用于支持医保目录调整的药物经济学评价研究专题

·综 述·

# 用于支持医保目录调整的药物经济学评价研究视角选取

邓诗姣[1]，乔渲淇[1]，胡 敏[1,2*]，陈 文[1,2]

（1. 复旦大学公共卫生学院，上海 200032；2. 复旦大学药物经济学研究与评估中心，上海 200032）

**摘要：**药物经济学评价是支撑新药准入和定价决策的重要工具，在不同研究视角下开展的药物经济学评价由于其涵盖的成本与健康结果有所不同，造成评价结果有所差异。中国（除香港、澳门及台湾外）对用于支持医保目录调整的药物经济学评价应选取的研究视角尚未进行明确界定。该文基于典型国家（地区）的递交指南，分析不同研究视角的特点及其适用场景，并建议中国（除香港、澳门及台湾外）从基本医疗保险制度的定位出发，从基本医疗保险支付者视角进行基准分析，适当选择其他适宜视角进行补充分析，同时在递交指南中明确相应研究视角下应纳入评估的成本和健康结果。

**关键词：**医保目录调整；药物经济学评价；研究视角；指南

**中图分类号：**R19 **文献标志码：**A **文章编号：**1672-9188（2022）06-0671-07

DOI：10.13683/j.wph.2022.06.004



# Choice of perspectives of pharmacoeconomic evaluation to support the adjustment of national reimbursement drug list

DENG Shijiao[1], QIAO Xuanqi[1], HU Min[1,2*], CHEN Wen[1,2]

*（1. School of Public Health, Fudan University, Shanghai 200032, China;*

*2. Center for Research and Evaluation in Pharmacoeconomics, Fudan University, Shanghai 200032, China）*

**Abstract:** Pharmacoeconomic evaluation is an important tool for drug access and pricing decisions. The results of pharmacoeconomic evaluation carried out under different perspectives are different due to different costs and health outcomes they cover. However, the research perspective that should be adopted for the pharmacoeconomic evaluation to support the adjustment decision of the national reimbursement drug list in China（except Hong Kong, Macao and Taiwan）has not been clearly defined. Based on the submission guidelines of typical countries and regions, this paper analyzed the characteristics and applicable scenarios of different perspectives, and suggested that in China（except Hong Kong, Macao and Taiwan）, started from the positioning of basic medical insurance system, the baseline analysis should be conducted from the perspective of basic medical insurance payers, and supplementary analysis should be conducted from other appropriate perspectives. Besides, the costs and health outcomes that should be included in the assessment under the corresponding perspective need to be specified in the submission guidelines.

**Key words:** national reimbursement drug list adjustment; pharmacoeconomic evaluation; perspective; guideline

药物经济学评价（pharmacoeconomic evaluation）是一种辅助决策的分析工具，应用经济学的理论基础，系统、科学地比较分析医药技术之间的经济成本和健康产出，进而形成决策所需的优选方案，旨在提高医药资源配置的效率[1]。近年来已广泛应用于各国家（地区）医疗保健系统或健康保险计划的药物准入和定价管理中[2]。2020 年，我国（除香港、澳门及台湾外）国家医疗保障局发布《基本医疗保

收稿日期：2022-03-20

作者简介：邓诗姣，硕士研究生，研究方向：卫生经济学。

通信作者：胡敏，副教授，研究方向：卫生经济学与医疗保障政策。

基金项目：中国经济改革促进与能力加强项目（TCC6）子项目

险用药管理暂行办法》，首次提出建立企业申报制度，要求申报企业递交药物经济学评价等材料供专家评审，支持基本医疗保险用药范围的制定和调整。

事实上，很多国家和地区都要求由企业递交资料以支持新药准入和定价决策[3]，并通过证据递交指南（以下简称“递交指南”）指导企业递交药物经济学等材料。此类递交指南较普通方法学指南更具有针对性，直接服务于决策。因此，笔者拟聚焦于典型国家（地区）递交指南中的部分关键技术规定，以期为中国（除香港、澳门及台湾外）规范递交材料质量提供参考和借鉴。

研究视角（perspective）是药物经济学评价中的重要技术要素之一，指进行药物经济学评价时所采用的角度，是纳入评价分析框架的成本和结果的决定性因素，并在如何评估这些成本和结果方面发挥指导性作用[4]。药物经济学评价的分析结果可因研究视角的不同而发生变化[5]，无论是各国家（地区）的指南，还是国际专家共识或参考案例（reference case）都表明，一项好的研究应该首先明确其研究视角[6–8]。在不同视角下开展药物经济学评价会引起结果的差异，进而影响药品决策。

本文梳理了6个典型国家（地区）递交指南中的研究视角规范并比较其异同，为中国（除香港、澳门及台湾外）制定用于支持医保目录调整的药物经济学评价的研究视角规范提供依据。

## 1 药物经济学递交指南中有关研究视角的规定

各国家（地区）递交指南中关于研究视角的规定差异较大[9]。泰国、法国、英国、澳大利亚、加拿大和中国台湾递交指南[10–15]中有关研究视角的规定详见表1[其中“个人社会服务（Personal Social Services，PSS）”是英国社会保障体系的组成要素，为有困难的儿童及其家庭、老年人和残疾人等弱势群体提供社会照顾服务][16]。

### 1.1 泰国

泰国药物经济学评价递交指南的首选视角为社会视角（societal perspective），以在更广泛的范围内考虑所有相关后果，为决策者提供更深刻的信息。同时，泰国也允许递交资料使用卫生体系视角（healthcare system perspective）、主要第三方支付者视角（major third party payers perspective）、卫生服务购买者视角（health care purchasers perspective）、医院视角和患者视角，但需说明选取视角的理由。

### 1.2 法国

法国在药物经济学评价中应用了一种足够广泛的集体视角（collective perspective），涵盖家庭（the domestic sphere）、医疗服务体系（the health care sphere）和医学社会学（the medico-social sphere）三大领域，充分考虑到了与干预措施相关的所有利益相关者（患者、卫生服务供方、非正式照护者等）的直接成本和健康结果[17]，但将疾病造成的生产力

**表1 递交指南中对于研究视角的有关规定**

**Table 1 Regulations on perspectives in the submission guidelines**

| 国家/地区 | 提及的研究视角 | 有关研究视角的规定 |
|---|---|---|
| 泰国 | 社会视角、卫生体系视角、主要第三方支付者视角、卫生服务购买者视角、医院视角和患者视角 | 首选社会视角，选择其他视角时应当阐述理由 |
| 法国 | 集体视角、卫生体系视角、社会视角 | 参考案例分析采用集体视角；当参考案例中不适用集体视角时，可以使用卫生体系视角，并证明选择该视角的正当性；在参考案例分析中不推荐社会视角 |
| 英国 | 国家卫生服务体系(National Health Service，NHS)与PSS视角 | 结果的视角应该包括所有直接的健康影响(包括患者和其他人)；成本的视角应该是NHS与PSS视角 |
| 澳大利亚 | 卫生体系视角、社会视角 | 首选卫生体系视角，在补充材料中可展示更广泛的社会视角 |
| 加拿大 | 卫生保健公共资金支付者视角、私人支付者视角、更广泛的政府支付者视角、社会视角 | 参考案例必须采用卫生保健公共资金支付者视角 |
| 中国台湾 | 支付者视角和社会视角 | 建议以健保署视角为主要分析，同时将社会视角纳为次要分析 |

损失等间接成本排除在评估范围之外。当参考案例不适用集体视角时，可以使用卫生体系视角，但要说明原因[11]。相较集体视角，卫生服务体系视角只关注患者以及卫生服务供方相关的医疗成本和健康结果。

**1.3** 英国

在递交指南中，成本和结果使用的视角通常是相同的，或者仅针对成本进行研究视角的描述。但英国国家健康与临床卓越研究所（National Institute for Health and Care Excellence，NICE）在递交指南中对于成本和结果的研究视角的描述存在区别[18]。NICE 认为成本的视角应采用“NHS 与 PSS”视角，这一视角将治疗成本（如药品成本、管理和监测成本）、与管理疾病相关的其他卫生服务资源使用成本（如全科医生就诊、住院）以及不良反应管理成本都纳入考虑。结果的视角则应该包括所有人的直接健康影响，无论是对患者还是其他人。

**1.4** 澳大利亚

澳大利亚药品福利咨询委员会（Pharmaceutical Benefits Advisory Committee，PBAC）在递交指南中指出，首选卫生体系视角，在补充材料中可展示更广泛的社会视角，并量化考虑患者和医疗体系之外的因素。如果被评估的干预措施具有重要的社会影响，其健康结果存在溢出效益，对使用药物患者之外的人产生影响，甚至超出了卫生服务体系，如对教育、住房或司法等领域的成本或社会经济生产力产生影响时，可以采用补充分析。此外，当健康或其他相关结果的受益者比接受治疗的患者群体更广泛时，如社区、照护者、受抚养者等受到影响，应作为补充分析。

**1.5** 加拿大

加拿大强制规定递交的药物经济学评价要采用卫生保健公共资金支付者视角（publicly funded health care payer），纳入的成本是加拿大公共支付者实际支付的费用，纳入的结果反映对患者及其非正式照护者的健康影响。当其他视角对决策过程以及分析结果有重大影响时，应将其纳入补充案例分析。其他视角具体可包括私人支付者视角（private payer perspective）、卫生部门之外更广泛的政府支付者视角（broader government payer perspective）以及社会视角（societal perspective）。

**1.6** 中国台湾

中国台湾在递交指南中建议，当成本 - 效果分析（cost-effectiveness analysis，CEA）的目的是为健保署拟定支付相关决策提供参考时，应以健保署视角为主要分析，然而干预措施对整个社会的全面影响亦是决策者关心的重点，因此建议同时将社会视角纳为次要分析，分别呈现不同视角的结果。健保署视角的 CEA 纳入健保支付的医疗费用（以健保支付价计量），包括门诊和住院诊察、检验诊疗、病床、药品、治疗材料等成本，并不包含患者自费部分。

**2 药物经济学递交指南中的主要视角及其特点**

典型国家（地区）在递交指南中均明确指出了支持医保目录调整的药物经济学评价证据必须、应该、首选的研究视角（下文称“主要视角”），可分为社会视角、有所限定的社会视角、卫生体系视角和支付者视角四大类，其具体特点比较见表 2。

各国家（地区）的递交指南中对研究视角的命

**表 2 递交指南中主要视角的特点比较**

**Table 2 Comparison of the characteristics of the main perspectives in the submission guidelines**

| 主要视角类型 | 评估范围 | 实现难度 | 实施要点 | 适合情景 |
|---|---|---|---|---|
| 社会视角 | 最全面 | 最难 | 为量化非健康影响会产生额外成本 | 决策者关注全社会的福利变化 |
| 有所限定的社会视角 | 较全面 | 较难 | 在成本或结果方面较卫生部门有一定扩展 | 决策者关注医疗卫生和其他健康相关部门（如社会服务部门）的福利变化 |
| 卫生体系视角 | 较小 | 较容易 | 聚焦于卫生部门的投入与产出 | 决策者关注全卫生体系的福利变化 |
| 支付者视角 | 最小 | 最容易 | 需明确所指的支付者 | 决策者关注预算持有者的成本及其关注的福利变化 |

名以及涵盖的成本和健康结果主体有所区别，具体见表 3。一般来说，药物给全社会所带来的结果包括健康结果和非健康结果两方面，经过梳理发现，各国家（地区）递交指南中所考虑的结果主要指健康结果。

**2.1** 社会视角

学界大多认为使用社会视角进行 CEA 是首选方法[19]，因为在社会视角下，不管承担成本和受到影响的人是谁，与干预措施相关的所有成本（不仅是卫生体系成本）和所有影响（不仅是健康影响）都应纳入考虑[20]，避免了其他视角只考虑部分成本的局限性，并旨在追求全社会的福利最大化[21]。根据福利经济学的基本理论，改善全社会福利的资源总是有限的，如果不牺牲可用于教育等其他方面的资源，就不可能提供所有能够带来健康获益的干预措施，因此跨部门的优先级排序或资源配置是不可避免的。采用社会视角能够帮助决策者了解对于全社会福利的影响，而在局限的视角下则会忽略部门间的转移支付以及整个社会的机会成本[22-23]。

尽管社会视角从理论上来看最为理想，但是在 6 个典型国家（地区）的递交指南中，仅有泰国建议递交的药物经济学资料首选社会视角，澳大利亚和中国台湾仅建议将社会视角作为递交资料的补充分析，法国则是明确规定不建议采用社会视角。之所以如此，可能原因如下：一是由于递交材料的目标受众往往是相关预算的持有者，更关心所持预算的分配和使用，一般不关心超出其预算范围的非健康影响[24]；二是由于社会视角的药物经济学评价在实现时存在挑战，很难全面考察所有相关部门的各类成本，与某种疾病或干预措施有关的非健康影响（如生产力损失或资源消耗减少）也难以界定，同时缺乏可用的数据来量化非健康影响[25]，若研究者自行通过一手研究采集相关数据会造成额外成本；三是社会视角纳入了因疾病导致的劳动力损失等间接成本，可能高估无工作者的成本，结果存在偏倚[4]。

**2.2** 有所限定的社会视角

在递交指南中，还存在一类介于上述社会视角和下述卫生体系视角之间的视角，代表国家是法国和英国。法国在递交指南中明确经济学评价旨在指导集体资源分配的决策，而建议采用集体视角，除医疗成本外，还考虑了家庭提供的非正式照护和社会提供的个人照护服务成本；结果方面则综合考虑了患者及其非正式照护者的健康结果。英国采用的视角不仅指导 NHS 资源的使用，还用于个人社会服务资源的配置；而结果部分则纳入了所有人的健康结果，不仅包含患者，还包括正式和非正式的卫生服务和社会服务的提供者。

WHO 将广义的卫生体系定义为致力于开展卫生行动的所有组织、机构和资源。其中卫生行动是指主要目的为促进、恢复或维持健康的任何行为，不论其属于个人卫生保健、公共卫生服务还是其他跨部门领域（如教育、交通等）。广义的卫生体系不仅

**表 3 递交指南中主要研究视角的成本内涵和结果主体**

**Table 3 Costs and outcomes of the main perspectives in the submission guidelines**

| 主要视角类型 | 国家/地区 | 视角名称 | 成本内涵 | 健康结果主体 |
|---|---|---|---|---|
| 社会视角 | 泰国 | 社会视角 | 全社会范围内的所有成本 | 不明确 |
| 有所限定的社会视角 | 法国 | 集体视角 | 非正式照护成本、医疗成本、社会的个人照护成本 | 患者、卫生服务供方、非正式照护者 |
| | 英国 | NHS与PSS视角 | 在NHS与PSS范围内的治疗成本、疾病管理成本和不良反应处理成本 | 所有人(患者、卫生服务供方、非正式照护者等) |
| 卫生体系视角 | 澳大利亚 | 卫生体系视角 | 患者、公共或私人医疗服务提供者相关成本 | 患者 |
| 支付者视角 | 加拿大 | 卫生保健公共资金支付者视角 | 公共支付方支付的成本 | 患者、非正式照护者 |
| | 中国台湾 | 健保署视角 | 仅纳入健保支付的医疗支出，不包括患者自费部分的医疗费用 | 不明确 |

是指以促进健康为主要目的的组织、机构与资源（即狭义的卫生体系），还包括那些需要非卫生体系合作来间接促进健康的非传统卫生行动。而上述两国在成本上都超越了传统的卫生体系，将开展健康相关行动的其他部门和组织包含在内，在结果上聚焦于更广泛利益相关者的健康结果，但不包括非健康结果，这与 WHO 广义卫生体系定义相符，在实践中与实际的决策问题更加接近，在这里可以被理解为是一种“有所限定的社会视角”。

**2.3** 卫生体系视角

狭义的卫生体系视角相比上述两个视角，更加聚焦于以直接促进、恢复或维持健康为主要目的的组织和机构，即卫生部门的投入与产出，将该部门内与健康相关的资源使用和结果纳入到评估范围中，具有操作简易的特点。已有研究显示，尽管有些研究者声称采用了社会视角，但实际分析范围局限于卫生体系 [26]，导致评估结果与其声称的视角不符合，低估了增量的成本和健康结果。之所以如此，除了研究者可能对社会视角存在误解外，很大程度上与目前尚且缺乏识别、测量和评估其他部门（如教育、交通、司法等）成本的方法有关 [18]，使得研究者只能收集到卫生部门的成本和结果。

6 个典型国家（地区）中，澳大利亚推荐了卫生体系视角，纳入了患者和公共或私人卫生服务供方所承担的成本，以及与患者相关的健康结果，以帮助 PBAC 从全面的卫生体系角度分配资源。

**2.4** 支付者视角

加拿大和中国台湾认为，递交资料需使用支付者视角（payer perspective），但在递交指南中各自以不同的名称来明确所指的支付者，分别命名为“卫生保健公共资金支付者视角”和“健保署视角”，因此纳入评估的成本亦限制在这两个支付方涉及的成本（费用）范围。此外，值得注意的是，尽管同是支付者角度，加拿大和中国台湾在健康结果方面的规定却有所不同，加拿大明确规定将患者及其非正式照护者的健康影响纳入评估，而中国台湾却未提到研究视角与健康结果间的关系，亦未提到应纳入的健康结果范围。

在具体的指南实践中，支付者的定义有所不同，进一步导致考虑的成本和效果也有所不同。如在加拿大的递交指南中，除了强制规定的“卫生保健公共资金支付者视角”之外，还提及了“私人支付者视角”以及“更广泛的政府支付者视角”。比较而言，这三种支付者视角纳入的成本限制在各支付方的支付范围，而“更广泛的政府支付者视角”在结果上更广泛，同时考虑了患者和非正式照护者的健康以及非健康影响。

此外，泰国的递交指南中还特别指出，医保支付方式关系着成本测量的难易程度，从而影响支付者视角在现实实践中的可能性。如在泰国的医疗保险体系下，支付者视角的必要条件是按项目付费的支付体系（fee-for-service payment system）。

## 3 建议

**3.1** 研究视角

根据上述分析，各国家（地区）采用的研究视角虽有所不同，但其决策目标是一致的，即指导卫生服务支付者、卫生部门或相关部门所持有的资源配置。

由于本文所讨论的药物经济学评价主要用于支持基本医疗保险用药范围的制定和调整，因此我们建议研究视角的选取应从基本医疗保险制度的功能定位出发。

2021 年，国家医保局、财政部提出医疗保障待遇清单制度 [27]，明确指出对包括基本医疗保险制度在内的基本制度，应坚持基本保障、公平享有，切实维护人民群众基本医疗保障需求，守住政府责任边界。基金支付范围包括以准入法和排除法确定的药品医用耗材目录和医疗服务项目支付范围，并特别提到统一制定国家基本医疗保险药品目录，各地严格按照国家基本医疗保险药品目录执行，除有明确规定外，不得自行制定目录或用变通的方法增加目录内药品。

据此，我们建议对于支持国家基本医疗保险药品目录调整的药物经济学评价，应当与上述待遇清单制度的视角一致。首先从基本医保部门所代表的参保人角度及其拟配置的资源角度，即以基本医疗保险支付者视角作为主要视角，进行基准（参考案例）分析，旨在考量和提升基本医保资金使用的效率；同时，参考各国家（地区）指南建议，当采用其他视角（如卫生体系视角、集体视角、社会视角等）对决策过程以及分析结果有重大影响时，可以将其纳入补充分析。

**3.2** 基于研究视角的成本范围

当采用基本医疗保险支付者视角作为基准分析时，应当将医保基金支付范围（即上述以准入法和排除法确定的药品医用耗材目录和医疗服务项目支付范围）内的所有（包含参保人需要自负的）医药费用纳入评估，但不包括基本医保基金不予支付的范围，即患者自费项目。随着待遇清单制度和医保结算清单项目的实施，这部分费用信息和数据将日益清晰和完善，将为药物经济学评价的规范和统一奠定良好的基础。

若从全面的卫生体系视角出发，患者的自费项目应当包含在成本范围内，但患者自费项目的利用和费用，更多取决于患者个人偏好和支付能力，以及供方的诊疗行为，目前不在上述基本医保待遇清单范畴内，且这些服务需求通常弹性较大，在地区间的差异也较大，与基本医疗保障公平享有的定位不相符，因此不建议纳入基准分析，但可以根据具体的研究问题作为补充分析纳入。

此外，对于一些特殊疾病和药品使用来说，成本范围甚至超越卫生体系，此时可参考英国、法国的经验，将社会照护成本等纳入评估之中，甚至采用更广泛的社会视角进一步识别、量化、评估所有的相关成本，但这些都不应在基准分析中予以展示，而只能作为补充材料。

**3.3** 基于研究视角的健康结果

中国（除香港、澳门及台湾外）当前在考虑研究视角时较缺乏对结果的关注，在实践中则是主要将患者的健康结果纳入评估。根据其他国家（地区）的经验，大部分递交指南关注的是健康结果且会明确健康结果的主体，这启示中国（除香港、澳门及台湾外）要明确递交资料的研究视角与结果的对应关系，以确保结果的准确性和可比性。

基于各国家（地区）的递交指南，健康结果可根据主体的不同分为三大类——患者的健康影响、患者和非正式照护者的健康影响以及所有人（患者、卫生服务供方、非正式照护者等）的健康影响。基本医疗保险覆盖城乡全体就业和非就业人口，公平普惠保障人民群众基本医疗需求。因此我们建议现阶段递交材料的基准分析应统一使用患者健康结果。而若某药物具有明显的溢出效益，且具有非正式照护者乃至全社会健康影响的量化数据时，可在补充分析中进行分析和展示。

**参考文献：**


[1] 刘国恩, 胡善联, 吴久鸿, 等. 中国经济学评价指南[M]. 北京: 中国市场出版社, 2020.

[2] Pharmacoeconomic Guidelines Around The World[EB/OL]. [2022-03-04]. https://tools.ispor.org/peguidelines/.

[3] 黄泽华, 潘越, 钭江苑, 等. 药物经济学在医保决策中的应用[J]. 卫生经济研究, 2017, 3: 37-41.

[4] York Health Economics Consortium. Perspective[EB/OL]. (2018-12-07) [2022-01-03]. http://yhec.co.uk/glossary/perspective/.

[5] Thoma A, Kaur MN, Tsoi B, *et al*. Cost-effectiveness analysis parallel to a randomized controlled trial comparing vertical scar reduction and inverted T-shaped reduction mammaplasty[J]. Plast Reconstr Surg, 2014, 134(6): 1093-1097.

[6] Sanders GD, Neumann PJ, Basu A, *et al*. Recommendations for conduct, methodological practices, and reporting of cost-effectiveness analyses : second panel on cost-effectiveness in health and medicine[J]. JAMA, 2016, 316(10): 1093-1103.

[7] 唐密, 赵亮, 杨燕,等. 中国大陆与其他国家(地区)药物经济学评价指南的比较研究[J]. 中国药物经济学, 2018, 13(9): 5-10.

[8] Culyer A, Chalkidou K, Teerawattananon Y, *et al*. Rival

perspectives in health technology assessment and other economic evaluations for investing in global and national health. Who decides? Who pays?[J]. F1000Res, 2018, 7: 72.

[9] Sharma D, Aggarwal AK, Downey LE, *et al*. National Healthcare Economic Evaluation Guidelines: a cross-country comparison[J]. Pharmacoecon Open, 2021, 5(3): 349-364.

[10] Tarn TYH, Smith MD. Pharmacoeconomic guidelines around the world[EB/OL]. [2022-03-30]. https://tools.ispor.org/PEguidelines/countrydet.asp?c=36&t=2.

[11] Department of Economics and Public Health Assessment. Choices in methods for economic evaluation[EB/OL]. [2022-01-30]. https://www.has-sante.fr/jcms/r_1499251/en/choices-in-methods-for-economic-evaluation.

[12] National Institute for Health and Care Excellence. Guide to the methods of technology appraisal 2013[EB/OL]. (2013-04-04) [2022-01-30]. https://www.nice.org.uk/process/PMG9/chapter/further-information.

[13] Langley PC. Dreamtime: version 5.0 of the Australian guidelines for preparing submissions to the Pharmaceutical Benefits Advisory Committee(PBAC) [EB/OL]. (2017-01-10) [2022-01-27]. https://pubs.lib.umn.edu/index.php/innovations/article/view/485/479.

[14] Cipriano L. Guidelines for the economic evaluation of health technologies: Canada[EB/OL]. [2022-01-30]. https://www.semanticscholar.org/paper/Guidelines-for-the-Economic-Evaluation-of-Health-Cipriano/ad3c34a02b43edc8a3a44d0e69f04bc9e4e67dd1.

[15] ISPOR. Pharmacoeconomic guidelines around the world: Taiwan[EB/OL]. [2022-01-30]. https://tools.ispor.org/PEguidelines/countrydet.asp?c=31&t=1.

[16] Ray J. A history of the personal social services in England: feast, famine and the future[M]. London: British Journal of Social Work, 2021.

[17] Zisis K, Naoum P, Athanasakis K. Qualitative comparative analysis of health economic evaluation guidelines for health technology assessment in European countries[J]. Int J Technol Assess Health Care, 2020, 37(1): 1-8.

[18] European Network for Health Technology Assessment. Methods for health economic evaluations-a guideline based on current practices in Europe[EB/OL]. (2014-10-29) [2022-01-28]. https://www.fdanews.com/ext/resources/files/11-14/11-28-14-evals.pdf?1520889894.

[19] Polimeni JM, Vichansavakul K, Iorgulescu RI, *et al*. Why perspective matters in health outcomes research analyses[J]. Int Bus Econ Res J, 2013, 12(11): 1503-1512.

[20] Gold MR, Siegel JE, Russell LB, *et al*. Cost-effectiveness in health and medicine[M]. New York: Oxford University Press, 1996.

[21] Mohamed Fakhri AB, Muhamad Hanafiah J, Rosliza AM, *et al*. Societal perspective in economic evaluation[J]. Int J Public Health Clin Sci, 2017, 4(4): 41-50.

[22] Byford S, Raftery J. Perspectives in economic evaluation[J]. BMJ, 1998, 316(7143): 1529-1530.

[23] Brouwer W, Culyer AJ, Exel N, *et al*. Welfarism *vs* extra-welfarism[J]. J Health Econ, 2008, 27(2): 325-336.

[24] Bracco A, Krol M. Economic evaluations in European Reimbursement Submission Guidelines: current status and comparisons[J]. Expert Rev Pharmacoecon Outcomes Res, 2013, 13(5): 579-595.

[25] Kim DD, Basu A. How does cost-effectiveness analysis inform health care decisions[J]. AMA J Ethics, 2021, 23(8): E639-E647.

[26] Neumann PJ. Costing and perspective in published cost-effectiveness analysis[J]. Med Care, 2009, 47(7 Suppl 1): S28-S32.

[27] 国家医保局. 财政部关于建立医疗保障待遇清单制度的意见[EB/OL]. (2021-01-19) [2022-03-05]. http://www.gov.cn/zhengce/zhengceku/2021-08/11/content_5630791.htm.

(编辑：刘玲玲)