效益、副作用(毒性)、患者改善程度、成本等维度的相关指标，综合计算净健康效益评分，评估癌症治疗方案的相对价值
运行机制	以专家共识为主要依据，形成临床诊疗“负面清单”	以净健康效益评分为主要评价依据，综合比较不同治疗方案
存在不足	滞后性，即被识别为低价值医疗的项目大多是行业公认的对患者治疗价值较低的服务项目	局限性，即针对肿瘤疾病开发，与其他适配度较差；对数据要求较高，需要诊疗方案的风险比、毒性、存活时间等长期随访才能收集到指标

康效益价值框架。净健康效益指的是对健康收益、毒性、症状缓解程度等方面的综合评分，主要包括：(1) 临床效益，即使用风险比 (Hazard Ratio, HR) 进行指标计算；(2) 毒性，即根据毒性分级以及频率评分；(3) 奖励分，即在特定时间点，根据存活患者比例是否为50%以上的改善评分。

该价值框架最终得到的指标是净健康效益与医疗成本，用于评估不同治疗方案的相对价值并比较其价值差异^[44]。其特点在于，净健康效益通过对临床效益、副作用、患者改善程度、成本等维度的测量综合得出。相较于常用的质量调整生命年、5年生存率等指标，其对治疗方案的整体评价效果更优。

3 低价值医疗的治理建议

3.1 改革医保支付机制

支付方式改革是现阶段医保制度改的重点。按价值支付 (Value-based Payment, VBP) 是指将医保支付作为经济杠杆，通过医疗质量评价体系及奖惩机制，鼓励医疗服务提供者在控制成本的前提下，积极改善临床治疗效果，提升患者满意度。现有的按病种分值付费改革、按人头付费、打包付费等付费方式改革都是遵循按价值支付的特点。VBP 仅对患者产生健康效益部分的医疗服务支付，低价值部分则由医疗机构自行承担。该支付机制可推动医疗机构自觉减少低价值医疗，节约医疗成本。

3.2 完善临床标准化路径

完善标准化临床路径，同时与按疾病诊断相关分组以及基于大数据的病种分值付费相结合，使现有的标准化临床路径得到更新与优化，实现医院精细化管理，降低确切病种成本。此外，近年来兴起的临床决策支持系统也是提升医疗质量的重要手段，其根本目的是为了评估和提高医疗质量，减少医疗差错，从而控制医疗费用的支出。临床医师可以通过临床决策支持系统的帮助来深入分析病历资料，从而做出最恰当的诊疗决策。

3.3 有效利用大数据分析

人工审核、抽查审核、固定规则审核等医保传统监管手段难以全面覆盖日趋复杂的医保基金使用场景，也难以有效识别隐蔽的医疗服务违规行为。近几年，已开展医保智能监管工作的统筹地区数量不断增加，目前，全国超过90%以上的统筹地区已全面开展了智能监控工作。通过全场景、全环节、全时段智能监管，遏制了大量潜在违法、违规医疗行为，保障了参保人员权益和医保基金安全。因此，在医保智能监管工作的基础上，应有效利用大数据分析，识别出医保违规以外的对患者产生较低价值甚至是伤害的医疗服务，以减少低价值医疗带来的医疗资源浪费，达到降低医疗成本，保障患者安全的目的。

3.4 提高患者参与度与信任度

价值医疗强调以患者为中心，重视患者的感受，推行“参与式医疗”。以美国“明智选择”运动为例，美国内科学委员会针对不同疾病患者开发出了手机应用、海报、手册等科普性宣传材料，鼓励患者对治疗提出问题并参与到治疗方案的制定中，以此提升患者满意度，医疗服务模式也由传统粗放型转为以患者需求为中心的精细化管理模式。

近期，美国内科学委员会提出了建立医患信任水平的“Building Trust”工作，提出以“能力”“关怀”“沟通”“舒适”“成本”5个关键维度作为指导医疗保健运营和改进的基本组织原则。公开呼吁医疗保健利益相关者分享建立信任的实践经验，促进医患之间信任水平的提高^[45]。

4 展望

国外学者对低价值医疗的概念、实施路径、解决对策等经验十分宝贵，但目前的研究仍存在部分问题。首先，低价值医疗存在一定局限性，低价值医疗的落实以“负面清单”为主，即在特定条件下被认定为低价值医疗的医疗措施，可能会导致医师在诊疗过程中过分减少相关医疗措施的使用，有相应需求的患者无法得到合理治疗。解决措施是应适当引入“高价值医疗”理念作为增量化改革方案，选择综合考量临床指南、最佳实践建议、案例研究结果的价值、效果、成本控制并重的治疗方案。其次，低价值医疗的治理应当结合国内外的实践经验，由政府、临床专业协会、医师、患者等利益相关者协同合作，提高医患信任作为事前干预；临床标准化路径为事中管控；医保支付机制改革、医保结算清单抽查审核等为事后审核。事前、事中、事后监管贯穿患者就医流程，强化全流程监管机制。最后，备受我国学界关注的精准医疗、整合医疗也同样顺应了以价值为导向的发展路径。目前，国内已有医院针对精准用药开展试点工程，取得了较好成果，显著减轻了患者药品支出。精准医疗与整合医疗考量了医疗投入的社会效益，保证了在有限医疗资源投入下群体健康效益的最大化，更符合社会公平的价值原则与医疗投入合理分配的策略。

参 考 文 献

- [1] 刘桂林. 医生诱导需求识别研究进展[J]. 中国卫生质量管理, 2020,27(6):50-54.
- [2] OWENS D K. High-value, cost-conscious health care: concepts for clinicians to evaluate the benefits, harms, and costs of medical interventions[J]. Annals of internal medicine, 2011,154(3):174-180.
- [3] VRIES E F, STRUIJS J N, HEIJINK R, et al. Are low-value care measures up to the task A systematic review of the literature[J]. BMC health services research, 2016,16(1):405.

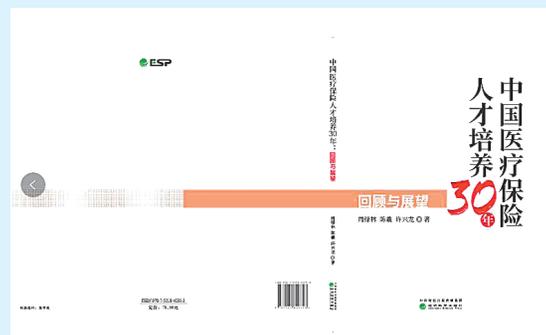
- [4] MARCOTTE L M, SCHUTTNER L, LIAO J M. Measuring low-value care: learning from the US experience measuring quality[J]. *Bmj quality & safety*, 2020,29(2):154-156.
- [5] NEUNER JEHLE S. Prävention von fehl- und überversorgung[J]. *Therapeutische Umschau*, 2021,78(2):111-117.
- [6] GANGULI I, MORDEN N E, YANG C W, et al. Low-value care at the actionable level of individual health systems[J]. *Jama internal medicine*, 2021,181(11):1490-1500.
- [7] 邓璐, 胡银环, 鲁春桃. 低价值医疗的识别与治理[J]. *医学与社会*, 2019,32(7):1-4.
- [8] American Board of Internal Medicine Foundation. Choosing Wisely[EB/OL]. [2022-07-10]. <https://www.choosingwisely.org/>.
- [9] American Board of Internal Medicine Foundation. Choosing Wisely clinician lists[EB/OL]. [2022-07-03]. <https://www.choosingwisely.org/clinician-lists/>.
- [10] RUBAGUMYA F, MITERA G, KA S, et al. Choosing Wisely Africa: Ten Low-Value or Harmful Practices That Should Be Avoided in Cancer Care[J]. *JCO Global Oncology*, 2020,6(6): 1192-1199.
- [11] GARNER S, LITTLEJOHNS P. Disinvestment from low value clinical interventions: NICEly done?[J]. *BMJ*, 2011,343(jul27 2): d4519.
- [12] National Institute for Health and Care Excellence. NICE do not do prompts[EB/OL]. (2013-12-01) [2022-06-15]. <https://www.nice.org.uk/sharedlearning/nice-do-not-do-prompts>.
- [13] ELSHAUG A G, MOSS J R, LITTLEJOHNS P, et al. Identifying existing health care services that do not provide value for money[J]. *Medical journal of Australia*, 2009,190(5): 269-273.
- [14] MILLER G, RHYAN C, BEAUDIN-SEILER B, et al. A framework for measuring low-value care[J]. *Value in Health*, 2018,21(4):375-379.
- [15] American Board of Internal Medicine Foundation. Building trust[EB/OL]. [2022-07-14]. https://buildingtrust.org/?utm_source=ChoosingWisely&utm_medium=AlertBox&utm_campaign.

[收稿日期: 2022-09-20] (编辑: 高非)

(◀◀上接第 112 页◀◀)

行系统、动力系统、评价系统等方面构建了医疗保险人才培养质量保障体系。进而从专业发展方向、完善培养方案、推进师资队伍建设和顺应社会需求等角度系统阐述了新时代医疗保险专业人才培养的关键策略。第7章则是以案例形式展现了26所高校在医疗保险人才培养方面的生动实践,分别介绍了各院校的人才培养目标、专业定位、历史沿革和优势特色,详细阐述了专业建设、教学改革措施和成效,并且对进一步发展思路和举措进行了展望,相关内容基本上代表了当前我国医疗保险高等教育的总体水平和发展趋势。

该书的问世是对我国近30年医疗保险人才培养历程的一次系统总结,同时也是对全国40余所院校参与医疗保险人才培养的育人实践进行的一次全面检阅。在系统研究我国医疗保险专业教育的发展现状、主要经验、实践需求的基础上,面向新时代医疗保障事业高质量发展需求所制定的医疗保险人才培养方案及相关策略,必将为提升我国医疗保险人才培养质量及总体水平起到积极的推动作用,更好



地为中国特色医疗保障制度的建设与改革提供可持续地人才支撑。

全书逻辑缜密,资料详实,在医疗保险专业建设及探索医疗保险人才培养规律方面具有较强的科学价值。相关研究成果还可为各级教育管理部门、高等院校、医疗保障管理部门等相关机构领导及管理人员提供决策参考。

(安徽医科大学 李绍华)