

[中药监管科学]

基于德尔菲法与层次分析法构建集采中成药可替代药品遴选评价体系及分级管控策略

赵 倩¹, 赵 越^{2,3}, 唐 贺¹, 鞠晓宇^{1*}

(1. 河北省中医院药学部, 河北 石家庄 050011; 2. 河北省人民医院药学部, 河北 石家庄 050054; 3. 河北省临床药学重点实验室, 河北 石家庄 050054)

摘要: **目的** 构建适用于中成药集采的可替代药品遴选评价体系及分级管控策略。**方法** 采用德尔菲法与层次分析法构建评价体系, 以集采中成药为研究对象, 对 2018 年版《国家基本药物目录》、《国家基本医疗保险、工伤保险和生育保险药品目录 (2023 年)》、2020 年版《中华人民共和国药典临床用药须知》中收录的中成药进行评价, 并划分等级; 针对不同等级制定包括动态监测、处方拦截、权限设置等差异化管控措施。**结果** 评价体系包含 3 个一级指标、10 个二级指标, 形成三级管控闭环, 分别为完全可替代、大部分可替代、一定程度上可替代。管控后集采药品销售完成率由 48% 提升至 96%, 科室任务达标率由 73.3% 提升至 93.3%, 医务人员满意度改善。**结论** 该体系有效解决中成药集采中可替代药品管理难题, 为医疗机构落实集采政策提供可量化、可复制的管理工具。

关键词: 中成药; 带量采购; 德尔菲法; 层次分析法; 分级管控; 可替代药品

中图分类号: R288

文献标志码: A

文章编号: 1001-1528(2026)04-1423-06

doi: 10.3969/j.issn.1001-1528.2026.04.050

药品集中带量采购 (以下简称“集采”) 是我国医药卫生体制改革的重要举措之一, 自实施以来取得明显成效^[1]。目前, 国家集采已覆盖 374 种药品, 平均降幅超 50%, 累计节约费用超 2 600 亿元^[2], 为中成药集采积累制度经验。2021 年, 国务院办公厅印发《关于加快中医药特色发展的若干政策措施》, 明确提出探索符合中医药特点的医保支付方式, 为中成药集采提供政策依据^[3]。2021 年湖北省牵头 19 省开展首轮中成药省际联盟集采, 标志着中成药正式纳入国家集采体系, 平均降幅 42.27%, 年节约费用 26 亿元^[4]。随着集采的常态化推进, 为保障集采任务顺利完成, 如何科学管理集采可替代药品, 确保其合理使用并有效监测已成为各医疗机构面临的核心难点与重点问题^[5]。为此, 国家医疗保障局发布《前八批国家组织药品集中采购品种可替代药品参考监测范围》等文件, 为化药集采管理提供明确指引。然而, 中成药因独家品种多、组方复杂、功能主治交叉等特殊性质, 缺乏官方可替代目录, 易引发用药争议与集采任务执行偏差。

因此, 本研究运用德尔菲法和层次分析法

(analytic hierarchy process, AHP) 构建集采中成药可替代药品的遴选评价体系, 并将可替代药品划分为完全可替代、大部分可替代、一定程度上可替代共 3 个等级, 针对不同等级提出差异化的分级管控措施, 以期中成药集采工作的精细化管理提供可借鉴和可复制的实践经验。

1 资料与方法

1.1 资料来源

1.1.1 研究对象 河北省中医院在用的第一、二批中成药省际联盟集中采购品种, 共 26 种。可替代药品来源包括 2018 年版《国家基本药物目录》、《国家基本医疗保险、工伤保险和生育保险药品目录 (2023 年)》、2020 年版《中华人民共和国药典临床用药须知》中与集采药品相同或类似功能主治的品种。

1.1.2 评价检索信息源 根据药品说明书明确药品处方组成、治疗目的、剂型, 通过医脉通、UpToDate 软件查阅诊疗规范、指南或专家共识, 通过河北省医用药品集中采购平台 (<http://ylbzj.hebei.gov.cn/pub/#/Index>) 查询药品挂网价格及是否集采药品, 通过 2018 年版《国家基本药物目

收稿日期: 2025-12-30

基金项目: 河北省中医药管理局科研计划项目 (2025216)

作者简介: 赵 倩 (1986—), 女, 硕士, 主管药师, 从事中药临床药学研究。E-mail: 844401360@qq.com

* 通信作者: 鞠晓宇 (1990—), 女, 硕士, 副主任药师, 从事中药临床药学研究。E-mail: 1052675232@qq.com

录》与《国家基本医疗保险、工伤保险和生育保险药品目录（2023 年）》确定药品功效亚类。

1.2 方法 以“中成药”“带量采购”“重复用药”为关键词检索 CNKI、万方等数据库中相关文献，并根据《前八批国家组织药品集中采购品种可替代药品参考监测范围》等医保文件中有关可代替药品的定义，结合中成药处方点评中重复用药的标准^[6-8]，初拟指标条目池及得分标准。采用德尔菲法函询临床、医保、药事管理与临床药学专业的专家，采用 Likert 5 级综合评分法评价各指标的重要程度^[9]，以重要性评分 ≥ 4 分且变异系数 ≤ 0.25 为标准，其中重要性评分分为非常重要、重要、一般、不重要、非常不重要，对应 5、4、3、2、1 分，变异系数 =（标准偏差/平均值） $\times 100\%$ ^[10]。根据德尔菲法，权威系数为判断依据与熟悉程度的算术平均值，其中判断依据是专家对理论知识、实践经验、参考国内外资料、个人直觉的自我判断，每个方面根据专家自我评估的程度赋予不同分值。熟悉程度则分为非常了解、略有了解、一般了解、了解较少、完全不了解，对应 1.0、0.8、0.6、0.4、0.2^[11]，当权威系数 ≥ 0.7 时，专家权威程度较高^[12]。

表 1 评价体系及综合权重

一级指标	二级指标	得分标准	重要性评分/分	变异系数	综合权重
1. 处方组成	1.1 待评品种与集采药品为通用名(含剂型差异忽略)	符合,10 分;不符合,0 分	4.938±0.250	0.051	0.093 4
	1.2 待评品种与集采药品的成分相同或相似	成分相同,10 分;相似,5 分;均不符合,0 分	4.688±0.479	0.102	0.101 0
2. 临床价值	1.3 待评品种与集采药品的组方存在衍生关系	符合,10 分;不符合,0 分	4.000±0.365	0.091	0.037 9
	2.1 待评品种与集采药品的治疗目的(适应证)一致	一致,10 分;部分一致,5 分;不一致,0 分	4.938±0.250	0.051	0.195 4
	2.2 待评品种与集采药品的剂型/给药途径一致性	符合,10 分;不符合,0 分	4.063±0.574	0.141	0.059 3
	2.3 待评品种与集采药品被指南/共识等推荐	集采药品未被推荐但待评品种被推荐,10 分;不符合,0 分	4.688±0.479	0.102	0.142 1
	2.4 与集采药品相比,待评品种在安全性、有效性或依从性等方面具有优势	符合,10 分;不符合,0 分	4.563±0.814	0.178	0.191 0
3. 政策合规性	3.1 待评品种与集采药品在《国家基本药品目录》或《国家基本医疗保险、工伤保险和生育保险药品目录》相同功效亚类收录	符合,10 分;不符合,0 分	4.375±0.619	0.142	0.032 1
	3.2 与集采药品相比,待评品种日均费用更具经济性	具有优势,10 分;两者相当,5 分;无优势,0 分	4.750±0.447	0.094	0.084 7
	3.3 待评品种为非集采药品	符合,10 分;不符合,0 分	4.563±0.629	0.138	0.063 1

注：成分相同是指组方成分完全相同或含有相同特殊成分（中药有效部位、类似单一明确化学成分），成分相似是指含有相同君药或含有至少 3 种相同中药成分（以炮制品计）、或含有的相同中药成分（以炮制品计）数量占比超过某一中成药全方 30%。

2.2 制定可替代药品分级目录 根据评价规则对待评药品逐一赋分，其中二级指标 2.3、2.4、3.2 为极小型指标，需进行趋势正向化处理。参照国家制定的化学药品可替代参考监测目录，将中成药可

1.3 统计学分析 通过 Microsoft Excel 2019 软件录入调查数据，GraphPad Prism 10.1.2 软件进行处理，指标的重要性得分按计量资料处理，计量资料以 $(\bar{x}\pm s)$ 表示。Kendall-W 协调系数采用卡方检验， $P<0.05$ 标志专家意见具有一致性^[13]。指标重要性两两比较采用 Saaty1-9 标度评分法^[14]，结果导入 Yaahp 10.0 软件，生成判断矩阵，通过一致性检验后，以加权几何平均方式对判断矩阵进行数据合并，指标归一化权重值即指标综合权重。

2 结果

2.1 建立可替代药品遴选评价体系 共邀请 17 名专家，其中临床方面 4 位、医保方面 3 位、药事管理方面 5 位、临床药学方面 4 位，专家判断依据为 0.89，熟悉程度为 0.94，权威系数为 0.92，专家权威程度较高。2 轮函询共删除指标 1 项，修改并细化指标 2 项，变异系数 <0.25 ， $P<0.05$ ，专家意见趋于一致。基于 AHP 构建的判断矩阵均通过一致性检验，最终确定包括 3 个一级指标和 10 个二级指标的评价体系及综合权重，计算综合评分，公式为综合评分=得分_{1.1} $\times$ 综合权重_{1.1}+得分_{1.2} $\times$ 综合权重_{1.2}+得分_{1.3} $\times$ 综合权重_{1.3}+……+得分_{3.3} $\times$ 综合权重_{3.3}，见表 1。

替代药品分为完全可替代、大部分可替代、一定程度上可替代共 3 个等级^[15]。完全可替代药品需同时在指标 2.1 与 1.2 中获得满分；大部分可替代药品需符合指标 2.1 ≥ 5 分、指标 1.2 ≥ 5 分，且综合

评分 ≥ 3.5 分的条件；一定程度上可替代药品则需符合指标 2.1 ≥ 5 分、指标 1.2 为 0 分，且综合评分 ≥ 3.5 分的条件。

为直观展示分级标准在实际应用中的情况，本研究选取应用广泛且具有代表性的丹参注射剂详细阐述。丹参酮Ⅱ_A磺酸钠注射液属于脂溶性单体成分制剂，而丹参注射液、注射用丹参多酚酸盐的主要成分为水溶性酚酸类。尽管成分性质存在差异，但鉴于三者药物基原相同，临床适应症重合，故将丹参酮Ⅱ_A磺酸钠注射液、注射用丹参多酚酸盐认定为丹参注射液的完全可替代品种。大部分可替代药品丹红注射液、冠心宁注射液、香丹注射液均为

复方制剂。丹红注射液在丹参活血通络基础上，增加了红花提取物的化瘀止痛功效，更适用于伴有微循环障碍的冠心病患者；冠心宁注射液则含川芎嗪，主要针对心血瘀阻型心绞痛，其作用特点在于改善心功能与血脂代谢；香丹注射液通过降香中的挥发油类成分与丹参产生协同效应，以增强冠脉血流。此外，灯盏细辛注射液含灯盏乙素等黄酮类成分，主要改善内皮功能并增强脑血流灌注，与丹参相比还可应用于缺血性中风的治理，故认定为一定程度上可替代。6 种药品的各指标得分及分级见表 2。

表 2 丹参注射液可替代药品各指标得分及分级

指标	丹参酮Ⅱ _A 磺酸钠注射液	注射用丹参多酚酸盐	丹红注射液	香丹注射液	冠心宁注射液	灯盏细辛注射液
1. 1	0	0	0	0	0	0
1. 2	1. 010	1. 010	0. 505	0. 505	0. 505	0
1. 3	0	0	0	0	0	0
2. 1	1. 954	1. 954	1. 954	1. 954	1. 954	0. 977
2. 2	0. 593	0. 593	0. 593	0. 593	0. 593	0. 593
2. 3	1. 421	1. 421	1. 421	1. 421	1. 421	1. 421
2. 4	0	0	0	0	0	0
3. 1	0	0	0. 321	0	0	0
3. 2	0. 847	0. 847	0. 847	0	0. 424	0. 847
3. 3	0. 631	0. 631	0. 631	0	0	0. 631
综合评分/分	6. 456	6. 456	6. 272	4. 473	4. 883	4. 469
分级	完全可替代	完全可替代	大部分可替代	大部分可替代	大部分可替代	一定程度上可替代

2.3 制定分级管控措施 基于“2.2”项下的分
级规则，针对非集采药品的替代等级，实施差异化

的分级管控策略，见表 3。

表 3 可替代品种的分级管控策略

非集采药品替代等级	分级管控策略
完全可替代	①同通用名的非集采药品直接清退 ②对于含有相同特殊成分(如中药有效部位、类似单一明确化学成分)且治疗目的相同的非集采药品,若确认无独特临床优势,直接清退 ③完全可替代但有独特优势的非集采药品,根据集采完成进度测算其采购比例。当集采任务难以完成时,暂停使用该非集采药品
大部分可替代	①集采进度<30%:对非集采的可替代药品进行系统警示与拦截 ②30%≤集采进度<80%;需填写特殊用药理由后方可使用 ③集采进度≥80%;仅提示医师本科室集采任务完成情况,恢复正常医疗秩序 ④对于专病用药(如糖尿病),限制专科医师处方权限
一定程度上可替代	常规用量动态监测与超常预警,若发现异常增长时启动处方专项点评

3 应用情况

3.1 搭建集采药品监测体系 建立集采药品全流程动态监测与预警系统，见图 1~4。通过运营看板，实现对各批集采任务总进度、药品使用与采购进度排名、各临床科室任务完成率及药品用量与金额趋势等多维度数据的实时可视化监控与动态分析；支持对单一药品的全院完成进度及各科室约定任务量完成情况进行精准查询与追溯，确保管理责任落实到具体科室。系统内置可替代药品目录维护

模块，支持对集采药品对应的可替代品种及其替代等级进行动态更新与关联管理，同时依据药品完成进度设置拦截、警示等前置审核规则，实现过程风险智能管控。

3.2 集采药品完成情况 以 2022 年 5 月至 2023 年 6 月（中成药集采第一批第一周期）为精细化管控前，2023 年 7 月至 2024 年 6 月（中成药集采第一批第二周期、第二批第一周期）为精细化管控后。精细化管控前，集采中成药共 25 种，100%

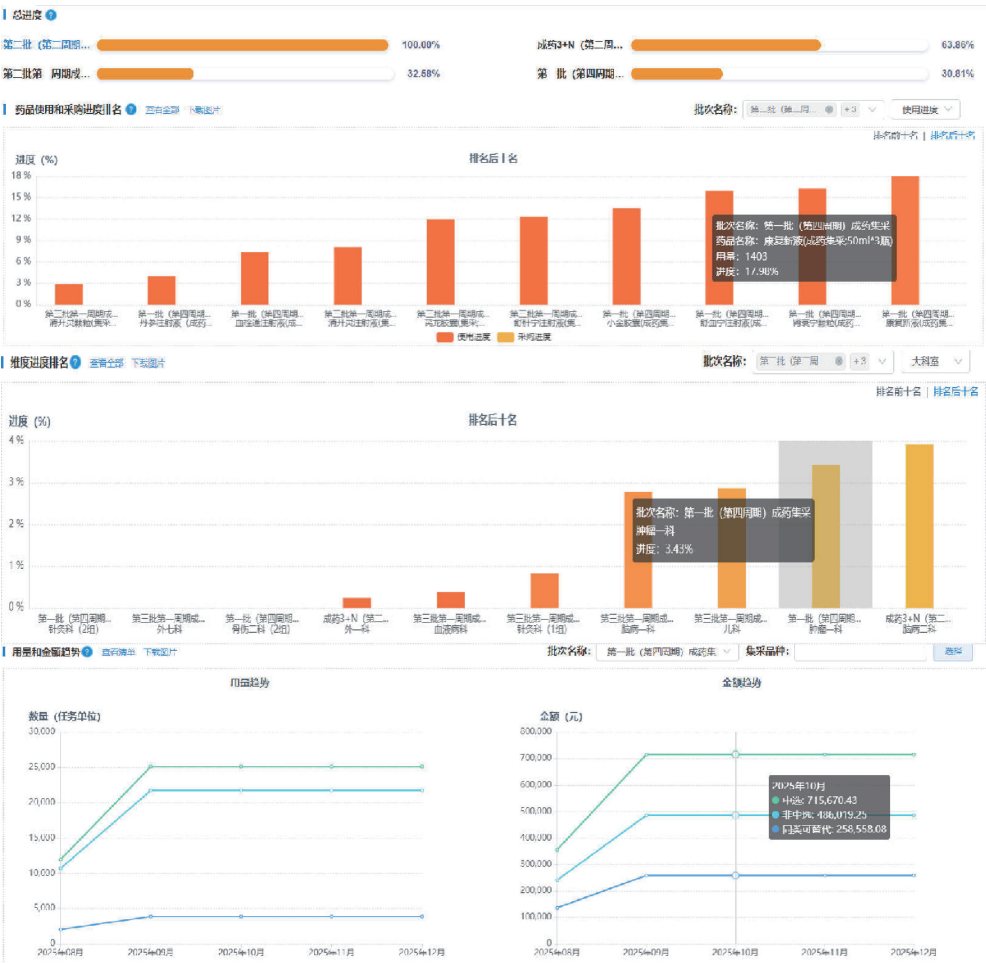


图 1 集采药品运营看板



图 2 集采药品进度查询

完成约定任务量的采购，但有 13 种中成药未完成销售量，占比 52%；管控后同样 100% 完成约定任务量的采购，仅有 1 种中成药未完成销售量，占比 4%。完成的 24 种中成药中，丹参注射液、舒血宁注射液、血栓通注射液等均通过限制可替代药品销售，督促临床优先完成集采药品任务量。就临床科室目标任务完成情况而言，管控前全院 60 个临床科室中有 16 个未完成目标任务量，管控后仅有 4 个。

3.3 医务人员满意度 邀请承担集采目标任务的 不同临床科室医师 15 人、参与集采药品管控的药师 5 人，采用 Likert 5 级综合评分法调查其对中成药集采管控的满意度，分为非常满意、满意、一般、不满意、非常不满意，对应 5、4、3、2、1 分。与精细化管控前相比，改进后医务人员满意度均有提升，见表 4。

4 讨论

自 2019 年 1 月国务院办公厅发布《关于印发

基础维护										
维护药品 ×										
批次名称: 第一批 (第四周期) 成药集采 品种名称: 丹参注射液 (成药集采:10ml) 任务单位: 支 含量单位: ml 新增 清空										
☐	序号	药品类型	是否断研	同类可替代类型	执行周期	药品编码	药品名称	药品剂型	药品规格	药品厂家
		批量维护 ▾								
☐	1	中选			2025-08-01至2026-07-31	Y211207031	丹参注射液 (成药集采,10ml)	注射液	10ml	福建古田药业有限公司
☐	2	同类可替代		完全可替代		Y0532000...	丹参酮ⅡA磺酸钠注射液(2ml;10...	注射液	2ml,10mg	上海上药第一生化药业...
☐	3	同类可替代		大部分可替代		Y211203001	丹红注射液(20ml)	注射液	20ml	山东丹红制药有限公司
☐	4	同类可替代		大部分可替代		Y211203002	丹红注射液(10ml)	注射液	10ml	山东丹红制药有限公司
☐	5	同类可替代		完全可替代		Y211207016	注射用丹参多酚酸盐(50mg)	粉针剂	50mg	上海绿谷制药有限公司
☐	6	同类可替代		完全可替代		Y211207017	注射用丹参多酚酸盐(100mg)	粉针剂	100mg	上海绿谷制药有限公司
☐	7	同类可替代		一定程度上可替代		Y211208004	灯盏细辛注射液(10ml)	注射液	10ml	云南生物谷药业股份有...
☐	8	同类可替代		大部分可替代		Y211208035	冠心宁注射液(10ml)	注射液	10ml	神威药业集团有限公司

图 3 可替代药品系统维护

规则管理

完成进度管控

使用比例管控

历史任务量管控

非专科用药管控

管控白名单

显示设置

执行中品种

规则应用状态

完成情况

批次名称:

选择

清空

品种名称:

丹参注射液 (成药集采:10ml)

选择

清空

请输入批次、品种、维护人员

查询

重置

	品种名称	进度	最低进度	分阶段管控完成进度值		完成进度1 (%)	应用范围		完成进度2 (%)	应用范围		完成进度3 (%)	应用范围	
				低值	高值		非中选	同类可替代		非中选	同类可替代		非中选	同类可替代
							批量维护	批量维护		批量维护	批量维护		批量维护	批量维护
☒	丹参注射液 (成药集采: 10 ml)	查看	17.28	30	80	< 30	控制、警示	控制、警示	30至80	理由、警示、南方	理由、警示、南方	> 80	警示	警示

图 4 集采药品分级管控措施维护

表 4 集采药品精细化管控前后满意度比较

调研对象	调研问题	满意度评分/分 (管控前)	满意度评分/分 (管控后)	t 值	P 值
临床医师 (n=15)	对科室目标任务量告知情况是否满意?	2. 6±0. 5	4. 3±0. 5	11. 05	<0. 000 1
	对科室目标任务量完成进度了解情况是否满意?	2. 5±0. 7	4. 8±0. 4	12. 58	<0. 000 1
	对集采与非集采药品信息的了解情况是否满意?	2. 3±0. 7	4. 8±0. 4	13. 82	<0. 000 1
	对结余留用激励方案是否满意?	3. 0±0. 0	4. 6±0. 5	13. 58	<0. 000 1
药师 (n=5)	对集采可替代药品分级管控措施是否满意?	2. 1±0. 8	4. 4±0. 5	11. 39	<0. 000 1
	对集采管控工作效率是否满意?	2. 8±0. 7	4. 7±0. 5	10. 18	<0. 000 1
	对集采管控工作量是否满意?	2. 9±0. 7	4. 0±0. 7	5. 21	<0. 000 1
	对集采可替代药品分级管控措施是否满意?	2. 3±0. 7	4. 6±0. 5	12. 44	<0. 000 1
	对结余留用激励方案是否满意?	2. 4±0. 5	4. 6±0. 8	10. 86	<0. 000 1

国家组织药品集中采购和使用试点方案的通知》以来，国家组织药品集中带量采购工作在全国范围内有序推开，通过“以量换价”机制有效降低药品价格，减轻患者经济负担^[16]。湖北省牵头中成药省际联盟集采，为在全国范围内开展中成药集采迈出了关键性的第一步，有力推进药品供给侧结构性改革^[17]。国务院办公厅《关于推动药品集中带量采购工作常态化制度化开展的意见》要求医疗机构优先使用中选药品并完成约定采购量^[18]。然而，大部分的中选药物的使用强度虽出现显著增长，但个别中选药物使用强度出现降低^[19]。因此，为保障集采效果，加强集采药品临床用量监测至关重要。但在中成药领域，由于其品种多、分布散、独家产品多等特点，非集采药品，尤其功能主治交叉品种，极易挤占集采药品的市场份额，成为制约约定采购量完成的关键瓶颈^[20]。目前，国家层面尚缺乏统一、权威的中成药可替代药品目录，导致

药学部门在实施临床用药管控时，缺乏科学、明确的管理依据，难以有效规范临床替代行为，影响集采政策的落地效果。因此，构建一套科学、客观、实用的中成药集采可替代药品遴选评价体系，已成为当前医疗机构药学管理和政策执行中亟待解决的关键问题。

本研究聚焦中成药集采可替代药品的精准管理，基于德尔菲法与 AHP，构建包含 3 个一级指标、10 个二级指标的量化评价体系，将长期依赖临床经验的主观替换转化为基于证据的、可量化的、可复现的循证替换。在指标设计上，紧密结合中成药“辨证论治”理论内核与政策导向型市场特征，构建了“处方组成-临床价值-政策合规”三维评价框架。基于中医同病异治、异病同治理论，处方组成相似的中成药可因配伍差异而靶向不同的病因病机。如妇科千金片较金鸡胶囊仅增党参、当归，故兼具益气化瘀之效，更适用于湿热兼气血虚

证患者，而金鸡胶囊专攻清热化湿、活血通络，治疗湿热型带下病^[21]。因此，本体系将通用名一致性、成分相似性、组方衍生关系作为核心指标精准界定中医理论下的可替代边界。临床价值作为药品的核心价值维度，其评价需综合考量治疗目标一致性、指南推荐等级及安全性优势等指标，以进行循证验证。鉴于医药行业具有政策密集型特征，本体系通过考量药品在《国家基本药物目录》等收录情况、日均费用及集采资格，与国家医保局“以量换价、腾笼换鸟”的政策导向相契合^[22]。同时，该可替代药品目录需建立动态调整机制，以适应临床循证指南的更新和药品价格的变化。

依据本体系对目标中成药进行系统评价，通过量化核心指标与总分阈值，创新性地建立完全可替代、大部分可替代、一定程度上可替代共 3 个等级。实践验证显示，集采中成药销量未达标品规由 52% 降至 4%，科室任务未完成率由 26.7% 降至 6.7%，医务人员满意度提升，证明体系兼具科学性与可行性。

本研究的创新性主要体现在 3 个方面。一是针对中成药可替代性管理难题与政策空白，构建适配性强的集采可替代药品遴选工具，为医保部门制定配套政策贡献可推广的方法学参考。二是通过划分三级替代关系并实施差异化管控，有效解决中成药集采无序管控与“一刀切”之间的两难困境，形成从科学评价到精准落地的管理闭环，为精细化管理提供可操作的框架。三是将德尔菲法与 AHP 引入中成药集采的可替代药品评价中，突破现有研究多依赖解剖学、治疗学、化学分类系统^[23]或说明书对比而难以量化的局限，确保体系的科学性与严谨性。

综上所述，本研究以解决中成药集采中可替代药品管理难题为核心目标，通过构建科学评价体系，建立三级分类，实施分级管控措施，实现中成药替代关系从依赖临床经验向基于循证证据的转化，不仅为医疗机构精准落实集采政策、完成约定采购量提供清晰、可操作的系统性工具，还为医保部门制定中成药集采配套政策贡献可复制、可推广的方法学参考和实践经验。

参考文献：

[1] 谢渝婧, 罗 奕, 田益明, 等. 公立医院药品集中带量采购执行效果评价研究[J]. 中国医院, 2025, 29(2): 6-10.

[2] 强 滢, 王孝勇, 宋 燕. 基于文献分析的我国药品集中带量采购政策落地问题研究[J]. 中国医药工业杂志,

2025, 56(8): 1097-1102.

[3] 国务院办公厅. 关于加快中医药特色发展的若干政策措施[EB/OL]. (2021-02-09) [2025-12-04]. https://www.gov.cn/zhengce/content/2021-02/09/content_5586278.htm.

[4] 申玲玲, 吴宪强, 贡雪芃. 湖北省首次中成药带量采购分析与思考[J]. 中国医院药学杂志, 2023, 43(22): 2565-2569.

[5] 李 晨, 吴 畏, 张 攀, 等. 重庆市医疗机构落实药品集中带量采购政策专家共识[J]. 中国药业, 2023, 32(18): 1-6.

[6] 金 锐, 赵奎君, 郭桂明, 等. 中成药临床合理用药处方点评北京共识[J]. 中国中药杂志, 2018, 43(5): 1049-1053.

[7] 金 锐, 王宇光, 薛春苗, 等. 北京地区基层医疗机构中成药处方点评共识报告(2018 版)[J]. 中国医院药学杂志, 2018, 38(18): 1877-1887; 1892.

[8] 金 锐, 王宇光, 薛春苗, 等. 中成药处方点评的标准与尺度探索(二): 重复用药[J]. 中国医院药学杂志, 2015, 35(7): 565-570.

[9] 崔 华, 于春华, 秦鹏飞, 等. 儿童药品适宜性评价指标体系的建立和应用: 以儿童抗过敏药为例[J]. 临床药物治疗杂志, 2023, 21(3): 56-61.

[10] 张明雄, 秦婉莹, 黄 健, 等. 重点监控药品合理用药管理指标体系的构建[J]. 中国药房, 2025, 36(7): 784-788.

[11] 程明霞, 姑丽尼格乐·艾尼瓦尔, 张 源, 等. 艾瑞普布的适宜性和可及性评价[J]. 医药导报, 2025, 44(2): 239-245.

[12] 吴 亮, 王 威, 徐扬慧, 等. 小剂量利伐沙班用于动脉粥样硬化性心血管疾病的药物利用评价标准构建与应用[J]. 中国药房, 2025, 36(17): 2176-2181.

[13] 鞠晓宇, 赵 靓, 赵 越, 等. 医疗机构中药制剂立项评价体系的构建及应用[J]. 中国药房, 2024, 35(10): 1168-1173.

[14] 凌 俐, 司 成, 张海霞, 等. 基于德尔菲和层次分析法构建重点监控药品合理用药管理指标体系[J]. 医药导报, 2025, 44(3): 503-508.

[15] 国家医疗保障局医药价格和招标采购司. 前七批国家组织药品集中采购品种可替代药品参考监测范围[EB/OL]. (2022-09-19) [2025-12-04]. <https://max.book118.com/html/2022/0928/6211201005004243.shtm>.

[16] 国务院办公厅. 国家组织药品集中采购和使用试点方案[EB/OL]. (2019-01-01) [2025-12-04]. https://www.gov.cn/gongbao/content/2019/content_5361793.htm.

[17] 丁甜甜, 谈在祥, 钱爱兵. 国家实施中成药集采背景下中药企业的挑战与应对[J]. 中国医药工业杂志, 2023, 54(5): 800-804.

[18] 国务院办公厅. 关于推动药品集中带量采购工作常态化制度化开展的意见[EB/OL]. (2021-01-22) [2025-12-04]. https://www.gov.cn/gongbao/content/2021/content_5585228.htm.

[19] 孙文俊, 赵子寅, 成哲玉, 等. 药品集中采购政策对药品价格和使用影响的系统综述[J]. 中国卫生政策研究, 2023, 16(2): 52-58.

[20] 童 欢, 程 莹, 陈 敏, 等. 中成药全国联盟集中带量采购湖北实践与评价[J]. 医药导报, 2025, 44(2): 320-324.

[21] 陆 燕, 翟胜利. 对几组处方组成类似的常用中成药的功效比较[J]. 中国药房, 2008, 19(27): 2153-2155.

[22] 李 耿, 李振坤, 杨洪军, 等. 中成药价值与风险多维评价模型构建[J]. 中国中药杂志, 2021, 46(5): 1284-1292.

[23] 李雅琴, 刘 华, 王 芳, 等. 医院集中带量采购品种可替代药品监测和精细化管理探索[J]. 中国药业, 2024, 33(20): 1-6.