基于PMC指数模型的国谈药品“双通道”管理政策量化评价Δ

高文萍*，王淑玲#（沈阳药科大学工商管理学院，沈阳 110016）

中图分类号 R95 **文献标志码** A **文章编号** 1001-0408（2024）19-2335-05
DOI 10.6039/j.issn.1001-0408.2024.19.03

摘 要 目的 对省级层面国家医保谈判药品“双通道”管理政策进行量化评价，分析不足之处和优秀经验，为该类政策的优化提供参考。**方法** 以31个省份国家医保谈判药品“双通道”管理政策为研究对象，运用文本挖掘法，归纳政策重点内容；构建政策一致性（PMC）指数模型，通过评价模型从整体角度对31个省份“双通道”管理政策进行量化分析；并以北京市和重庆市为例，对比优秀政策与可接受政策的差异性。**结果** 31个省份中，18个省份的政策PMC指数介于6.00～＜8.00，属于优秀政策；13个省份的政策PMC指数介于4.00～＜6.00，属于可接受政策。北京市和重庆市的政策在政策性质、政策时效等5个层面保持一致，而在政策内容、政策受众等4个层面存在差异。**结论** 多数省份“双通道”管理政策处于较为完善的水平。部分省份后续还需根据本省医药卫生发展实际情况，持续优化政策设计，完善政策细则；搭建定点药店管理模式，明确遴选规则与退出机制；重视药学服务建设，推动处方外流。

关键词 国家医保谈判药品；双通道；PMC指数模型；文本挖掘法；政策研究；量化评价

Quantitative evaluation of “dual channel” management policy of national medical insurance negotiation drugs based on PMC index model

GAO Wenping, WANG Shuling (School of Business Administration, Shenyang Pharmaceutical University, Shenyang 110016, China)

ABSTRACT OBJECTIVE To quantitatively evaluate the “dual channel” management policy of national medical insurance negotiation drugs at the provincial level, analyze the shortcomings and excellent experience and provide reference for the optimization of the policy. **METHODS** Taking the “double-channel” management policy of national medical insurance negotiation drugs in 31 provinces as the research object, text mining method was used to summarize the key contents of the policy; the policy modeling consistency (PMC) index model is constructed, and the “dual channel” management policies of 31 provinces are quantitatively analyzed through the evaluation model. Taking Beijing and Chongqing as examples, the differences between good policies and acceptable policies are compared. **RESULTS** Among the 31 provinces, the PMC index of 18 provinces is between 6.00 and ＜8.00, which belongs to the excellent policies. The PMC index of 13 provinces is between 4.00 and ＜6.00, which belongs to acceptable policies. The policies of Beijing and Chongqing are consistent in 5 aspects, such as policy nature and policy effectiveness, while there are differences in 4 aspects, such as policy content and policy audience. **CONCLUSION** The “dual channel” management policies in most provinces are at a relatively perfect level, and some provinces need to continuously optimize the policy design and improve the policy rules according to the actual situation of their own medical and health development; establish the management mode of designated pharmacies, clarify the selection rules and exit mechanism; pay attention to the construction of pharmaceutical care, and promote the outflow of prescriptions.

KEYWORDS national medical insurance negotiation drugs; dual channel; PMC index model; text mining method; policy research; quantitative evaluation

近年来，药品价格谈判、“两票制”、医保支付方式改革等政策的持续推进有效降低了药品价格。自2016年开始，一大批创新药、罕用药以及临床价值高的药品通过国家医保谈判（以下简称“国谈”）进入医保目录[1]。为确保国谈药品顺利落地，提高谈判药品的可及性，2021年5月，国家医疗保障局与国家卫生健康委员会联合发布了《关于建立完善国家医保谈判药品“双通道”管理机制的指导意见》（以下简称“双通道”管理政策），将临床价值高、患者急需、替代性不强的品种纳入“双通道”管理[2]。

随着“双通道”管理政策的推进，各省（自治区、直辖市）也纷纷明确本省份的政策内容。由于各省份经济、卫生等制约因素的存在，“双通道”管理在部分省份出现配套政策贯彻落实不到位、定点零售药店动态管理机制不明确、药品范围界定模糊等问题[3]。彭博等[4]通过研究发现，各省份“双通道”管理政策在准入数量与标准、医

Δ **基金项目** 教育部供需对接就业育人项目（No.20230110887）；辽宁省教育科学“十四五”规划2024年度课题（No.JG24DB452）

* **第一作者** 硕士研究生。研究方向：药事法规与药品政策。E-mail：gaowenping097@163.com

通信作者 教授，硕士生导师。研究方向：药事法规与药品政策。E-mail：lingyi50@163.com

药机构遴选、用药管理和限制性政策调整等方面存在共性与差异。可见，“双通道”管理在实际落地中的保障措施仍需进一步完善。

目前已有的研究多集中于对“双通道”管理政策内容进行分析，鲜有学者利用政策一致性（policy modeling consistency，PMC）指数模型对政策文本进行量化评价。PMC指数模型是一种政策评估工具，在政策定量评价方面具有一定优势，通过构建评价指标计算PMC指数，分析政策的优劣，可反映政策各方面的差异。基于此，本研究以“双通道”管理政策发布以来我国不同省份出台的“双通道”管理政策文本为研究对象，运用文本挖掘和PMC指数模型相结合的方法，客观评价各省份政策的总体质量水平，为未来“双通道”管理政策的优化提供参考。

1　资料来源

本研究在国家级、各省（自治区、直辖市）政府部门网站及北大法宝数据库，以“双通道”为关键词，全面检索与“双通道”管理政策最为紧密相关的政策文本，共收集到我国31个省（自治区、直辖市）的31项“双通道”政策样本。

2　研究方法

2.1　文本挖掘法

本研究使用ROST CM 6.0软件对收集到的政策文本进行分词处理与高频词提取，剔除无意义词，形成语义网络图，为后续模型构建做准备。

2.2　PMC指数模型

PMC指数模型源于Ruiz提出的“Omnia Mobilis”假说[5]。具体的建模步骤包括四步：第一步确定评价标准，包括变量选取和参数识别；第二步构建多投入产出表；第三步计算PMC指数；第四步绘制PMC曲面图。

2.2.1　变量选取和参数识别

变量选取和参数识别是政策量化评价前的重要步骤[6]。通过ROST CM 6.0软件对政策文件集进行分词处理，得到“双通道”管理政策关键词语义网络图，见图1。语义网络图中的政策关键词由正方形方块表示，方块大小表示关键词出现的频率高低，方块之间的连线表示关键词之间的相关度，关键词之间的联系越多说明其在政策文本中的相关度越高。

本研究基于Omnia Mobilis假设，参考已有学者构建的关于PMC指标体系的政策评价变量，并结合“双通道”管理政策的现状以及政策本身特性，建立该政策的量化评价体系。具体变量见表1。

2.2.2　多投入产出表构建

多投入产出表是计算“双通道”管理政策PMC指数的数据分析框架，将基于一级变量下的二级变量赋予相同权重，依据指标评分标准（表1）对政策赋值；若某一政策的二级变量满足变量条件，则取值为1，否则取值为0。

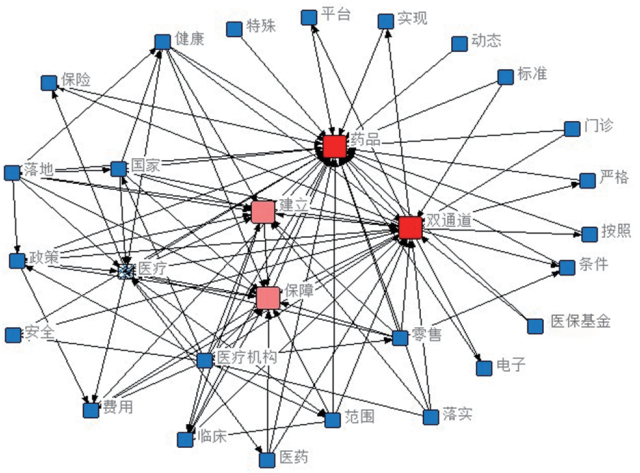


图1　“双通道”管理政策关键词语义网络图

表1　“双通道”管理政策变量设置及评分标准

一级变量	二级变量	二级变量评分标准	变量来源
政策性质X1	预测X11	政策性质是否涉及预测，是为1，否为0	基于张永安等[7]研究修改
	支持X12	政策性质是否涉及医保机构对政策的支持，是为1，否为0	
	引导X13	政策性质是否涉及引导用药患者，是为1，否为0	
	建议X14	政策性质是否涉及建议，是为1，否为0	
	监管X15	政策性质是否涉及监管，是为1，否为0	
	描述X16	政策性质是否涉及其他描述，是为1，否为0	
政策时效X2	长期X21	政策时效是否为长期（>5年），是为1，否为0	基于顾一纯等[8]研究修改
	中期X22	政策时效是否为中期（3~5年），是为1，否为0	
	短期X23	政策时效是否为短期（<3年），是为1，否为0	
	本年度X24	政策时效是否本年内有效，是为1，否为0	
政策类型X3	法律条例X31	政策类型是否为法律条例，是为1，否为0	基于楚美金等[9]研究修改
	意见X32	政策类型是否为意见，是为1，否为0	
	通知X33	政策类型是否为通知，是为1，否为0	
政策内容X4	药品目录X41	政策内容是否涉及“双通道”药品目录，是为1，否为0	基于文本挖掘
	药店遴选X42	政策内容是否涉及药店遴选方式，是为1，否为0	
	药店退出X43	政策内容是否涉及药店退出机制，是为1，否为0	
	处方流转X44	政策内容是否涉及处方流转，是为1，否为0	
	信息技术X45	政策内容是否涉及信息技术应用，是为1，否为0	
	支付方式X46	政策内容是否涉及支付方式，是为1，否为0	
	惠民服务X47	政策内容是否涉及惠民服务，是为1，否为0	
	宣传引导X48	政策内容是否涉及宣传引导，是为1，否为0	
政策受众X5	医保部门X51	政策受众是否涉及医保部门，是为1，否为0	基于文本挖掘
	零售药店X52	政策受众是否涉及零售药店，是为1，否为0	
	医疗机构X53	政策受众是否涉及医疗机构，是为1，否为0	
	相关企业X54	政策受众是否涉及相关企业，是为1，否为0	
	其他X55	政策受众是否涉及其他内容，是为1，否为0	
保障措施X6	定点药店X61	政策是否涉及定点药店数量要求，是为1，否为0	基于文本挖掘
	执业药师X62	政策是否涉及执业药师数量要求，是为1，否为0	
	国谈药品X63	政策是否涉及国谈药品数量要求，是为1，否为0	
	分类管理X64	政策是否涉及国谈药品分类管理，是为1，否为0	
	配送方式X65	政策是否涉及药品配送方式要求，是为1，否为0	
政策功能X7	鼓励激励X71	政策功能是否涉及鼓励激励措施，是为1，否为0	基于薛惠元等[10]研究修改
	制度完善X72	政策功能是否涉及完善制度，是为1，否为0	
	强化发展X73	政策功能是否涉及强化发展，是为1，否为0	
	保护保障X74	政策功能是否涉及保护保障方式，是为1，否为0	
政策评价X8	目标明确X81	政策制定的目标是否明确，是为1，否为0	基于文本挖掘
	依据合理X82	政策制定的依据是否合理，是为1，否为0	
	方案科学X83	政策制定的方案是否科学，是为1，否为0	
	规划充分X84	政策制定的规划是否充分，是为1，否为0	
	细则完善X85	政策制定的细则是否完善，是为1，否为0	
政策公开X9	–	政策是否为公开政策，是为1，否为0	–

2.2.3　PMC指数计算

根据Estrada[11]提出的PMC指数模型的计算方法计算。首先，对各二级变量进行赋值；再根据公式（1）计算“双通道”管理政策各一级变量的值；最后，根据公式（2）对所有一级变量进行加和计算，得到待评价政策的PMC指数值。PMC指数介于8.00～9.00表明政策较为完美；介于6.00～<8.00表明政策具有优秀的一致性；介于4.00～<6.00表明政策在可接受范围；<4.00表明政策可接受性差，政策不良。

$$X_t\left(\sum_{j=1}^{n}\frac{X_{tj}}{T\left(X_{tj}\right)}\right)\cdots\cdots\text{公式（1）}$$

$$\text{PMC指数}=\sum_{j=1}^{m}X_t\cdots\cdots\text{公式（2）}$$

式中，t为一级变量（取值为1、2、3、4、5、6、7、8、9），j为二级变量，m为一级变量的个数，n为一级变量下二级变量的个数；X为选取的指标。

2.2.4　PMC曲面图构建

绘制PMC曲面图可以更加直观地展示各变量的侧重点。本研究把9个一级变量纳入一个3×3矩阵，绘制三维PMC曲面图。PMC曲面计算方法见公式（3）。通过横轴（X）和纵轴（Y）明确9个一级变量的二维坐标以确定各一级变量在PMC曲面图中的具体位置，见表2。

$$\text{PMC}=\begin{pmatrix}X1 & X2 & X3\\ X4 & X5 & X6\\ X7 & X8 & X9\end{pmatrix}\cdots\cdots\text{公式（3）}$$

表2　各一级变量对应的二维坐标

坐标	X1	X2	X3
Y1	X1(1,1)	X2(2,1)	X3(3,1)
Y2	X4(1,2)	X5(2,2)	X6(3,2)
Y3	X7(1,3)	X8(2,3)	X9(3,3)

3　实证结果分析

3.1　省级“双通道”管理政策的整体评价

31项政策的PMC指数的均值为6.03，政策等级为优秀，排名见表3。18个省份的政策被评定为优秀政策，13个省份的政策被评定为可接受政策，无完美政策和不良政策。其中政策内容（X4）、政策受众（X5）、保障措施（X6）和政策评价（X8）4个一级变量低于均值的省份较多，分别有10个、14个、22个和13个省份，这与各省份对于政策层面的重点因经济发展、卫生资源配置不同有关。从整体上看，我国“双通道”管理政策的内容体系较为完备，在政策性质（X1）、政策内容（X4）、政策受众（X5）、政策功能（X7）和政策评价（X8）5个层面的一级变量评价结果均值较高；但也要注意的是，在保障措施（X6）层面的评价结果均值偏低，部分“双通道”管理政策没有明确要求定点药店国谈药品的配备比例或数量，也没有对执业药师的配备作出限制。

31个省份现有“双通道”管理政策标准存在差异，部分省份政策内容有待优化。省级“双通道”管理政策的评价结果存在不平衡性，其中北京市“双通道”管理政策评分结果最高，估计是因为其政策发布时间最晚，是在学习借鉴其他省份优秀管理模式的基础上实施的，但政策内容评分结果与政策发布时间是否存在变量关系尚未验证。四川省“双通道”管理政策排名最后，首先是因为该省实施政策时间较早，政策的制定属于探索式；其次是因为在“双通道”管理政策发布后，其还有相应配套政策作为支撑，使得“双通道”管理政策本身的政策细则不够完善。

表3　31个省份“双通道”管理政策PMC指数计算结果

省份	X1	X2	X3	X4	X5	X6	X7	X8	X9	PMC指数	排名	等级
西藏	0.67	0.33	0.33	0.63	0.60	0.60	0.75	0.80	1.00	5.71	25	可接受
四川	0.67	0.33	0.33	0.25	0.60	0	0.75	0.60	1.00	4.53	31	可接受
湖北	0.67	0.33	0.33	0.38	0.80	0.40	1.00	0.80	1.00	5.71	25	可接受
甘肃	0.83	0.33	0.33	0.75	0.40	0.40	0.75	0.60	1.00	5.39	28	可接受
江西	0.83	0.33	0.33	0.88	0.60	0.40	1.00	0.80	1.00	6.17	12	优秀
广西	0.83	0.33	0.33	0.88	0.60	0.40	1.00	0.80	1.00	6.17	12	优秀
河南	0.83	0.33	0.33	0.88	0.60	0.40	1.00	0.60	1.00	5.97	19	可接受
黑龙江	0.83	0.33	0.33	0.75	0.60	0.60	1.00	0.80	1.00	6.24	8	优秀
上海	0.83	0.33	0.33	1.00	0.80	0.60	1.00	0.80	1.00	6.69	3	优秀
吉林	0.83	0.33	0.33	0.88	0.80	0.40	1.00	0.60	1.00	6.17	12	优秀
河北	0.83	0.33	0.33	0.75	0.80	0.40	1.00	0.80	1.00	6.24	8	优秀
天津	0.83	0.33	0.33	0.75	0.80	0.20	1.00	0.80	1.00	6.04	17	优秀
山西	0.83	0.33	0.33	0.50	0.60	0.20	1.00	0.60	1.00	5.39	28	可接受
北京	0.83	0.33	0.33	0.88	1.00	0.80	1.00	1.00	1.00	7.17	1	优秀
辽宁	0.83	0.33	0.33	0.75	0.60	0.40	1.00	0.80	1.00	6.04	17	优秀
山东	0.83	0.33	0.33	0.88	1.00	0.40	1.00	0.80	1.00	6.57	5	优秀
福建	0.83	0.33	0.33	0.75	1.00	0.60	1.00	1.00	1.00	6.84	2	优秀
内蒙古	0.83	0.33	0.33	0.50	0.60	0.40	1.00	0.60	1.00	5.59	27	可接受
宁夏	0.83	0.33	0.33	0.50	0.80	0.40	1.00	0.60	1.00	5.79	23	可接受
贵州	0.83	0.33	0.33	0.13	0.80	0	1.00	0.40	1.00	4.82	30	可接受
青海	0.83	0.33	0.33	0.63	0.60	0.60	1.00	0.60	1.00	5.91	20	可接受
海南	0.83	0.33	0.33	0.75	1.00	0.20	1.00	0.80	1.00	6.24	8	优秀
陕西	0.83	0.33	0.33	0.63	0.80	0.20	1.00	0.60	1.00	5.72	24	可接受
江苏	0.83	0.33	0.33	0.75	1.00	0.60	1.00	0.80	1.00	6.64	4	优秀
安徽	0.83	0.33	0.33	0.75	0.80	0.40	1.00	0.80	1.00	6.24	8	优秀
湖南	0.83	0.33	0.33	0.75	1.00	0.40	1.00	0.80	1.00	6.44	7	优秀
新疆	0.83	0.33	0.33	1.00	0.60	0.20	1.00	0.60	1.00	5.89	21	可接受
重庆	0.83	0.33	0.33	0.75	0.60	0.40	1.00	0.60	1.00	5.84	22	可接受
广东	0.83	0.33	0.33	0.88	0.80	0.20	1.00	0.80	1.00	6.17	12	优秀
云南	0.83	0.33	0.33	0.63	0.60	0.80	1.00	0.60	1.00	6.12	16	优秀
浙江	0.83	0.33	0.33	0.88	0.80	0.60	1.00	0.80	1.00	6.57	5	优秀
均值	0.81	0.33	0.33	0.71	0.74	0.41	0.98	0.72	1.00	6.03	–	优秀

3.2　省级“双通道”管理政策的具体评价

31个省份“双通道”管理政策PMC指数的各一级变量分析结果如下：31项政策的政策性质（X1）得分均值为0.81，政策性质以支持、引导、建议、监管为主，未涉及预测内容。政策时效（X2）、政策类型（X3）为单一性评价，得分均值均为0.33，其中政策时效均为长期；政策类型为意见或通知，不涉及法律条例。政策内容（X4）得分均值为0.71，多数省份在定点药店遴选、退出机制、处方流转、信息技术应用中作出了程序性要求，缺少政策细则和具体实施要求，只有少部分省份的政策内容关联了“双通道”药品管理清单。政策受众（X5）得分均值为

0.74，31个省份的受众均包含医保部门、零售药店与医疗机构，极少省份的政策受众包含相关企业。保障措施（*X*6）得分均值为0.41，多数省份的政策涉及定点药店数量、配送方式要求，仅少部分省份对国谈药品数量、执业药师数量和药品分类管理作出了要求，可见各省份政策内容的不均衡性。政策功能（*X*7）得分均值较高，为0.98，几乎所有省份的政策均向鼓励激励、制度完善、强化发展和保护保障方面倾斜，可见各省份对“双通道”管理政策落地的支持。政策评价（*X*8）得分均值为0.72，各省份制定政策基本满足目标明确、依据合理、方案科学、规划充分和细则完善的要求。政策公开（*X*9）得分均为1.00。31个省份“双通道”管理政策的PMC曲面图见图2。

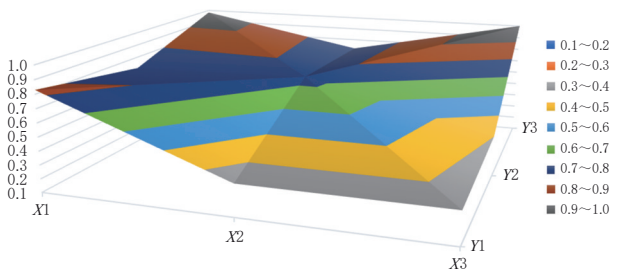


图2　31个省份“双通道”管理政策的PMC曲面图

3.3　北京市与重庆市“双通道”管理政策的具体分析

根据政策等级特征，北京市与重庆市两地“双通道”管理政策的PMC指数分别为7.17和5.84，政策等级划分分别为优秀政策、可接受政策。根据地区特征，北京市作为我国政治文化中心，承担了许多国家级政策的首发和示范任务，涵盖金融、科技、教育、医疗等多个行业；而重庆市作为西南地区的重要经济中心和国家中心城市，在西部大开发、成渝地区双城经济圈建设等国家战略框架下，得到了非常大的政策倾斜和快速响应，政策密集度逐年上升，在政策内容制定层面具有一定的对比研究意义。因此，本研究基于政策等级与地区特征对比两地政策，以探索不同等级政策的差异性。

由北京市与重庆市“双通道”管理政策PMC指数模型一级变量的雷达图（图3）可知，两项政策在政策性质（*X*1）、政策时效（*X*2）、政策类型（*X*3）、政策功能（*X*7）和政策公开（*X*9）5个层面保持一致，而在政策内容（*X*4）、政策受众（*X*5）、保障措施（*X*6）、政策评价（*X*8）4个层面存在差异性。其中在政策内容（*X*4）层面，北京市比重庆市的得分略高，表现在北京市的政策内容明确了医保支付政策和支付标准，而重庆市的政策没有体现支付政策与方式。在政策受众（*X*5）层面，北京市的政策涵盖医保部门、协议药店、医疗机构、药品监管部门、各相关企业，而重庆市的政策受众仅涵盖医保部门、零售药店、医疗机构。在保障措施（*X*6）层面，北京市对定点药店的数量、执业药师的人数、国谈药品的配备率和配送方式作出了要求，而重庆市仅对“双通道”零售药店的数量进行了规定。在政策评价（*X*8）中，重庆市需要在政策规划和政策细则完善两个二级指标中继续改善。北京市“双通道”管理政策的评价结果高于重庆市的原因除北京市经济发展领先、医疗卫生水平及服务质量较高之外，其政策本身在政策内容、保障措施等层面的明确性也是原因之一。

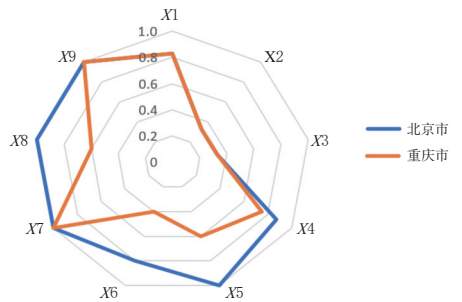


图3　北京市与重庆市“双通道”管理政策PMC指数模型一级变量的雷达图

4　讨论与建议

本研究发现，31个省份中有1个省份的发文机构为省级医疗保障服务中心，7个省份的发文机构为省级医疗保障局，19个省份为省级医疗保障局、卫生健康委员会或省级卫生健康委员会、药品监督管理局两部门联合发文，4个省份为省级医疗保障局、卫生健康委员会、药品监督管理局三部门联合发文。31个省份的“双通道”管理政策中，18个省份的政策PMC指数介于6.00～<8.00，属于优秀政策；13个省份的政策PMC指数介于4.00～<6.00，属于可接受政策。多数省份“双通道”管理政策处于较为完善的水平，但由于地区间的经济、医药发展水平存在差异，不同地区间政策细则的完善程度不同，还需持续优化政策制定。

4.1　持续优化政策设计，完善政策细则

我国“双通道”管理政策相对完善，管理模式及政策内容基本能够满足现有国谈药品的落地；但对纳入“双通道”管理的药品数量、管理方式、支付方式等政策细则不够完善。建议在医保基金的可接受范围之内对经济、医药卫生发展水平较低的省份单独执行补偿制度；同时，各省份应该根据本地人口规模、疾病特点等实际情况对纳入管理的国谈药品比例或数量进行规定，保障国谈药品在定点药店的配备率，切实为患者购药提供便利，满足患者用药需求。此外，还应尽力减少地区间经济发展不均对医药卫生制度的影响。在支付方式方面，应积极探索建立用于治疗重大疾病、慢性病等药品单独支付的政策，寻找出一套适合本地医药卫生发展的支付方式，继续完善“双通道”管理政策细则，以减轻患者用药负担。

4.2　搭建定点药店管理模式，明确遴选规则与退出机制

本研究发现，部分省份仅对零售药店纳入“双通道”药店的遴选标准、程序作出原则性规定，缺乏具体的遴

选规则。大部分省份要求辖区内县（市、区）至少有1家定点药店，而河南、河北等地要求各统筹区至少遴选1家定点药店。建议进一步明确“双通道”药店的遴选规则、退出机制及监管方式，如定点药店的相应资质、能否满足特殊药品的储存运输要求、面积布局等。在实际操作中，纳入“双通道”管理的药品价格普遍较高，与其销售率不成比例，导致其定点药店因利润问题受到一定限制，因此，应适当考虑将符合要求的新特药店、直接面向患者药店优先纳入“双通道”药店进行管理，以提高药店的营业收入与使用效率。对于不符合要求的定点药店，应及时撤销其资格并备案公示，加以惩罚，从而确保定点药店发挥实际作用。

4.3 重视药学服务建设，推动处方外流

执业药师是药学服务建设的关键因素。对于药学服务建设，建议对定点药店的药学技术人员、执业药师配备情况进行规定，赋予执业药师相应处方权，以减少药品使用的安全问题，确保患者科学、有效用药。处方外流是“双通道”管理的必要环节，部分省份出台的“双通道”管理政策缺少处方外流的配套措施，各地处方流转平台不一。宣天惠等[12]研究指出，互联网技术的应用，在医疗资源整合和使用效率上卓有成效。各省份应在互联网技术的加持下，建立全省统一标准的处方流转平台，打破医疗机构与定点药店之间的处方屏障；同时，可以通过对医疗机构进行考核的方式推动处方向院外流转，借助流转平台进一步推动互联网医疗的支撑作用。

参考文献

[1] 陶立波，吴瑶. 医保国谈药落地问题的交易成本视角分析[J]. 卫生软科学，2022，36(11)：67-70.
TAO L B，WU Y. Analysis from the perspective of transaction cost on drug delivery in national reimbursement drug list[J]. Soft Sci Health，2022，36(11)：67-70.

[2] 国家医保局，国家卫生健康委. 关于建立完善国家医保谈判药品“双通道”管理机制的指导意见[EB/OL].(2021-04-22)[2024-02-12]. https://www.nhsa.gov.cn/art/2021/5/10/art_104_6527.html.
State Medical Insurance Bureau，National Health Commission. Guidance on establishing and improving the “dual channel” management mechanism for drugs in national medical insurance negotiations[EB/OL]. (2021-04-22)[2024-02-12]. https://www.nhsa.gov.cn/art/2021/5/10/art_104_6527.html.

[3] 顾海，刁仁昌，石斌，等. 国谈药“双通道”落地存在的问题及对策建议[J]. 中国医疗保险，2023(8)：59-65.
GU H，DIAO R C，SHI B，et al. The problems and countermeasures of the implementation of the “double channel” policy of national negotiated drugs[J]. China Health Insur，2023(8)：59-65.

[4] 彭博，姜骁桐，张小娟，等. 国家医保谈判药品“双通道”管理实施现状与政策分析[J]. 中国卫生政策研究，2024，17(5)：9-16.
PENG B，JIANG X T，ZHANG X J，et al. Current situation and policy analysis of the implementation of the “dual channel” management of drugs in the national medical insu- rance negotiation[J].Chin J Health Policy，2024，17(5)：9-16.

[5] RUIZ M，YAP F，NAGARAJ S. Beyond the ceteris paribus assumption：modeling demand and supply assuming Omnia Mobilis[J]. Int J Economic Res，2008(2)：185-194.

[6] 王伟光，宋洪玲. 数字经济支持政策工具的量化评价：基于省级层面政策的文本分析[J]. 中国科技论坛，2023(6)：97-107.
WANG W G，SONG H L. Quantitative evaluation of policy tools for digital economy support：text analysis based on inter-provincial level policy[J]. Forum Sci Technol China，2023(6)：97-107.

[7] 张永安，耿喆. 我国区域科技创新政策的量化评价：基于PMC指数模型[J]. 科技管理研究，2015，35(14)：26-31.
ZHANG Y A，GENG Z. The quantitative evaluation of regional science and technology innovation policy：based on the index of PMC model[J]. Sci Technol Manag Res，2015，35(14)：26-31.

[8] 顾一纯，何达，黄佳妤，等. 基于PMC指数模型的我国健康医疗大数据发展的政策环境研究[J]. 中国卫生政策研究，2022，15(4)：45-51.
GU Y C，HE D，HUANG J Y，et al. Research on the policy environment of China’s healthcare big data development based on PMC index model[J]. Chin J Health Policy，2022，15(4)：45-51.

[9] 楚美金，徐文，马漫遥. 基于PMC指数模型的我国药品网络销售监管政策量化评价[J]. 现代预防医学，2023，50(18)：3358-3366.
CHU M J，XU W，MA M Y. Quantitative evaluations of China’s drug online sales regulatory policies based on the PMC index model[J]. Mod Prev Med，2023，50(18)：3358-3366.

[10] 薛惠元，张永高. 共同富裕视域下我国长期护理保险政策评价与优化路径研究：基于PMC指数模型[J]. 中国卫生政策研究，2023，16(6)：10-19.
XUE H Y，ZHANG Y G. Study on the evaluation and optimization path of long-term care insurance policy in China from the perspective of common prosperity：based on PMC model[J]. Chin J Health Policy，2023，16(6)：10-19.

[11] ESTRADA M. Policy modeling：definition，classification and evaluation[J]. J Policy Model，2011，33(4)：523-536.

[12] 宣天惠，李瑞锋，郑秋莹，等. “互联网+医疗”政策量化研究[J]. 中国卫生资源，2022，25(3)：385-391.
XUAN T H，LI R F，ZHENG Q Y，et al. Quantitative research on the policy of “internet+medical care” [J]. Chin Health Resour，2022，25(3)：385-391.

（收稿日期：2024-03-17　修回日期：2024-07-19）
（编辑：刘明伟）