

基于多准则决策分析的中医医疗技术 综合评价指标体系构建研究

艾丹丹^①, 隋宾艳^①, 段承阿鑫^①, 许倩^①, 赵琨^{②③}

摘要 目的: 为科学推进中医适宜技术遴选等工作, 基于卫生技术评估和多准则决策分析理论, 构建符合中医药特点的中医医疗技术价值评估指标体系。方法: 通过文献综述初步形成评价指标池, 通过半结构化访谈和德尔菲法进一步完善评价指标。结果: 形成了包括质量标准、安全性、有效性、经济性、传承创新、适宜性和可及性7个维度的中医医疗技术价值评价指标, 内含17个二级指标和33个三级指标。问卷回收率为100%, 17名专家的群体权威系数为0.87, 一级指标的专家意见集中度和协调度较高。结论: 本研究构建的指标池专家权威度高、专家意见集中度和协调度较好, 对中医医疗技术价值评价具有重要意义。

关键词 中医医疗技术; 价值评估; 多准则决策分析; 卫生技术评估

中图分类号 R1-9; R197.1 **文献标志码** A **文章编号** 1003-0743(2023)12-0081-07

Research on the Construction of Comprehensive Evaluation Framework for Traditional Non-Pharmacological Technology Based on Multi-Criteria Decision Analysis/Ai Dandan, Sui Binyan, Duan Cheng' axin, et al./Chinese Health Economics, 2023,42(12):81-87

Abstract Objective: In order to scientifically promote the selection of appropriate technology of traditional non-pharmacological, the value evaluation index system of traditional non-pharmacological technology was constructed in line with the characteristics of TCM based on the theory of health technology assessment and multi-criteria decision analysis. **Methods:** The evaluation index pool was initially formed through literature research, and then those indicators were further improved through semi-structured interviews and Delphi method. **Results:** The value evaluation index was constructed with seven dimensions, including quality standard, safety, effectiveness, economy, inheritance and innovation, suitability and accessibility, which were subordinated by 17 second-level indicators and 33 third-level indicators. The questionnaire response rate was 100%. The group authority coefficient of 17 experts was 0.87, and the concentration and coordination degree of expert opinions of the first-level indicators were high. **Conclusion:** The index pool constructed in this study has high expert authority, good concentration and coordination of expert opinions, which needs to be verified by practical experience, which is of great significance for the value evaluation of traditional non-pharmacological technology.

Keywords traditional non-pharmacological technology; value assessment; multi-criteria decision analysis; health technology assessment

First-author's address Beijing Health Economic Association, Beijing, 100053, China

Corresponding author Zhao Kun, E-mail: zk317@yahoo.com

高质量临床证据是中医药守正创新的基础, 也是实现中医药高质量发展的关键要素。卫生技术评估通过整合多维度证据综合评价技术价值, 为指导临床实践、制定精细化管理政策提供循证依据。为推动中医药高质量发展, 国家层面更加重视HTA在中医药循证决策中的作用。2022年, 国务院办公厅《关于印发“十四五”中医药发展规划的通知》(国办发〔2022〕5号)提出完善中医药价格和医保政策, 建立以临床价值和技术劳务价值为主要依据、体现中医药特点的中医医疗服务卫生技术评估体系, 优化中医医疗服务价

格政策。2021年, 国务院办公厅《关于加快中医药特色发展若干政策措施的通知》(国办发〔2021〕3号)提出“建立以临床价值和技术劳务价值为主要依据的中医医疗服务卫生技术评估体系, 优化中医医疗服务价格政策, 大力支持将疗效和成本有优势的中医医疗服务项目纳入基本医疗保险支付范围”。

在国家药品临床综合评价工作的推动下, 国内学术团体研发了中成药药品临床综合评价指南^[1-3]。然而, 由于概念模糊、种类繁多、疗效难以准确测量等问题, 中医技术的综合价值评价工作一直难以推进。本研究以遴选中医适宜技术为依托, 在文献研究的基础上, 依托多学科专家头脑风暴, 构建中医技术综合价值评价指标池, 为开展中医适宜技术遴选等工作提供循证决策工具。

1 资料与方法

1.1 文献分析法

系统全面地收集并查阅相关文献, 通过检索Med-

① 北京市卫生经济学会 北京 100053

② 清华大学万科公共卫生与健康学院 北京 100084

③ 国家卫生健康委卫生发展研究中心 北京 100044

作者简介: 艾丹丹(1995—), 女, 助理研究员、硕士学位; 研究方向: 卫生技术评估、药物经济学评价; E-mail: cpuputi52@163.com。

通信作者: 赵琨, E-mail: zk317@yahoo.com。

line (PubMed)、中国知网等中英文数据库及政府网站等, 搜集与中医技术评价相关的期刊文献、硕博论文、技术评估报告及政策文件等, 对研究文献开展定性和半定量研究, 借鉴国内外传统医学技术的评估经验, 搭建初步的评价指标池。

1.2 德尔菲法

1.2.1 专家遴选。基于代表性与权威性、学术专家与管理专家相结合的原则, 综合考虑专业领域、社会职务和年龄等因素, 邀请卫生行政部门决策者、医疗机构负责人、中医临床专家、中医药学专家、卫生经济学和卫生技术评估等领域专家 17 位, 分 3 轮开展半结构化访谈, 根据反馈意见修订完善评价指标池及指标解释。

1.2.2 问卷设计。针对评价指标池设计电子问卷, 包括“项目背景信息”“指标筛选建议”“专家基本情况”“专家填表判断依据”“专家对填表内容的熟悉程度”4 部分, 采用匿名方式填写, 问卷毁坏或填写不完整的不作为有效问卷。其中, “指标筛选建议”部分要求专家按照 Likert 5 级评分法对指标进行综合评分, 评分范围为 1~5 分, 5 分表示该指标非常重要, 1 分表示非常不重要。表后附有“补充意见”栏, 供专家给出增删及修改意见。“专家基本情况”收集专家的年龄、最高学历、工作年限、职称、所在单位类别等基本信息。“专家填表判断依据”包括“实践经验”“理论知识”“参考国内外资料”“主观判断”4 个维度。“专家对填表内容的熟悉程度”包括“很熟悉”“熟悉”“了解”“不太熟悉”“很不熟悉”5 个选项。

1.2.3 咨询结果可靠性分析。专家咨询结果的可靠性通过专家积极程度、专家权威程度、专家意见集中程度和协调程度来衡量^[4]。

(1) 专家积极程度: 有效问卷的回收率代表专家的积极程度。一般认为, 有效问卷的回收率在 60% 以上较好, 70% 以上就是一次很好的调查^[5]。(2) 专家权威程度: 专家权威系数 (Cr) 受专家判断依据 (Ca) 和专家对问题熟悉程度 (Cs) 的影响。判断依据 (Ca) 的赋值方法如表 1, 4 个维度的分值相加, 即为判断依据^[4]。熟悉程度 (Cs) 的赋值如表 2, 得分的算术平均数即为熟悉程度。专家个人权威系数 $Cr=(Ca+Cs)/2$, 专家群体权威系数为个人权威系数的均值, Cr 取值介于 0~1 之间, $Cr \geq 0.70$ 即可表明专家意见可靠^[6]。(3) 专家意见的集中程度和协调程度: 集中程度

表 1 判断依据各维度赋值

判断依据	大	中	小
实践经验	0.5	0.4	0.3
理论知识	0.3	0.2	0.1
参考国内外文献	0.1	0.1	0.1
主观判断	0.1	0.1	0.1

表 2 熟悉程度赋值

熟悉程度	赋值
很熟悉	1.0
熟悉	0.8
了解	0.6
不太熟悉	0.4
很不熟悉	0.2

用指标综合评分的算术均数来表示, 均数越大, 表示该指标的重要性越强, 专家意见越集中; 协调程度用变异系数 (CV) 表示, 指标重要性评分的变异系数越小, 表示专家间的协调程度越高。通常认为变异系数应该 < 0.25 。

1.3 统计方法

将问卷星的后台数据导出到 Microsoft Excel 365, 采用 Excel 进行数据管理和分析, 计算指标评分的算术平均数、标准差、变异系数、专家权威程度、专家意见的集中程度和协调程度等相关指标结果。

2 结果

2.1 评价指标池的构建结果

2.1.1 初步的评价指标池。综合中医药卫生技术评估国际经验及政策文件需求, 本研究起草了初步的价值评价指标池, 包括: 质量与安全、有效性、经济性、传承与创新、标准与规范、适宜性、可及性等 7 个一级指标、19 个二级指标和 45 个三级指标 (表 3)。考虑到数据可得性等因素, 拟定 6 个备选指标供专家讨论。

2.1.2 专家基本情况。本研究邀请中医药临床、循证医学、卫生技术评估等领域的 17 位专家开展访谈。专家信息详见表 4。

2.1.3 修订后的评价指标池。根据专家反馈意见, 将中医技术 (非中药) 的综合价值评价指标体系调整为质量标准、安全性、有效性、经济性、传承创新、适宜性、可及性等 7 个一级指标、17 个二级指标和 33 个三级指标 (表 5)。进入下一轮专家共识评分。

2.2 问卷调查结果

2.2.1 问卷回收结果。一共向 17 位专家发出咨询表, 有 17 位专家应答, 回收应答率为 100%。受访专家与半结构化访谈时的专家相同。

2.2.2 专家权威程度。综合来看, 专家群体权威系数 Cr 值为 0.87, 是一项具有良好权威性和代表性的专家咨询。

2.2.3 专家意见集中程度与协调程度。所有一级指标的专家意见集中程度和协调度良好, 指标评分均值为 3.88~4.94, 变异系数为 0.05~0.20, 其中“5. 传承创新”维度的重要性评分最低, 变异系数最大; 二级指标的评分均值为 3.53~4.82, 变异系数为 0.08~0.32, 其中“4.3 预算影响”的重要性评分最低, 变异系数最大且超过 0.25; 三级指标的评分均值为 3.35~4.82, 变

表3 中医技术综合评价指标池初版

一级指标	二级指标	三级指标	
1. 质量与安全	1.1 不良事件	1.1.1 总体三级及以上不良事件发生率	
		1.1.2 ≥ 3 级的某具体不良事件及发生率	
		1.1.1 备选指标: 总体严重不良事件发生率	
		1.1.2 备选指标: 严重的某具体不良事件及发生率	
	1.2 器具和材料质量	1.1.3 总体致死或危及生命的不良事件发生率	
		1.1.4 致死或危及生命的具体不良事件及发生率	
		1.2.1 该技术使用器具所属的医疗器械分类	
		1.2.2 既往发生警示/召回/撤市的次数	
		1.2.3 是否有质量标准	
		1.2.4 临床常用器具或材料的质量等级	
2. 有效性	1.2.5 质量达标率		
	1.2.6 风险预警及防控		
	2.1 健康相关生活质量	2.1.1 健康相关生活质量评分	
	2.2 疾病严重程度改善	2.2.1 基于严重程度量表评分	
		2.2.2 基于中医证候评分	
		2.2.3 基于理化指标	
3. 经济性	2.3 指南推荐意见与推荐强度	2.3.1 国内外循证临床实践指南推荐意见与推荐强度	
	3.1 费用比较	3.1.1 技术的单价	
	3.2 成本效果	3.1.2 技术的疗程费用	
		3.1.3 治疗方案的次均医疗费用	
		3.1.4 治疗方案的人均疗程医疗费用	
		3.1.5 备选指标: 人均总疗程的直接非医疗费用	
		3.1.6 备选指标: 人均总疗程的间接费用	
		3.1.7 备选指标: 人均总费用(总疗程)	
		3.2.1 成本效果比(效果指标为“质量调整生命年”) 备选指标3.2.1: 是否有成本效果分析	
3.3 预算影响	3.3.1 年度预算增量		
4. 传承与创新	4.1 经典传承	4.1.1 该技术及治疗方案在古代中医典籍中(1911年以前出版的古代医籍)出现的次数	
		4.1.2 该技术的相关信息是否与古代中医典籍中传统技术的关键信息一致	
		4.1.3 是否有依托的国家级名老中医药专家传承工作室或中医学术流派传承工作室	
	4.2 改良创新	4.2.1 创新程度	
5. 标准与规范	5.1 技术操作规范	5.1.1 是否有技术操作规范	
	5.2 质量控制标准	5.2.1 技术临床应用过程中是否有质量控制标准或临床应用管理规范	
	5.3 指南与共识	5.3.1 有无指南或专家共识推荐	
	5.4 标签合理性	5.4.1 标签是否符合国家规范性文件要求	
6. 适宜性	6.1 技术操作适宜性	6.1.1 技术操作难易程度	
		6.1.2 是否方便易学	
		6.1.3 是否可以形成标准化操作指南	
	6.2 组织可行性	6.2.1 当前卫生服务体系下广泛传播该技术所需投入的人力资源、设备设施资源及资金	
		7. 可及性	7.1 医保准入
			7.2 可获得性
7.1.2 该技术与目标疾病被纳入医保报销的国家或地区数量			
7.3 可负担性	7.2.1 企业生产供应情况		
	7.2.2 当前可以提供该技术支持的中医技师人数		
	7.2.3 当前可以提供该技术支持的中医医师人数		
	7.3.1 疗程费用与最低日薪标准的比值		

表4 专家基本情况

项目	人数 (n=17)	构成比 (%)
年龄		
≥60岁	2	11.76
50~60岁	4	23.53
40~50岁	6	35.29
30~40岁	5	29.41
专业技术职称		
正高	13	76.47
副高	4	23.53
工作机构		
公立医院	3	17.65
高等院校/科研院所	14	82.35
最高学历		
博士	14	82.35
硕士	2	11.76
本科	1	5.88
工作年限		
≥30年	6	35.29
20~30年	1	5.88
10~20年	9	52.94
<10年	1	5.88

异系数为0.08~0.33, 其中“5.1.2 该技术的相关信息是否与古代中医典籍中传统技术的关键信息一致”的重要性评分最低, 但是变异系数为0.23<0.25之间; “4.3.1 年度预算增量”“7.2.2 该技术与目标疾病是否被纳入国外医保报销范围”两个指标的变异系数>0.25(表6)。

3 讨论

本研究立足于当前中医技术的发展现状和技术特点, 结合卫生技术评估在传统医药领域的应用, 构建了中医技术综合价值评价动态指标池, 既有基础性评价指标也有发展性评价指标, 受访专家对评价指标的共识度较高。

首先, 受访专家一致认为质量标准、安全性、有效性、适宜性等维度的各级指标都比较重要, 经济性评价中“费用比较”、可及性评价中的“应用普及度”比较重要。这一结果和国际经验很相似, 安全性、有效性及成本效果评估是NICE、ACE、CADTH、ICER公布的针灸治疗慢性腰背疼痛的卫生技术评估报告的重要内容^[7-10]。一项综述研究显示目前国际监管机构和学术机构围绕传统医药的质量标准、安全性、有效性开发评估指南, 尚缺乏特异性的经济学评估指南, 缺乏传统医药的成本数据及健康相关生活质量数据, 急需

表5 中医技术综合评价指标池修订版

一级指标	二级指标	三级指标
1. 质量标准	1.1 器具和材料质量	1.1.1 是否有质量标准
		1.1.2 临床常用器具或材料的质量等级
		1.1.3 质量达标率
		1.1.4 标签是否符合国家规范性文件要求
	1.2 实施人员资质	1.2.1 是否有明确的实施人员资质要求及认证体系
	1.3 技术操作标准	1.3.1 是否有技术操作规范(SOP)/临床诊疗路径(CP)
1.3.2 技术临床应用过程中是否有质量控制标准或临床应用管理规范		
2. 安全性	2.1 不良事件	2.1.1 不良事件证据及证据等级
	2.2 风险	2.2.1 该技术使用器具所属的医疗器械分类
		2.2.2 是否有安全性相关的警示或召回信息
2.2.3 风险预警及防控		
3. 有效性	3.1 指南推荐意见与推荐强度	3.1.1 国内外临床实践指南或共识是否推荐
		3.1.2 国内外临床实践指南或共识的推荐强度
	3.2 功效或疗效	3.2.1 有效性证据与证据等级
4. 经济性	4.1 费用比较	4.1.1 一套技术服务的价格
		4.1.2 技术的疗程费用
		4.1.3 治疗方案的次均医疗费用
		4.1.4 治疗方案的人均疗程医疗费用
	4.2 成本效果	4.2.1 成本效果比(效果指标选用“质量调整生命年”) (引导性指标)
		4.2.2 是否有成本效果分析
	4.3 预算影响	4.3.1 年度预算增量
5. 传承创新	5.1 经典传承	5.1.1 该技术及治疗方案是否出现在古代中医典籍中(1911年以前出版的古代医籍)
		5.1.2 该技术的相关信息是否与古代中医典籍中传统技术的关键信息一致
		5.1.3 是否有依托的国家级名老中医药专家传承工作室或中医学术流派传承工作室

续表 5

一级指标	二级指标	三级指标
6. 适宜性	5.2 改良创新	5.2.1 是否为改良创新
	6.1 操作适宜性	6.1.1 该技术服务的施术环境 6.2.1 既往推广应用情况
	6.2 组织可行性	6.2.2 当前卫生服务体系下广泛传播该技术所需投入的人力资源、设备设施资源及资金
7. 可及性	7.1 应用普及度	7.1.1 服务患者的人次数 7.1.2 提供该技术服务的医疗机构数及等级
	7.2 医保准入	7.2.1 该技术与目标疾病是否被纳入国家或地方医保报销范围 7.2.2 该技术与目标疾病是否被纳入国外医保报销范围
		7.3 可负担性

表 6 评价指标条目池专家意见集中度与协调度

指标编码	均值	标准差	CV	P25	P75
一级指标编码					
1	4.53	0.62	0.14	4	5
2	4.76	0.56	0.12	5	5
3	4.94	0.24	0.05	5	5
4	4.12	0.70	0.17	4	5
5	3.88	0.78	0.20	3	4
6	4.65	0.61	0.13	4	5
7	4.41	0.71	0.16	4	5
二级指标编码					
1.1	4.41	0.71	0.16	4	5
1.2	4.65	0.61	0.13	4	5
1.3	4.82	0.53	0.11	5	5
2.1	4.71	0.59	0.12	5	5
2.2	4.53	0.62	0.14	4	5
3.1	4.53	0.72	0.16	4	5
3.2	4.82	0.39	0.08	5	5
4.1	4.12	0.60	0.15	4	4
4.2	4	0.71	0.18	4	4
4.3	3.53	1.12	0.32	3	4
5.1	3.94	0.83	0.21	4	4
5.2	3.94	0.83	0.21	4	4
6.1	4.59	0.51	0.11	4	5
6.2	4.41	0.51	0.11	4	5
7.1	4.53	0.62	0.14	4	5
7.2	3.82	0.88	0.23	3	4
7.3	4.12	0.70	0.17	4	5
三级指标编码					
1.1.1	4.47	0.62	0.14	4	5
1.1.2	4.29	0.69	0.16	4	5
1.1.3	4.24	0.75	0.18	4	5
1.1.4	4.29	0.59	0.14	4	5
1.2.1	4.59	0.62	0.13	4	5
1.3.1	4.82	0.39	0.08	5	5
1.3.2	4.71	0.47	0.10	4	5
2.1.1	4.29	0.69	0.16	4	5

续表6

指标编码	均值	标准差	CV	P25	P75
2.2.1	4.24	0.75	0.18	4	5
2.2.2	4.41	0.71	0.16	4	5
2.2.3	4.47	0.62	0.14	4	5
3.1.1	4.29	0.77	0.18	4	5
3.1.2	4.35	0.70	0.16	4	5
3.2.1	4.59	0.62	0.13	4	5
4.1.1	4.24	0.66	0.16	4	5
4.1.2	4.12	0.70	0.17	4	5
4.1.3	4.06	0.75	0.18	4	5
4.1.4	4.24	0.66	0.16	4	5
4.2.1	4.00	1.00	0.25	3	5
4.2.2	3.82	0.88	0.23	3	4
4.3.1	3.71	0.99	0.27	3	4
5.1.1	3.65	0.61	0.17	3	4
5.1.2	3.35	0.79	0.23	3	4
5.1.3	3.59	0.87	0.24	3	4
5.2.1	3.71	0.85	0.23	3	4
6.1.1	4.24	0.83	0.20	4	5
6.2.1	4.29	0.85	0.20	4	5
6.2.2	4.06	0.83	0.20	4	5
7.1.1	4.41	0.80	0.18	4	5
7.1.2	4.41	0.87	0.20	4	5
7.2.1	3.82	0.81	0.21	3	4
7.2.2	3.41	1.12	0.33	3	4
7.3.1	3.76	0.75	0.20	3	4

开发更好的评估框架，辅助传统医学技术的上市及医保准入，支持循证决策^[11]。

其次，“预算影响”“经典传承”“改良创新”“医保准入”相关的二级及三级指标的重要性相对较低；“年度预算增量”“该技术与目标疾病是否被纳入国外医保报销范围”两项指标的专家意见分歧较大，变异系数超过0.25。本研究认为这些指标与评价结果的应用途径相关，建议实际应用时根据决策目的和技术特性对评审维度及指标进行增减和调整。以4个HTA机构公布的报告为例，由于ACE和NICE的评价结果直接转化用于针灸服务的医保准入，两个报告中都需要评估待评价技术广泛推广时消耗的医疗资源对基金造成的冲击^[7,10]。“经典传承”和“改良创新”来源于决策需求。国家医疗保障局与国家中医药管理局联合发布《关于医保支持中医药传承创新发展的指导意见》（医保函〔2021〕229号），文件指出“对来源于古代经典、至今仍广泛应用、疗效确切的中医传统技术以及创新性、经济性优势突出的中医新技术，简化新增价格项目审核程序，开辟绿色通道”。

本研究仍然存在一定不足，尚未开展数据可得性

及评估可行性的验证工作，仍需根据实践经验进一步修订与完善指标体系。

4 结论

本研究通过分析政策需求、梳理中医药卫生技术评估国际经验、咨询多学科专家构建了定性与定量相结合的中医技术综合价值评价指标池，评价指标的数据主要来源于真实的诊疗记录、公开发表的科技文献、规范标准共识指南、上报系统等。评价数据的可获得性及评价流程可行性仍需根据实际评估工作进一步验证。

参 考 文 献

- [1] 中国中医科学院中医临床基础医学研究所, 北京中医药大学东直门医院, 中华医学会杂志社指南与标准研究中心. 多维度多准则中成药综合评价技术指导原则[J]. 中国循证医学杂志, 2022,22(7):751-755.
- [2] 张强, 王志, 谢雁, 等. 中成药临床综合评价技术规范[J]. 世界中医药, 2021,16(22):3394-3397,3403.
- [3] 中华中医药学会. 中成药临床综合评价技术指南[R]. 2022.
- [4] 曾光. 现代流行病学方法与应用[M]. 北京: 北京医科大学、中国协和医科大学联合出版社, 1994.

- [5] 刘于晶. 护士人文关怀品质测评工具的构建研究[D]. 上海: 第二军医大学, 2011.
- [6] 钟亚萍. ICU临床护理专家培养方案的研究[D]. 上海: 复旦大学, 2012.
- [7] Agency for Care Effectiveness. Acupuncture for adults with low back pain and neck pain technology guidance from the MOH medical technology advisory committee[R]. Singapore: Agency for Care Effectiveness, 2020.
- [8] Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health. Acupuncture for chronic non-cancer pain: a review of clinical effectiveness, cost effectiveness and guidelines[R]. Canada: Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health, 2019.
- [9] Institute for Clinical and Economic Review. Cognitive and mind-body therapies for chronic low back and neck pain: effectiveness and value[R]. US.: Institute for Clinical and Economic Review, 2017.
- [10] National Institute for Health & Clinical Excellence. Chronic pain (primary and secondary) in over 16s: assessment of all chronic pain and management of chronic primary pain[R]. UK.: National Institute for Health & Clinical Excellence, 2021.
- [11] LIN L W, ANANTHAKRISHNAN A, TEERAWATTANANON Y. Evaluating traditional and complementary medicines: where do we go from here[J]. International journal of technology assessment in health care, 2021,37(1):45.

[收稿日期: 2023-09-08] (编辑: 张红丽)

东北、华北地区第二十四次卫生经济学术论坛 成功召开

东北、华北地区第二十四次卫生经济学术论坛由天津市卫生经济学会承办, 2023年9月22日在天津海河假日酒店隆重召开, 在全体代表共同努力下, 顺利完成各项会议议程, 达到预期目标, 取得令人满意的成果。

本次学术论坛邀请中国卫生经济学会副会长王杉、天津市卫生健康委员会副主任杜洪印、国家卫生健康委员会财务司经济管理处一级调研员朱佩慧、国家卫生健康委员会卫生发展研究中心万泉、天津市医药学(协)会管理办公室主任常文青、《中国卫生经济》《中国医院管理》杂志主编王亦冬、《卫生经济研究》杂志社副主编徐芸、两北地区各省市卫生经济学会会长、秘书长及从事卫生经济研究、教学管理专家共220余人。

本次论坛由天津市卫生经济学会会长万健和天津市卫生健康委员会财务审计处处长雷勇分段主持。天津市卫生健康委员会副主任杜洪印发表致辞, 他在讲话中介绍了天津市在加强公立医院运营管理中的工作, 促进公立医院高质量发展取得的成绩和先进的经验做法, 并代表天津市卫生健康委员会向与会代表表示热烈欢迎, 预祝论坛圆满成功, 希望各位领导、专家、同仁们为推进我国公立医院经营管理事业共同努力, 为助力公立医院高质量发展献计献策, 并留下宝贵的经验; 中国卫生经济学会王杉副会长代表中国卫生经济学会向大会致辞, 向论坛的召开表示祝贺; 《卫生经济研究》杂志社副主编徐芸代表杂志社向论

坛致辞, 预祝大会圆满成功; 国家卫生健康委员会财务司经济管理处朱培慧处长向大会做了《公立医院经济管理政策解读》的专题报告; 国家卫生健康委员会卫生发展研究中心万泉主任向大会做了《我国公立医院经济运行分析》的专题报告, 受到与会代表的一致好评。

在各省市区卫生经济学会共同支持和参与下, 本次论坛共收到各省市区卫生经济学会推荐的学术论文120篇(其中, 北京21篇, 河北10篇, 山西12篇, 内蒙古自治区10篇, 黑龙江10篇, 吉林25篇, 辽宁10篇, 天津21篇)。我们将征集到的论文汇编成集, 将其电子版给参会人员 and 论文作者, 便于大家学习交流, 共同提高, 其中有8篇优秀论文作者在本次论坛发言, 大会向入选论文作者和论坛发言交流人员颁发了入选论文证书。

在此次论坛中, 各位专家同仁围绕“我国公立医院经济运行分析”“公立医院经济管理政策”等议题展开讨论, 从信息化赋能医院高质量发展、一院多区运营、内部控制、资产管理、业财融合等多方面多角度进行广泛而深入的交流, 此次盛会体现了卫生经济领域从宏观政策到微观实践的新要求和新成果, 是一次高效务实成果丰硕的会议。

会后, 天津市卫生经济学会与北京市卫生经济学会进行交接, 下届东北华北地区第二十五次卫生经济学术论坛将由北京市卫生经济学会承办。