

关于乳腺癌合理治疗的费用

Lars Holmberg. *European Journal of Cancer Supplements*, 2006, 4:15-16

1 介入患者利益可能性与资源利用的差距

医生们对医疗经济抱有不同的态度。有些人认为临床医生不应该考虑医疗费用,应无视价格给每个患者推荐最好、最有效的治疗,因为医生是"病人的守护神"。相反地,有些医生关注医疗费用,不仅针对一个病人,而是所有病人作为整体在有限的资源情况下给予最好的治疗。两观点都涉及医德考虑。前者持明确的整体立场须供应患者所需。这种态度属于一时一次性协定限制了问题的解决。另一观点则被视为可能对某些患者不利,却在人群中可获均等的良好治疗的机会。应注意医德观点有时会因医疗保健如何付费而有差别。到底是患者自己花钱看病还是从政府税收中拿出大部分的钱来支付医疗费?

科学和社会的发展驱使考虑整体患者的利益。在癌肿治疗介入患者利益的可能性远比实施这些新的干涉的可利用资源增长快的多。逐渐加大的差距促使我们在费用和资源利用分清孰轻孰重乃是这个问题的核心。

2 成本最小化

决定合理的乳腺癌疗法首要事情是其治疗效果。如果我们拿主要的相似疗效(有利效果及不良副效应)来比较两个疗法的优劣,至少在理论上那很简单,可采用费用最低化来研究。如果一种治疗方案仅将A药换成B药较易做到,因改变治疗方案可涉及不同的监控、给予系列药物、支持治疗等常较复杂,费用最低化研究仅视药物价格并不能作为依据。对乳腺癌阳性淋巴结患者化疗一项最新研究明确显示只看药价是不能计算的,即使本例的最低药物购价是最低价的治疗。如果费用最低化研究用来节省资源的话,也许可以做到费用低化。

3 成本的有效性和实际利用

如果主要效果不同,则可用费用与某些效益单元来比较,如生存总数、避免严重并发症之比——费用有效性研究。因此治疗可从增加有效性(有广泛影响的效果)及降低毒性两方面比较。如主要效果不同,还须了解某些长期

的后果。从长远来说,开始不明显的副作用可在长期之后变重,治疗上随访3年和10年可有很大差异,因随访时间不同与所须治疗不同费用是平行的。有时可见到一较好疗法常伴有较高的毒性,因此,我还需要知道这些治疗如何影响以后的生活质量。然而,并不是较多的毒性伴着较高的抗肿瘤活性,毒性类型可因治疗方案及不同患者而有异。

有时证明一种更有效的治疗方案因不用治疗复发的费用而省钱。为此,较之起始的低投资,应觅得所须的最有效的治疗,而通常更有效的治疗常伴以费用的增高。

4 处理上的其他改变

如上所述,评估费用尚须知晓患者治疗议定书是否更改是实施新疗法的先决条件。如须一新处理,对许多患者检查可能是昂贵的诊断的或诊断性检测项目(如曲妥单抗及HER-2/neu),更细致的监控、额外随诊、支持疗法、预防性抗生药物、对副作用的长期治疗等。若须继以广泛指征的处理,以更多介入从前未治的群体——是应注意的可增加相当费用的一步骤。处理的某些改变可能改进主要效果,如改变提供新疗法的年龄分布、许多治疗的年龄可改变副反应的阳性或阴性。

4 资源利用的可选择性

当讨论优先的合理的在一更为广泛范围里应用资源时,只研究一种或少数治疗是毫无意义的。从长远看,讨论一种合理的乳腺癌治疗可与其它癌肿治疗费用及效果、或以其它方法(药物或其它)防止痛苦及死亡比较,即作效-价分析研究。现代公共卫生研究表明,至少在北欧,已开始着眼于从社会体制角度评估费用生活质量校准,年人均费用在40~60 000英镑,这在纳税金融体系是可接受的。

(重庆第三军医大学西南医院乳腺中心 凡庆东 摘译 姜军 审校)

(收稿日期:2006-11-01)

(本文编辑:谢竞)