

DRG 改革背景下医院卫生技术评估的功能与推行策略

吕兰婷^{1,2*} 施文凯¹

1. 中国人民大学公共管理学院 北京 100872

2. 中国人民大学卫生技术评估与医药政策研究中心 北京 100872

【摘要】医院卫生技术评估(HB-HTA)是专门针对医院实际情况进行评估的方法学工具,可辅助医院进行卫生技术管理与决策。HB-HTA 与 DRG 均是医院管理的工具,二者价值理念相同、现实作用相近,可推动医院向精细化管理和高质量服务提供的发展方向迈进。在 DRG 改革中,HB-HTA 可通过对卫生技术安全性、有效性和经济性评估,对同一病种的不同诊疗过程、技术和相应的配套措施进行分析和比较,帮助医院进行成本核算,优化“服务包”的安全有效性和成本效益,促进医院对 DRG 改革进行战略性回应。此外,HB-HTA 还可覆盖到 DRG 短时间无法覆盖和不适宜以 DRG 支付的医疗服务,辅助医院对多元复合式医保支付方式进行整体性探索。未来,应在医院内部重点打造“HB-HTA + DRG”式医院精细化管理模式,同时要理顺组织体制、注重大数据开发和利用、加快 HB-HTA 试点工作并建立动态监管机制。

【关键词】疾病诊断相关分组;医院卫生技术评估;医院管理

中图分类号:R197 文献标识码:A doi:10.3969/j.issn.1674-2982.2020.02.004

Research on the function and strategy of promoting hospital-based health technology assessment under the background of DRG reform

LV Lan-ting^{1,2}, SHI Wen-kai¹

1. School of Public Administration and Policy, Renmin University of China, Beijing 100872, China

2. Health Technology Assessment and Policy Evaluation Group of Renmin University of China, Beijing 100872, China

【Abstract】Hospital-based Health Technology Assessment (short as HB-HTA) is a methodological tool for assessing the actual situation of a hospital in order to assist in health technology management and decision-making in that specific hospital. Both HB-HTA and diagnosis related groups (DRGs) are important tools for hospital management. They have the same value concept and similar practical role, which can enhance the hospital to develop towards fine management and high-quality service provision. In the DRG reform, HB-HTA can be employed to analyze and compare different diagnosis and treatment processes, technologies and corresponding supporting measures of the same disease by assessing the safety, effectiveness and health technology economics. This helps hospitals carry out real and detailed cost accounting, optimized safety, effectiveness and cost-effectiveness of “service package” and promote the hospitals’ strategic responses to DRG reforms therein. In addition, HB-HTA can also cover some medical services that DRGs can’t cover in a reduced period of time, and are not suitable for DRG payment, yet HB-HTA do assist hospitals in the exploration of multiple composite medical insurance payments as a whole. It is suggested that, in the future, a “HB-HTA + DRG” hospital refined management model should be established within the hospital and at the same time the organizational system should be rationalized; attention should be paid to the development and big data should be used in the healthcare system clustering; HB-HTA pilot work should be speeded up and a dynamic regulatory mechanism should be established.

【Key words】Diagnosis related groups; Hospital-based health technology assessment(HB-HTA); Hospital management

* 基金项目:中国人民大学科学研究基金(中央高校基本科研业务费专项资金资助)项目(20XNA004)

作者简介:吕兰婷(1983年—),女,博士,副教授,主要研究方向为卫生政策、卫生经济、决策分析模型。E-mail:lanting.lu@ruc.edu.cn

1 引言

2017 年国务院办公厅印发《关于进一步深化基本医疗保险支付方式改革的指导意见》(国办发〔2017〕55 号),明确提出实行多元复合式医保支付方式,重点推行按病种付费,并开展按疾病诊断相关分组付费试点。2019 年 10 月,国家医疗保障局正式公布了《国家医疗保障 DRG 分组与付费技术规范》和《国家医疗保障 DRG(CHS-DRG)分组方案》,在全国范围内开展以按疾病诊断相关组付费为主的多元复合式医保支付方式改革,标志着 DRG 付费试点正式进入实施阶段。

疾病诊断相关分组(Diagnosis related groups, DRG)根据年龄、疾病诊断、治疗方式、患病程度和资源消耗等因素,将患者分为若干不同的诊断组进行管理。^[1]在此基础上,医保机构对各 DRG 诊断组制定支付标准,预付医疗费用,形成“疾病诊断相关分组—预付费”(Diagnosis Related Groups-Prospective Payment System, DRG-PPS),医保机构按照病例所进入的诊断相关组的付费标准进行支付,实现从被动买单向主动控制的转变。我国在 20 世纪 80 年代末开始了对于 DRG 的初步研究,进入 21 世纪后,部分城市陆续开展了 DRG 支付方式的探索。经过多年发展,目前已经形成了四个主流权威的 DRG 版本^①,医保版 CHS-DRG 分组方案在已有 DRG 版本基础上实现了多版本兼容,在技术路径上选取“最大公约数”,形成了医保统一编码体系。

DRG 支付方式改革对医院管理提出了更高的要求,其强调对医疗服务供方进行引导和制约,充分发挥医保的基础性作用来规范医院诊疗行为,在医院医疗支出得到合理补偿的同时,控制医疗费用不合理增长。在 DRG 改革背景下,医院直接面临控制医疗费用和提升医疗质量双重压力,本质上来讲是对医院管理精细化程度的极大挑战。医院应当通过循证决策的科学手段进行精细化管理,提升医疗质量的同时考虑经济因素。医院卫生技术评估(Hospital-based Health Technology Assessment, HB-HTA)是基于“组织视角”、专门根据医院实际情况开展卫生技术评估,帮助医院对各类卫生技术做出管理决策的方法和工具。^[2] HB-HTA 具有管理功能、经济功能和技

术功能,可基于当前最优证据为医院内部卫生医疗政策管理和决策提供方法学支持。^[3]随着医院对卫生技术决策需求的不断增长,国际上已将 HB-HTA 广泛应用于医院管理之中^[4],我国也在部分医院开展了 HB-HTA 试点工作^[5]。本文旨在探讨 DRG 改革背景下医院开展 HB-HTA 的功能与策略,以促进医院实现精细化管理和高质量发展。

2 DRG 改革背景下医院管理中引入 HB-HTA 的功能

2.1 HB-HTA 与 DRG 的关系探讨

DRG 虽然作为支付方式为人所知,实际上其更是一种管理工具。^[6-8]在阐述 HB-HTA 对于医院管理的功能之前,首先对 HB-HTA 与 DRG 的异同点进行比较(表 1)。

HB-HTA 与 DRG 的相同点如下:(1)价值理念相容。HB-HTA 是医院层面实践“价值医疗”理念的一种循证科学方法^[9-10],核心是追求价值,为医院内部的卫生技术管理者和决策方提供证据并促进决策转化^[11-12]。DRG 按照“临床过程相似、资源消耗相近”原则对疾病进行分组,在此基础上量化医疗服务内容,与传统的支付方式相比,DRG 遵循“价值医疗”的理念^[13],强调“医保购买有价值的医疗服务”,促使医院从传统的经验医疗走向循证医疗,相应的管理也从粗放化转为精细化。因此,二者都是基于“价值医疗”理念的具体实践,核心任务都是识别“有价值的医疗服务项目”,从而保证医疗服务能够被准确地同质化提供和合理定价。(2)现实作用相近。医院可通过 HB-HTA 推动医院由行政决策向循证决策转变,健全医院技术决策管理机制。^[5] DRG 既可促使医院在绩效管理、财务管理和信息系统管理等方面实现精细化管理^[14-17],也可倒逼医院进行成本核算^[18],从而有效控制医疗费用不合理增长,医院保证提供高质量医疗服务并且实现经济性的同时,保证医保基金的最优化使用^[19]。因此,二者均是医院管理的工具,推动医院向精细化管理和提供高质量服务的发展方向迈进。

HB-HTA 和 DRG 也存在一些不同之处。HB-HTA 是一种对各类卫生技术进行评估的工具和方法,评估内容包括卫生技术的安全性、有效性和经济

① 包括北京医疗保险协会的 BJ-DRG,国家卫生健康委医政医管局和北京市卫生健康委信息中心联合制定的 CN-DRG,国家卫生健康委基层卫生司的 CR-DRG,国家卫生健康委卫生发展研究中心的 C-DRG。

性等各类特性,可以实现医院层面全技术(包括医疗设备、医用器械、医疗服务、药品等)、全流程(包括遴选、准入、试用、使用、撤资或淘汰等)、全范围(包括人员、操作、配套设置、支持条件、应急预案等)管理。^[20]而 DRG 主要是一种基于病例组合的付费方式和医院管理工具,通过“逐层细化、大类概括”等原则

确定不同的 DRG 诊断组并确定支付标准,适用于诊断和治疗方式对病例的资源消耗和治疗结果影响显著的病例。此外,DRG 关注不同诊疗技术资源消耗的比较,对不同病例组合形成的诊断组制定支付标准,并用于管理和支付,而不是具体严格地限定病例诊疗过程所使用和采取的卫生技术。

表1 HB-HTA 与 DRG 异同点比较

异同点	比较维度	HB-HTA	DRG
相同点	价值理念	追求价值医疗	
	现实作用	支持决策、促进医院管理精细化、实现经济性目标	
不同点	功能定位侧重点	评估方法	付费方式和医院管理工具
	应用对象	卫生技术,对卫生技术的安全性、有效性、经济性、社会适应性等进行评估	病例,对不同病例组合形成的诊断组制定支付标准
	适用范围	全技术、全流程和全范围管理	诊断和治疗方式对病例的资源消耗和治疗结果影响显著的病例,较适用于急性住院病例

2.2 HB-HTA 促进医院对 DRG 改革进行战略性回应

在 DRG 支付方式中,国家医保局对各 DRG 诊断组制定支付标准并预付医疗费用。对于医院而言,DRG 付费方式的核心是鼓励医院优化临床路径,激励医院在质量可控的前提下控制成本,通过降低成本、规范服务获取合理收益。在确定医保结算总费用时,按照“结余留用、超支分担”的原则,确定新年度医保实际应支付的总额。在这种机制下,HB-HTA 可作为方法学工具支持医院在 DRG 改革背景下主动控制成本,提供高质量、有效率的医疗服务,并为促进 DRG 分组和付费更加精细化和科学化提供经验和证据。

2.2.1 HB-HTA 促进 DRG 支付标准确定和控制医疗服务成本,确保经济性

DRG 支付方式确定了病种的付费标准,CHS-DRG 是全国医保部门实行 DRG 付费的唯一标准,而病种的具体诊断过程则由医院具体管理和负责。在此背景下,医院层面的经济学分析所面临的是更小的独立预算空间:若医院提供的医疗服务的实际成本超过 DRG 付费标准,则超支部分由医院承担;若医院提供的医疗服务的实际成本低于 DRG 付费标准,则医院可获得部分结余,作为医院诊疗服务的合理补偿。因此,医院有充足的动力在同等条件下追求更具经济性(成本—效果)的卫生技术来提供诊疗服务。在医院进行成本核算过程中,病例组合、分组和权重等设计对医院财务有着显著影响^[21],HB-HTA 的一个重要功能是进行经济性分析

并为卫生技术投资决策提供证据和信息^[22-23],通过对同一病种的不同诊疗过程、不同卫生技术(设备、器械、药品、检验等)以及相应的配套措施进行分析和比较,确定增量成本效果比最高的诊疗服务,实现控制医疗费用不合理增长的目标。同时,HB-HTA 也为 DRG 改革进程中医保部门与医疗机构间的沟通协商机制提供了循证证据,作为沟通协商的基础证据,促进支付标准调整和合理定价目标的实现。

2.2.2 HB-HTA 促进 DRG 改革中医疗服务质量的提升,确保安全有效性

DRG 改革的一个重要方面是最大程度避免因单纯控制成本而放弃或弱化质量,兼顾患者的健康收益和医院的成本收益。这就需要通过医疗服务安全指标(如中低风险组死亡率、中高风险组死亡率等)和质量指标(如 30 天再住院率、低住院天数人次占比等)对医疗服务进行监管考核与评价,以患者能够获得公平、可及、优质的医疗服务为原则,对医院的医疗服务产出进行量化比较。医院保证医疗服务安全和质量是 DRG 改革中面临的首要任务,HB-HTA 作为基于医院实际情况开展的卫生技术评估活动,可对医疗服务的安全性、有效性等特性进行分析与评估,如果合理应用则可以保证医院提供的重点 DRG 都是安全有效并且最具成本效益的“服务包”,整体上有助于实现提高医疗服务质量并实现资源最优化利用的目标。

2.2.3 HB-HTA 提供循证证据,改善信息不对称,促进 DRG 改革中基于患者多样化需求的共同决策

在推广 DRG 改革工作的初期,医院除了面临“包内包外”技术选择决策外,还需考虑患者的需求。DRG 支付标准覆盖了全口径的医疗费用,包括医保支付费用、患者自付费用和医保目录外的自费费用等。但是,由于患者的需求具有差异,部分患者更愿意使用价格较高的新技术或新材料,而医院可能无法满足患者的需求或者会引起自付费用增长,进而有可能引发医患冲突。面对因 DRG 设计和患者需求碰撞可能引发的潜在问题,建议提供医生与患者就新技术或新材料进行交流的循证证据支持,改善信息不对称,促进共同决策。在此背景下,一方面要警惕医院层面因成本问题对新技术产生排斥、阻碍新技术的应用,另外一方面也要考虑患者需求。因此,更需要医院充分利用 HB-HTA 探索新技术或新材料相关的增量成本效果比,引导医院合理使用各类卫生技术,也为医生和患者双方提供循证证据搭建交流的桥梁。

2.3 HB-HTA 辅助医院对支付方式改革进行整体性探索

DRG 是医保支付方式之一,主要适用于急性短期住院病例,且存在一定的更新周期。实践中存在一些 DRG 短时间内无法覆盖到的急性病例和不适宜以 DRG 付费的医疗服务等情况,在此情况下,HB-HTA 可辅助医院对支付方式改革进行整体性探索。

对于“未被 DRG 覆盖的新技术”,由医保或患者来支付费用,医院对这些新技术使用的价格敏感性不高。但目前来说,国家医保局联合其他部门开展的飞行检查等方式给医院对新技术的应用和收费带来了更多压力,从而产生了医院管理方式创新上的动力;开展 HB-HTA 可以基于对比现有技术的溢出价值进行溢出加价。对于医院来说,使用基于价值定价的良好探索是在医院现代化管理上的巨大进步。

2.3.1 HB-HTA 可对 DRG 短时间无法覆盖到的疾病诊断进行评估

在医学实践中,DRG 难以对层出不穷的新技术迅速做出回应,使用新技术可能会突破现有的 DRG 规范,医疗服务在临床实践中也总会面临个性化情况,DRG 的操作编码也并不能对新技术进行实时更

新,这就要求临床医疗服务需要尊重医疗实践的发展规律。对于 DRG 短时间内无法覆盖、但医院又需要引入的新技术而言,HB-HTA 可以提供能够兼顾医疗服务实际需求和医保支付管理要求的解决方案。当医院和医生使用新技术或开展创新性医疗服务时,可基于 HB-HTA 的经济学分析功能^[24],采用成本—效果分析等方法客观评估新技术对当期医疗成本和效果以及对患者疗效改善带来的潜在影响,通过增量成本效果比等指标确定合理的支付价格,以辅助医院对于该类技术进行决策,同时也可该类技术未来纳入 DRG 支付范围提供有益经验。

2.3.2 HB-HTA 可对不适宜实行 DRG 支付的医疗服务进行评估

我国医保支付方式改革的方向是实行以按病种付费为重点的多元复合式医保支付方式,这也从侧面反映出 DRG 支付方式并不适用于所有的卫生技术。因此,应针对不同医疗服务的特点实行不同的支付方式。如:对于住院医疗服务主要按病种、按疾病诊断相关分组付费;长期、慢性病住院医疗服务可按床日付费;基层医疗服务可按人头付费,并探索将按人头付费与慢性病管理相结合;对不宜打包付费的复杂病例和门诊费用,可按项目付费。对于不适宜实行 DRG 支付的医疗服务项目而言,HB-HTA 作为一种基于循证的方法学工具,理论上可对所有卫生技术进行评估,并支持准入、使用、定价和支付决策;而 DRG 理论上针对适宜分组的疾病制定打包式服务和支付标准,因此,HB-HTA 的应用范围远大于 DRG。当医院提供的医疗服务不适宜以 DRG 进行支付时,应基于医疗服务的特点,通过 HB-HTA 探索合理的支付方式,并基于评估证据合理定价、确定医保支付标准,进而在医院内部建立起一套与国家多元复合式医保支付方式改革相适应支付体系。

3 构建 DRG 与 HB-HTA 相结合的医院精细化管理模式

我国基本医保目录准入和更新中已经开始注重发挥 HTA 的功能和作用^[25],但在医院层面上,HB-HTA 与医保支付政策制定和反馈之间尚未形成紧密联系。在深化国家医疗卫生体制改革的背景下,面对快速更新的卫生技术和不断增长的卫生技术管理与决策需求,本文建议在医院层面构建 HB-HTA 与 DRG 相结合的医院精细化管理模式,促进医院管理和决策体制变革。

3.1 打造“HB-HTA + DRG”模式,将 HB-HTA 贯穿于医院 DRG 全流程

鼓励医院将 HB-HTA 方法作为医院卫生技术管理决策必要的评估方法,在医院卫生技术准入、试用、使用、更新、定价的全流程管理中嵌入使用 HB-HTA 方法获得全面证据。DRG 支付方式改革创造了一个在医院内开创精细化管理改革的窗口期,对于开展 HB-HTA 较早并且在医院管理中应用基础较好的医院,对于在试运行时发现 DRG 支付超支严重的项目,可以尝试在服务包设计(包括手术技术选择、耗材选择等)、定价与支付、监管等流程中纳入 HB-HTA,注重循证证据的开发和使用,实现二者的有机结合,重点支持在 DRG 支付方式中应用 HB-HTA 证据,利用成熟的 HB-HTA 模板,努力将多样性的医疗服务转化为可量化的标准。

3.2 鼓励将 HB-HTA 作为医院 DRG 支付方式前期的必要探索

对于部分具有创新性和突破性的卫生技术,DRG 短时间可能无法覆盖到或没有充分的证据对其进行分组和定价。医院作为新技术准入的窗口,在技术准入时本身就有一套严格的准入管理制度,需要对本院引入新卫生技术的安全性、临床有效性、经济性等特征及其对医院管理运营和战略发展的影响进行综合评估,并以证据为基础,通过谈判、协商等多种形式做出准入决策。在引入新技术开展 HB-HTA 的过程中,经济学评估是医院关注的一个重要因素,即考量卫生技术所引起的成本和健康收益,对医院成本收益情况、患者诊疗期间的花费和健康提升更为关注。HB-HTA 在方法上侧重从医院角度开展卫生技术的成本—效果分析和预算影响分析^[24,26],因此实力较强的大型医院在新技术准入时,可将 HB-HTA 经济学评估与 DRG 支付方式相结合,基于国际经验和已有证据探索对医疗服务进行分组和设计权重,将 DRG 方式纳入预算影响分析之中。

3.3 探索在其他支付方式定价和报销中发挥 HB-HTA 的功能

对于不适宜以 DRG 支付的医疗服务项目(如慢性病、基层医疗服务、不宜打包付费的复杂病例等),医院应结合国家的具体规定探索合理的支付方式和支付价格,将 HB-HTA 作为其他医疗服务项目定价和决策中主要的证据整合工具,注重经济学评估中的成本—效果分析和预算影响分析,在预算约束下

探索更具边际效用的卫生技术。如对于可按床日付费的慢性病住院医疗服务,医院层面应以患者健康为导向,通过开展 HB-HTA 收集相关证据并进行有针对性的评估活动,完善医疗服务供方在慢性病管理中的作用,慢性病管理项目中使用 HB-HTA 的评估流程和方法,探索合理的报销额度和药费补贴待遇等,以减轻患者就诊压力。^[26]

4 DRG 改革背景下推广 HB-HTA 需要重点关注的问题

4.1 理顺组织体制,促进多方参与,整合多类证据,实行集中管理

为统筹推进医院进行 DRG 支付方式改革和引入 HB-HTA 评估方法,医院层面应组建精细化管理工作小组,协调 HB-HTA、医保、财务和绩效管理等部门,构建起顺畅的部门组织协调机制,在国家标准之下探索医院化解 DRG 规范性和灵活性之间矛盾的方法,重点支持卫生技术评估形成的证据在医院管理中发挥决定性作用。在打造“HB-HTA + DRG”管理模式时,尤其要形成统一整合性的共同证据^[28],有效解决证据结果冲突的问题,保证医院内部卫生技术管理决策数据的一致性。

4.2 注重医疗卫生大数据的开发和使用

作为提升医院精细化管理的手段,DRG 和 HB-HTA 都需要医疗卫生大数据的支持,从大数据中提取和测算卫生技术的安全性、有效性和经济性等,形成定量的价值维度。目前,全球 HTA 机构在探索使用真实世界数据来补充和丰富卫生技术证据的可能性,以解决使用随机对照试验产生的疗效数据来预测卫生技术的相对有效性。^[29]因此,建议国家层面要加强数据库和信息库建设,尤其注重本土化数据的开发,统一数据分类标准,针对医院基本运营数据、成本数据、不同 DRG 组的具体数据、不同卫生技术的 HB-HTA 证据数据和信息等进行大规模的开发和维护,从而为决策转化提供有力支撑。

4.3 加快 HB-HTA 试点工作,提高评估能力和公信力

与全面快速推开的 DRG 支付方式改革相比,我国 HB-HTA 进展明显较为缓慢。因此,医院应尽快补上短板,以医院需求为导向,加强人才培养和业务培训,提高评估能力和质量,构建起 HB-HTA 决策转化机制;国家层面上可以鼓励部分基础较好的医院率先将 HB-HTA 纳入医院管理决策之中,同时通过

将 HB-HTA 成果共享与医疗联合体建设相结合,逐步建立医院技术评估报告共建共享、评估结论互惠互认制度^[30],推动 HB-HTA 结果的推广。

4.4 建立符合医院实际情况的 HB-HTA 组织模式和管理流程

在 HB-HTA 组织模式方面,根据我国 HB-HTA 的现实基础和医院内部分工情况,建议采取内部委员会与 mini-HTA 相结合的组织模式;有条件的大型医院或有医院管理研究所的医院可以尝试建立独立的 HB-HTA 部门,或是前期由具有一定评估基础的研究人员组成评估小组;医联体可以尝试由医联体内部基础较好的医院建立独立的评估部门,评估报告在医联体内部共享使用。在 HB-HTA 管理主体方面,初期应组建卫生技术评估小组,负责审阅临床科室提交的申请报告、根据需要实施 HB-HTA 并出具评估报告、管理和协调评估项目相关工作;小组成员包括临床部门、医保部门、财务部门负责人,具备器械管理、药学、护理、循证医学、卫生经济学、伦理学等背景的相关专家,以及 1~2 名全职 HTA 技术人员。在嵌入 HB-HTA 的技术准入管理流程方面,建议按照评估申请与初审、职能部门会签与项目遴选、注册并开展评估、撰写评估报告、基于评估的主审、会议决策并提交评估报告摘要、领导班子复审和做出实际采购决策、新技术试用期评估审查并八个阶段进行。

4.5 建立动态监管机制,提高“HB-HTA + DRG”模式的效能

首先,需要坚持 DRG 付费方式以规范性为主,强调全国范围内形成统一的分组、权重和支付标准,以最大程度减少因道德风险和博弈行为对 DRG 改革带来不利影响。其次,在提高 DRG 付费方式实施的过程中,HB-HTA 发挥着促进和辅助功能,这在帮助医院解决相关决策问题的同时,促进医患良性交流的初期也会带来一定的压力。因此,在“HB-HTA + DRG”模式中,应当建立动态监管机制,如果出现问题管理层应当协调评估相关学科外部技术力量为院内评估人员提供支持,从而切实明确 HB-HTA 的使用范围和程度,对评估和决策转化效果进行高质量的综合评价、监管以及再评估,并将评估结果切实转化到 DRG 实施中,以便更好地发挥组合模式的效能。

作者声明本文无实际或潜在的利益冲突。

参 考 文 献

- [1] 胡广宇,刘婕,付婷辉,等.我国按疾病诊断相关分组预付费改革进展及建议[J].中国卫生政策研究,2017,10(9):32-38.
- [2] Gagnon M P. Hospital-Based Health Technology Assessment: Developments to Date[J]. *Pharmacoeconomics*, 2014, 32(9): 819-824.
- [3] 吕兰婷,施文凯,林夏,等.新医改背景下基于循证决策的医院卫生技术评估功能与机制[J].中国循证医学杂志,2020,20(3):335-339.
- [4] 吕兰婷,施文凯,林夏,等.基于国际经验的医院卫生技术评估实施路径研究[J].中国医院管理,2019,39(2):17-20.
- [5] 吕兰婷,施文凯,林夏,等.我国开展医院卫生技术评估的路径与策略[J].中国卫生政策研究,2019,12(8):74-81.
- [6] McNeil B J. Hospital Response to DRG-Based Prospective Payment[J]. *Medical Decision Making*, 1985, 5(1): 15-21.
- [7] Fetter R B, Freeman J L. Diagnosis Related Groups: Product Line Management within Hospitals[J]. *Academy of Management Review*, 1986, 11(1): 41-54.
- [8] Lehtonen T. DRG-based prospective pricing and case-mix accounting—Exploring the mechanisms of successful implementation[J]. *Management Accounting Research*, 2007, 18(3): 367-395.
- [9] 喻佳洁,李琰,陈雯雯,等.循证医学的产生与发展:社会需求、学科发展和人文反思共同推动[J].中国循证医学杂志,2019(1):108-113.
- [10] 李琰,喻佳洁,李幼平.循证科学:构建突破学科界限的会聚共生体系[J].中国循证医学杂志,2019(5):505-509.
- [11] 施文凯,吕兰婷.基本医疗保险循证决策体系构建:卫生技术评估的作用[J].中国卫生政策研究,2019,12(11):73-79.
- [12] EUR-ASSESS. Introduction to the EUR-ASSESS project[J]. *International Journal of Technology Assessment in Health Care*, 1997(13): 133-143.
- [13] 跃华,李曦.用诊断相关组付费方式重塑价值医疗[J].中国社会保障,2018(9):79-81.
- [14] 杜圣普,金昌晓,周瑞,等.DRGs 病例组合指数在医院绩效考核中的应用研究[J].中华医院管理杂志,2011,27(11):876-878.
- [15] 郭永瑾,岑珏,许岩,等.疾病诊断分组系统的建立及其在医院绩效管理中的应用[J].中国卫生政策研究,2015,8(9):6-9.
- [16] 王珊,杨兴宇,郎婧婧,等.全国按疾病诊断相关分组

- 收付费在医院的应用探讨[J]. 中国医院管理, 2017 (6): 5-7.
- [17] 马忠凯. 医院适应 DRG 医保支付方式下的绩效考核模式探索[J]. 中国卫生经济, 2019, 38(6): 76-77.
- [18] 王珊, 王涤非, 陶琳, 等. 我国公立医院成本核算影响因素分析及制度建设[J]. 中华医院管理杂志, 2016, 32(10): 760-762.
- [19] 樊犇敏. 我国 DRG 收付费方式改革的愿景[J]. 中国卫生经济, 2018, 37(1): 21-23.
- [20] 林夏, 白飞, 吕兰婷, 等. 我国医院技术评估试点成效及推进策略[J]. 中国循证医学杂志, 2020, 20(1): 94-97.
- [21] Steinwald B, Dummit LA. Hospital Case-Mix Change: Sicker Patients or DRG Creep? [J]. Health Affairs, 1989, 8(2): 35-47.
- [22] Kidholm K, Ølholm A M, Birk-Olsen M, et al. Hospital managers' need for information in decision-making: An interview study in nine European countries[J]. Health Policy, 2015, 119(11): 1424-1432.
- [23] Martelli N, Devaux C, Brink H, et al. Harmonizing Health Technology Assessment Practices in University Hospitals: to What Extent is the Mini-HTA Model Suitable in the French Context [J]. International Journal of Technology Assessment in Health Care, 2017, 33(2): 307-314.
- [24] 陶立波. 社会视角和医院视角下卫生经济学评估的内在矛盾及其协调机制[J]. 中国卫生政策研究, 2018, 11(4): 61-63.
- [25] 健康点. 国家卫健委、医保局共识:将卫生技术评估用于医保准入 [EB/OL]. [2018-12-01]. http://www.healthpoint.cn/article_detail/65655
- [26] 陶立波. 卫生经济学评估中性价比和预算影响分析的作用机制再思考[J]. 中国医疗保险, 2019(3): 55-57.
- [27] 吕兰婷, 邓思兰. 我国慢性病管理现状、问题及发展建议[J]. 中国卫生政策研究, 2016, 9(7): 1-7.
- [28] Anthony J C. Health economics and health technology assessment[J]. Medicine, 2018, 46(7): 379-382.
- [29] Makady A, Renske ten Ham, Anthonius de Boer, et al. Policies for Use of Real-World Data in Health Technology Assessment (HTA): A Comparative Study of Six HTA Agencies[J]. Value in Health, 2017, 20(4): 520-532.
- [30] 林夏, 吕兰婷, 金盾, 等. 在我国推广医院卫生技术评估的可行性分析[J]. 中国医院管理, 2019, 39(2): 11-13.

[收稿日期:2019-12-31 修回日期:2020-01-30]

(编辑 赵晓娟)