

卫生技术评估和循证医学的 决策协同逻辑与实践路径研究^{*}

——李苗苗^{1,2,3} 赵 晖^{1,3} 廖 星¹ 王永炎¹

【摘 要】 从发展脉络、理论演进、交互逻辑、方法学整合以及应用挑战与对策等方面探讨卫生技术评估(HTA)和循证医学(EBM)的决策协同逻辑与实践路径。HTA 通过多维度评估为 EBM 提供全面的证据,而 EBM 可通过临床实践验证 HTA 的评估结果。尽管 HTA 与 EBM 在方法学设计、临床实践、政策制订等方面存在挑战,但它们的结合能够为医疗决策提供更全面的证据。未来应制订统一的评估标准和流程,搭建信息共享平台,促进 HTA 和 EBM 协同应用,以优化医疗决策,提高卫生资源利用率。

【关键词】 卫生技术评估;循证医学;比较效益研究;动态卫生技术评估

中图分类号:R197.32;R4

文献标识码:A

Research on the Decision-Making Synergy Logic and Practical Pathways of Health Technology Assessment and Evidence-Based Medicine/LI Miaomiao, ZHAO Hui, LIAO Xing, et al. //Chinese Health Quality Management, 2025, 32(6): 01-05, 32

Abstract This paper explores the decision-making synergy logic and practical pathways between Health Technology Assessment (HTA) and Evidence-Based Medicine (EBM) from aspects such as development context, theoretical evolution, interactive logic, methodological integration, as well as application challenges and countermeasures. HTA provides comprehensive evidence for EBM through multi-dimensional assessment, while EBM validates the assessment results of HTA through clinical practice. Despite challenges in methodological design, clinical practice, policy formulation, and other areas, the combination of HTA and EBM can provide a more comprehensive basis for medical decision-making. In the future, unified evaluation standards and processes should be established, and information-sharing platforms should be built to promote the synergistic application of HTA and EBM, thereby optimizing medical decision-making and improving the utilization rate of health resources.

Key words Health Technology Assessment; Evidence-Based Medicine; Comparative Effectiveness Research; Living-Health Technology Assessment

First-author's address Institute of Basic Research in Clinical Medicine, China Academy of Chinese Medical Sciences, Beijing, 100700, China

卫生技术评估(Health Technology Assessment, HTA)作为一种科学的评估工具,能够从多个维度进行客观评价,被广泛应用于医疗卫生决策^[1]。动态卫生技术评估(Living-HTA)是对 HTA 的扩展,具有实时性、灵活性、多维度分析等特点, Living-HTA 强调在技术生命周期内进行持续评估和调整,以解决传统 HTA 在时效性和适应性方面的局限性,从而更有效地支持决策^[2]。循证医学(Evidence-Based Medicine, EBM)是对当前最佳证据的审慎性使用,强调所有医疗服务必须建立在目前所能获得的最完

DOI:10.13912/j.cnki.chqm.2025.32.6.01

^{*} 基金项目:国家自然科学基金项目(编号:82174239);中国中医科学院科技创新工程项目(编号:CI2021A00701-3, CI2021A05503, CI2021B003)

1 中国中医科学院中医临床基础医学研究所 北京 100700 2 广州中医药大学针灸康复临床医学院 广东 广州 510000

3 中国中医药循证医学中心 北京 100700

整、最有效的证据基础上^[3]。EBM 在全球得到广泛发展,并成为医学和科学研究的桥梁学科,对所有相关领域都产生了巨大影响,其中就包括 HTA^[4]。尽管从发展渊源来看,HTA 略早于 EBM,但 EBM 的出现使得 HTA 的评价更具规范性。

HTA 与 EBM 为现代医学带来了全面的科学支持,推动了医疗实践的持续改进,但目前尚未对二者横向对比,无法更系统地为临床试验和政策制订提供支持。国外较早阐明了 HTA 与 EBM 的关系。2009 年,有研究解释了 HTA 的内涵,并从学科内容交叉的角度描述了 HTA 与 EBM 的关系^[5];2010 年,Luce BR 等^[6]对 EBM、HTA 和比较效益研究(Comparative Effectiveness Research, CER)进行了阐释,澄清了术语之间的区别,并设计了基于证据和价值的 3×3 矩阵,从不同维度对术语进行分析。国内较早阐述 HTA 与 EBM 关系的是四川大学华西医院的学者,其研究指出,EBM 为 HTA 提供了科学依据和方法支持,而 HTA 则是 EBM 在卫生政策实践中的重要应用^[7]。本研究在总结既往研究的基础上,系统梳理二者之间的关系,从发展脉络、理论内涵以及具体应用等维度进行对比分析,旨在揭示其内在联系与差异,为相关领域研究和实践提供参考。

1 HTA 和 EBM 的发展脉络与理论演进

随着医疗技术的快速发展和医疗费用的不断增长,人们开始意识到需要一种更加系统、全面的方法来评价卫生技术的效果和价值。1972 年,美国国会颁布技术评估法案,并建立了技术评估办公室^[8]。此后,HTA 逐渐发展,国际上一些

发达国家(如美国、加拿大、英国、澳大利亚等)纷纷建立了 HTA 机构,并制定了相应的评估指南和标准。这些机构通过收集和分析有关卫生技术的数据信息,为政策制定者提供科学、客观、全面的评估报告^[9]。经过 40 余年的发展,全球已有约 30 多个国家和地区开展 HTA,并形成了 100 多个全球网络组织和不同层级的机构,显示出 HTA 在全球范围内的广泛应用^[10]。目前,HTA 已经成为支持卫生政策制订和卫生服务管理的重要工具之一,它能够 为决策者提供客观、科学的依据,帮助确定哪些技术或服务是有效安全的,从而优化资源配置,提高医疗服务的质量和效率^[11]。HTA 的发展史见图 1。

CER 重点比较和评估不同医疗干预措施、医疗保健策略的效益和风险^[12-15]。CER 和 HTA 目标一致,倾向于关注医疗干预的实际效果和经济价值。CER 的结果为 HTA 提供了重要的证据基础,可以直接或间接地影响 HTA 的决策过程。HTA 可以利用 CER 生成的证据来进一步评估医疗技术的临床效果和成本效益。不同的是,CER 主要比较常规实践环境中不同干预措施的效果,而 HTA 则更广泛地评估医疗技术的各方面,包括临床效果、安全性、成本效益以及社会、伦理和法律影响等。CER 主要为临床指南

的制订和个体医疗决策提供支持,而 HTA 则更多地用于支持政策制订、资源分配和支付决策。虽然 CER 有时也会涉及成本-效益分析,但 HTA 更系统地将经济学评价纳入其评估过程,以确定医疗技术是否值得从社会资源分配的角度进行投资。

EBM 是一种将最佳科学证据与临床专业判断和患者需求相结合的医学实践方法。随着其理念的不断传播和实践的深入,EBM 已逐渐成为全球医学界广泛接受的方法学。20 世纪 90 年代,David Sackett、Gordon Guyatt 等学者在加拿大 McMaster 大学推动了 EBM 的实践,强调使用最佳证据指导临床决策。随着系统综述(Systematic Review, SR)方法的发展,医学研究者能够更全面地评估和整合研究结果,为临床实践提供更可靠的证据。20 世纪 90 年代中期,EBM 促进了临床指南的制订,这些指南基于 SR,为医生提供了标准化的治疗建议^[16]。21 世纪初,随着基因组学、蛋白质组学等生物技术的发展,EBM 开始融入个性化和精准医学的概念,强调根据患者的遗传特征和生物标志物来定制治疗方案。目前,大数据科学、计算生物学和人工智能的应用,使得从大量复杂的数据中提取有用信息成为可能,这为 EBM 带来了新的变革机遇。未来的 EBM 将是更深



图 1 卫生技术评估与循证医学的发展史概览

层次的“深度医学”，它将整合多维度证据，包括自然病史数据、基因组学、所有已发表的临床研究、真实世界数据 (Real World Data, RWD) 和物联网医疗 (Internet of Medical Things, IoMT) 的累积数据等，为深度医学提供下一代证据^[17]。EBM 的发展史见图 1。

在 HTA 的早期发展阶段，其评价过程往往依赖专家的主观判断和经验，缺乏统一的规范和标准，这使得评价结果的科学性、可靠性和可重复性受到一定限制。而 EBM 的出现为 HTA 注入了新的活力。EBM 倡导的证据分级体系，为 HTA 筛选和评估证据提供了明确的框架，使得 HTA 能够更加科学地确定证据质量，从而纳入评估过程。同时，EBM 所强调的 SR 和随机对照试验 (Randomized Controlled Trial, RCT) 等方法，也为 HTA 提供了更为严谨、客观的证据来源，确保了评估结果的准确性和可信度。在临床实践中，EBM 的应用使得医疗决

策更加基于证据，减少了不必要的医疗干预和资源浪费。而 HTA 则通过对新技术、新药物等的评估，为医疗技术的准入和推广提供了科学依据，确保了医疗资源的合理配置。

为更清晰地展示 HTA、EBM、CER 与 Living—HTA 之间的异同，现从不同维度对四者进行横向对比，具体见表 1。

2 HTA 和 EBM 的交互逻辑与方法学整合

HTA 与 EBM 目标一致，均致力于优化医疗决策，提高卫生资源利用效率。HTA 通过多维度评估，为 EBM 提供更全面的证据，而 EBM 则通过临床实践验证 HTA 的评估结果。

HTA 作为综合评估卫生技术的工具，覆盖临床效果、经济价值和社会影响，侧重于从社会或支付方的角度评估医疗技术的经济价值和成本效益。EBM 则主要关注临床

决策，侧重于个体患者和医生的决策支持。HTA 普遍被认为是辅助循证卫生决策的工具。一方面，HTA 通过从多个维度系统评估卫生技术 (如药物、医疗器械、治疗程序、干预措施、诊断工具等)，为循证实践提供宏观层面的证据，帮助临床医生在个体化诊疗时更好地选择适合的治疗方案。另一方面，HTA 涉及对卫生技术的医疗、社会、经济和伦理等多方面的综合评估，在资源有限的情况下，可以确保优先考虑能够带来更大健康受益的技术。这不仅确保了评估过程的全面性和客观性，也帮助决策者获知卫生技术的潜在益处和风险，从而为更高层面的政策制订提供可靠依据，优化医疗资源的合理配置^[1,18]。同样的，EBM 的实践经验和方法原则，反过来也可以为 HTA 提供反馈数据，进一步提高评估的准确性。在 EBM 的实施过程中，首先，临床实践所积累的真实世界数据可以为 HTA 提供信息来源。这些数据可

表 1 HTA、EBM、CER 与 Living—HTA 的对比鉴别

维度	卫生技术评估(HTA)	循证医学(EBM)	比较效益研究(CER)	动态卫生技术评估(Living—HTA)
定义	基于多学科的评价过程,使用明确的方法来评估卫生技术在其不同生命周期的价值	应用当前最佳可得证据,并结合患者意愿和专家经验来指导临床实践	通过生成和综合证据,以比较替代方法分析预防、诊断、治疗和监测临床状况中的益处和危害	一种动态的评估方法,通过定期更新和维护相关数据和信息,以适应快速变化的医疗技术和政策环境
目的	为卫生决策者提供全面、客观的证据,帮助其进行资源配置、技术选择、政策制订	确保医疗实践基于当前最佳证据,提高医疗服务的质量和效率	比较不同医疗干预措施和医疗保健策略的效果,以确定哪些方法在特定情况下最有效,适合哪些患者	为决策者提供关于医疗技术影响的动态信息,缩短从研究到临床应用的时间,提高资源利用率,灵活适应新技术和新数据的出现
特点	评估医疗技术的各方面,包括临床效果、安全性、成本效益以及社会、伦理和法律影响等,倾向于关注医疗干预的实际效果和经济效益	主要评估干预措施的临床疗效、安全性,倾向于关注医疗干预的效力	比较常规实践环境中不同干预措施的效果,倾向于关注医疗干预的实际效果和经济效益	动态性、相关性、实效性,倾向于关注医疗干预措施的实际效果和经济效益
决策服务的主体对象	卫生决策者、临床决策者、医疗保险支付方、医疗机构	临床决策者、患者、卫生政策制定者、公共卫生工作者	患者、医疗服务提供者、政策制定者	卫生决策者、临床决策者、医疗保险支付方、医疗机构
决策服务的范围	广泛,面向宏观、中观决策,包括临床诊治指南、医疗保险报销范围、卫生技术服务价格制订等	偏聚焦,面向微观决策,主要集中在临床医疗实践,指导医生和患者做出治疗决策	偏聚焦,面向微观决策,服务于个体和群体的医疗卫生保健	广泛,面向宏观、中观决策,包括临床诊治指南、医疗保险报销范围、卫生技术服务价格制订等
实体机构	卫生决策中心、英国国家卫生与临床优化研究所(NICE)、国际卫生技术评估协会、国际药物经济学与结果研究协会、非洲南部卫生技术评估学会、中国国家药物和卫生技术综合评估中心、中国循证医学中心等	Cochrane 协作网、英国国家卫生与临床优化研究所(NICE)、国际临床试验注册平台、中国循证医学中心、Cochrane 中国协作网、国际传统临床医学试验注册平台等	—	国际卫生技术评估协会、英国国家卫生与临床优化研究所(NICE)、加拿大药物和医疗技术评估机构(CADTH)、国际药物经济学与结果研究协会、欧洲卫生技术评估协作网(EUnetHTA)等
行业发展态势	国际间合作日益增多,HTA 结果共享,强调本土化和适应性	强调个性化医疗和患者参与,以及在不同临床情境下应用证据	在医疗决策、精准医学、政策制订和临床实践中的应用逐渐增加	自动化工具、标准化模型逐步构建

以反映卫生技术在实际应用中的效果及其对患者的实际影响,从而为 HTA 提供更为准确的评估基础。其次,EBM 强调使用最佳证据进行决策,这一原则可以提升 HTA 评估的科学性。通过系统的文献回顾和数据分析,EBM 能够为 HTA 提供更为扎实的理论依据,确保评估结果可靠。再者,临床医生在使用新技术时所获得的经验,也可以为 HTA 提供实际的视角。这些经验可以帮助 HTA 识别可能存在的风险,从而为政策制定者提供更具有针对性的建议^[19-20]。

HTA 与 EBM 在证据生成、证据综合、决策制订与成果转化等方面担任重要角色。从证据生成角度来看,EBM 的核心是效力(即是否有效,基于理想环境数据的评估),兼考虑效果和经济价值,而 HTA 考虑的是效果(基于真实世界数据的评估),且重点评估经济性,即从经济和社会角度评估医疗技术的价值。从证据综合范围来看,HTA 和 EBM 均依赖于临床证据,包括 RCT 和观察性研究等。但 HTA 侧重于对医疗技术的全面评估,包括技术的安全性、有效性、经济性及社会影响等方面。而 EBM 则强调应基于当前最佳证据进行决策,以确保治疗手段的有效性和安全性^[5]。从决策主体角度来看,EBM 主要服务于临床医生和患者,关注医生和患者的决策;而 HTA 则主要服务于政策制定者、支付方和医疗机构。从成果转化角度来看,EBM 的一个重要成果转化是制订临床指南,而 HTA 的输出也常常被用于制订指南^[6]。临床指南可以同时反映 EBM 和 HTA 的成果,但在实践中,EBM 更侧重于临床效果,而 HTA 更侧重于成本效益,见图 2。

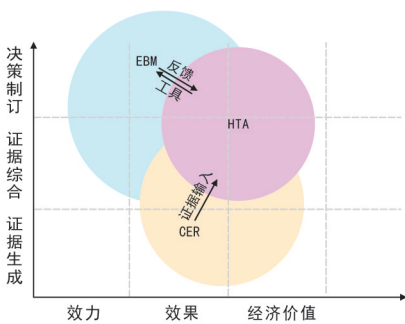


图 2 HTA、EBM 与 CER 的关系

3 HTA 与 EBM 应用中的挑战

HTA 与 EBM 在应用中互补。在实践方面,HTA 关注医疗技术的宏观应用,如医保准入;而 EBM 关注医疗实践中的具体问题,如疾病诊断、治疗方案选择等^[21]。在制订政策时,需要参考 HTA 对医疗技术的评估结果,以确定哪些技术应该纳入医保范围;同时,也需要运用 EBM 的原理和方法来评估这些技术的有效性。HTA 为国家医保报销目录的调整、高值耗材与高价药品的谈判等宏观政策制订提供决策支持;而 EBM 则更多地在微观层面发挥作用,如临床医生的治疗决策。两者共同构成了从宏观到微观的全方位决策支持体系^[22]。

然而,二者在方法学设计、临床实践、政策制订等方面仍存在挑战。对于 HTA 而言,其核心在于提供高质量的证据来支持决策,但研究设计不合理和方法学不完善是其面临的主要问题之一。由于 HTA 过程的透明性不足,导致决策者对 HTA 结果的信任度有限,因此将评估结果转化为实际政策存在挑战。此外,不同国家和地区的 HTA 方法存在差异,导致评估结果的一致性和可比性受到影响。对于 EBM 而言,其成果在临床实践中的应用相对滞后。特别是

在药物开发的早期阶段,临床试验不仅成本高昂而且失败率高。传统的 RCT 面临及时性、成本、特定人群选择、伦理障碍和耗时长等问题,导致研究结果可能过时,与当前医疗实践脱节^[23]。临床研究中的数据孤岛现象则增加了证据获取和评估的难度,阻碍了多学科协作和高质量临床研究的开展^[17]。另外,患者在传统临床研究试验中的参与度不足,以致于不能充分反映其迫切需求和价值偏好^[24],因此需向以患者为中心的证据生成系统转变。随着数字医疗技术的发展,数字的标准化以及不同来源数据的整合将成为新的挑战^[17]。

4 HTA 与 EBM 的应用对策

为应对上述挑战,HTA 与 EBM 在医疗实践中的结合应用愈发频繁。这不仅有助于提升医疗决策的科学性和精准性,而且能深入推动医学研究,提升医疗服务质量。例如,针对中成药临床价值不明、医保准入证据缺乏的情况,国内开展系列中成药临床综合评价研究^[25-27]。在中成药临床综合评价体系的方法学框架方面,提出 HTA 联合多准则决策分析模式,或将证据与价值对决策的影响(Evidence and Value; Impact on Decision Making, EV-IDEM)框架引入中医药 HTA,这不仅能够为中医药多维度价值评估提供证据,而且有助于增加决策的透明性,提高决策质量。这些模式始终离不开证据的评价,这就有赖于 EBM。

HTA 与 EBM 的结合能够为医疗决策提供更全面、更优化的依据,提升决策的科学性与透明度。HTA 能够识别最具成本效益的医疗技术,而 EBM 则确保这些技术的应用基于最佳证据。这种协同作用有助

于优化医疗资源的分配,提高医疗系统的效率。通过 HTA 和 EBM 的结合,不仅可以评估推广具有成本效益的干预措施,还可以帮助低收入国家改善医疗服务质量,促进健康公平。首先,在应用层面整合 HTA 和 EBM 的评估结果,能够确保政策既符合技术发展趋势,又满足临床实际需求。其次,随着医疗技术的进步,新的治疗方法和设备层出不穷。HTA 与 EBM 的整合,能够帮助决策者快速准确地评估新技术的安全性和有效性,以及它们是否符合当前的临床实践标准,从而应对技术的快速发展^[9]。再者,HTA 和 EBM 的整合能够提供一个更全面的视角来审视医疗技术,既考虑技术的整体性能,又关注其在具体临床实践中的应用效果。通过整合评估,可以更精确地判断哪些技术或服务是高效且成本效益好的,从而优化医疗资源配置^[28]。然而,HTA 与 EBM 的结合需要大量的资源和专业知识。对于资源有限的医疗机构,实施这种综合评估可能面临技术和资金的挑战。加之医疗技术发展迅速,相关证据的生成和评估可能需要较长时间。这种滞后性可能导致 HTA 与 EBM 的结合无法及时反映最新技术进展。为了确保二者更好的结合,未来可以制订统一的评估标准和流程,明确评估目标,以及评估的范围和关键指标,增强评估的针对性和有效性。另外,搭建信息共享平台也将有助于促进 HTA 和 EBM 之间的数据共享,提高评估的准确性^[29]。

5 结论与展望

HTA 与 EBM 共同推动着医学决策的科学化与精准化。随着医学科技的进步,HTA 逐渐成为医疗决

策不可或缺的工具,为决策者提供了关于技术安全性、有效性及经济性的全面信息。同时,EBM 的理念也日渐深入人心,它要求医疗决策必须建立在最佳研究证据的基础之上。两者在发展过程中既面临挑战,又迎来机遇。数据的可用性一直是关键问题,但大数据和人工智能技术的兴起为数据收集带来了新的可能。此外,评估方法的多样性也是一大挑战,但同时也为研究和实践提供了更多的选择。展望未来,在二者分别辅助决策的基础上,应逐步实现交叉融合,如将 EBM 的证据综合理念融入 HTA 的证据收集与分析环节,或将 HTA 的经济学评估理念融入 EBM 的临床决策环节,以持续为医疗健康决策提供科学支持,共同推动卫生事业高质量发展。

参考文献

[1] O'REILLY D, AUDAS R, CAMPBELL K, et al. Evidence-based decision making 3: health technology assessment[J]. *Methods Mol Biol*, 2021(2249):429-454.

[2] 李 薇,韩 晟,陈英耀. "Living HTA"的概念、方法与挑战[J]. *中国卫生经济*, 2024,43(8):1-4.

[3] CHLOROS GD, PRODROMIDIS AD, GIANNODIS PV. Has anything changed in evidence-based medicine? [J]. *Injury*, 2023,54:20-25.

[4] EDDY DM. Evidence-based medicine: a unified approach[J]. *Health Affairs*, 2005, 24(1):9-17.

[5] EDDY D. Health technology assessment and evidence-based medicine: what are we talking about? [J]. *Value in Health*, 2009,12:6-7.

[6] LUCE BR, DRUMMOND M, JÖNSSON B, et al. EBM, HTA and CER: clearing the confusion[J]. *Milbank Q*, 2010,88(2):256-276.

[7] 李 静,李幼平,刘 鸣. 卫生技术评估与循证医学[J]. *华西医学*, 2000,15

(1):6-9.

[8] 廖 星,郭武栋,曹 庄,等. 应用卫生技术评估开展中成药临床综合评价[J]. *中国中药杂志*, 2020, 45(16):3749-3758.

[9] CHEN Y, HE Y, CHI X, et al. Development of health technology assessment in China: new challenges[J]. *BioScience Trends*, 2018,12(2):102-108.

[10] 王海银,孙 辉,王昊德,等. 价值重塑下的我国卫生技术评估发展与展望[J]. *中国卫生质量管理*, 2022,29(6):1-3,8.

[11] OROURKE B, OORTWIJN W, SCHULLER T. The new definition of health technology assessment: a milestone in international collaboration[J]. *Int J Technol Assess Health Care*, 2020,36(3):187-190.

[12] 廖 星,谢雁鸣,田 峰,等. 比较效益研究的设计、实施和分析方法概述[J]. *中国中药杂志*, 2013, 38(6):930-935.

[13] 谢雁鸣,廖 星. 对比较效益研究 GRACE 准则的解析[J]. *中国中西医结合杂志*, 2012, 32(8):1121-1125.

[14] 谢雁鸣,廖 星,王永炎. 将比较效益研究理念引入中医临床评价研究[J]. *中西医结合学报*, 2011, 9(8):813-818.

[15] CHANDRA A, JENA AB, SKINNER JS. The pragmatist's guide to comparative effectiveness research [J]. *J Econ Perspect*, 2011,25(2):27-46.

[16] DJULBEGOVIC B, GUYATT GH. Progress in evidence-based medicine: a quarter century on[J]. *Lancet*, 2017, 390(10092):415-423.

[17] SUBBIAH V. The next generation of evidence-based medicine[J]. *Nature Medicine*, 2023,29(1):49-58.

[18] MERLIN T. Decisions in health technology assessment: should we speak with one voice? [J]. *Health Res Policy Syst*, 2018,16(1):108.

[19] 耿劲松,唐 密,杨 海,等. 医院卫生技术评估研究方法的循证分析[J]. *中国卫生质量管理*, 2024, 31(12):1-6.

[20] EDDY D,郑亚明,吴 晶. 卫生技术评估与循证医学:我们研究的是什么? [J]. *中国药物经济学*, 2010(1):66-69.

(下转第 32 页)

合理用药等指标的得分较低。对此,普通专科需加强学科带头人培养,制订诊疗技术开展计划,加强质量安全管理,完善考核和奖惩机制。(4)弱势专科在各个评价维度上均存在不同程度的劣势,如口腔科费用消耗较高、皮肤科亚专科设置不够齐全、中医科人才流失严重等。对此,弱势专科尤其是CMI得分较低和重点技术开展比例低的专科,需要积极调整发展方向,强化组织保障和医疗质量管理。除此之外,卫生健康行政部门也可依据该评估体系对基层医疗机构进行客观评价,针对部分专科存在的基础薄弱、发展迟缓、整体医疗质量和技术水平不高等问题开展精准帮扶。

4.4 评估体系的局限性

一是评估体系中大多数为定量指标,可能在一定程度上忽视了医院实际运营中的定性因素,并且部分指标缺乏对应的建设或评审标准;二是指标权重根据县级医院当

前发展状况确定,未来还需要根据医疗技术和服务模式的变化进行动态调整;三是评估体系应用范围较窄,如能在更多地区推广,获取更大样本量,则可以增加标杆值的代表性,进而更加科学地评价县级医院临床专科能力;四是评价方法相对单一,在未来研究中,可以考虑纳入临床路径管理、平衡计分卡等方法,通过比较增强研究结果的可信度。

参考文献

[1] 曹 凯. 临床专科能力评估全解析[J]. 中国医院院长, 2024(10): 25—27.
[2] 张娴静, 华莹奇, 赵 明, 等. 上海市级医院专科能力评价与分析[J]. 中国卫生质量管理, 2024, 31(3): 8—11.
[3] 赵 明, 赵 蓉, 王爱荣, 等. 以临床专科能力建设推动公立医院高质量发展[J]. 中国卫生质量管理, 2024, 31(3): 1—4, 8.
[4] 刘智明, 张良文, 韩耀风, 等. 县级公立医院综合能力评价体系研究[J]. 中国医院, 2024, 28(4): 22—25.
[5] 季金凤, 田立启, 李文瑾, 等. 基于结构方程模型的县级综合医院核心竞争力评价指标体系构建研究[J]. 中国医院管理,

2021, 41(5): 36—38, 47.
[6] 王凯旋, 郭金玲, 王 伟, 等. 河南省县级临床重点专科建设综合能力评价及相关因素分析[J]. 中国医院管理, 2020, 40(2): 37—40.
[7] 范 杰, 林 含, 刘密凤, 等. 三级中医医院学科综合评价指标体系构建与应用[J]. 中国医院, 2024, 28(9): 37—40.
[8] 王利萍, 邢大风, 于晓猛, 等. 天津市医学重点学科绩效评价指标体系构建研究[J]. 中国卫生质量管理, 2024, 31(6): 57—60, 90.
[9] 舒 蝶, 陈 杰, 周奕男, 等. 二级公立医院绩效评估指标体系构建[J]. 中国卫生资源, 2022, 25(5): 603—606, 612.

通信作者:

徐 颖: 上海市第一人民医院金坛医院/常州市金坛第一人民医院党委书记、副研究员
E-mail: xy@jtrmmy.com
蔡郑东: 上海市第一人民医院金坛医院/常州市金坛第一人民医院院长, 上海交通大学医学院附属第一人民医院二级教授
E-mail: czd856@vip.163.com

收稿日期: 2024—10—16
修回日期: 2024—12—23
责任编辑: 黄海凤

(上接第5页)

[21] MOHAMAD NF, MANSOR Z, MAHMUD A, et al. Preparing future doctors for evidence-based practice: a study on health technology assessment awareness and its predictors in Malaysia[J]. International Journal of Technology Assessment in Health Care, 2024, 40(1): e18.
[22] SHI L, MAO Y, TANG M, et al. Health technology assessment in China: challenges and opportunities[J]. Global Health Journal, 2017, 1: 11—20.
[23] KRITTANAWONG C, JOHN-SON KW, TANG WW. How artificial intelligence could redefine clinical trials in cardiovascular medicine: lessons learned from oncology[J]. Per. Med, 2019, 16: 83—88.

[24] PESSOA—AMORIM G, CAMP-BELL M, FLETCHER L, et al. Making trials part of good clinical care: lessons from the RECOVERY trial[J]. Future Healthc J, 2021, 8(2): 243—250.
[25] 戴泽琦. 基于EVIDEM(证据和价值)框架建立中成药临床综合评价方法的研究[D]. 北京: 中国中医科学院, 2023.
[26] 廖 星, 戴泽琦, 吴 雪, 等. 采用EVIDEM框架开展中成药临床综合评价[J]. 中国中药杂志, 2022, 47(10): 2833—2840.
[27] 胡 晶, 周甜甜, 阮 岩, 等. 金嗓散结丸/胶囊治疗声带小结、声带息肉的临床综合评价[J]. 中国中药杂志, 2023, 48(23): 6278—6284.
[28] LIU G, WU EQ, AHN J, et al.

The development of health technology assessment in Asia: current status and future trends[J]. Value Health Reg Issues, 2020, 21: 39—44.
[29] WANG H, JIN C, BAI F, et al. Driving factors and mode transformation regarding health technology assessment (HTA) in China: problems and recommendations[J]. Biosci Trends, 2019, 13: 110—116.

通信作者:

廖 星: 中国中医科学院中医临床基础医学研究所研究员
E-mail: okfrom2008@hotmail.com

收稿日期: 2025—02—10
修回日期: 2025—03—30
责任编辑: 黄海凤