

· 专 论 ·

## 国家谈判药品门诊医保待遇现状、问题及完善措施

陈 烨, 丁锦希\*, 柳 婷, 唐 迪, 吴 方, 吴丽萍, 段婉婷, 徐杨燕

(中国药科大学国际医药商学院, 南京 211198)

**摘 要** 2017-2019年国家医保目录准入谈判有效缓解了高值创新药品的“看病贵”难题。但“重住院、轻门诊”医保现状使得谈判药品门诊实际报销水平较低,进而影响患者的健康福利。本文以97个谈判药品、337个统筹市为统计样本,实证分析门诊用药的医保报销情况,结果显示有40个品种在大部分统筹市(统筹市占比超过70%)的实际报销水平低于50%。进一步探究门诊待遇低的原因发现未纳入门诊特殊政策、或门诊特殊政策不完善是其主要原因。最后,本文基于国内各统筹市门诊补偿政策经验提出提高门诊保障待遇的建议与方案,认为各统筹市可通过实现门诊统筹、完善门诊特殊政策、探索创新支付等手段提高谈判药品门诊保障待遇,确保医保目录准入谈判结果落地工作的顺利实施。

**关键词** 谈判药品;门诊统筹;单病种付费;商业健康保险

**中图分类号** R012 **文献标志码** A **文章编号** 1000-5048(2020)05-0628-07

doi: 10.11665/j.issn.1000-5048.20200516

**引用本文** 陈烨,丁锦希,柳婷,等.国家谈判药品门诊医保待遇现状、问题及完善措施[J].中国药科大学学报,2020,51(5):628-634.

**Cite this article as:** CHEN Ye, DING Jinxi, LIU Ting, et al. Status, problems and improvement measures of health insurance reimbursement of national negotiated drugs used in outpatients[J]. J China Pharm Univ, 2020, 51(5): 628-634.

## Status, problems and improvement measures of health insurance reimbursement of national negotiated drugs used in outpatients

CHEN Ye, DING Jinxi\*, LIU Ting, TANG Di, WU Fang, WU Liping, DUAN Wanting, XU Yangyan

School of International Pharmaceutical Business, China Pharmaceutical University, Nanjing 211198, China

**Abstract** The access negotiations of National Reimbursement Drug List (NRDL) in China from 2017 to 2019 effectively improved the availability and affordability of high-value innovative drugs. However, the actual outpatient reimbursement of most negotiated drugs is lower, which affects the patients' health insurance funds. In this paper, 97 negotiated drugs in 337 overall planning cities were selected as samples to analyze the outpatient reimbursement for negotiated drugs. The results showed that the reimbursement level of 40 negotiated drugs was less than 50% in over 70% cities, which can be mainly interpreted as absence or imperfection of outpatient reimbursement policies for special diseases. Finally, this paper puts forward suggestions and protocols for improving the outpatient medical insurance through realizing outpatient overall planning, improving outpatient reimbursement policies for special diseases, and exploring innovative payment, ensuring the achievement of the access to NRDL.

**Key words** negotiating drugs; outpatient coordination; single disease payment; health insurance

2017年、2018年、2019年我国先后开展3次医保目录准入谈判,成功将36个独家/专利药品、17个抗肿瘤药、97个谈判药品纳入医保目录,其中,2019年医保目录准入谈判70个新增品种总体降幅为60.7%,27个续约品种总体降幅为26.4%<sup>[1]</sup>。可

见,医保目录准入谈判已成为高值创新药品准入医保的重要途径,对于提高患者用药的可支付性具有重要意义。

为保障谈判结果的顺利落地,国家和地方政府均出台相关配套措施,强调不得以医保总额控

制、医疗机构用药目录限制、药占比等为由影响谈判药品的配备使用。但目前,我国门诊统筹尚未全面建立,传统的“重住院、轻门诊”医保管理模式使得门诊实际报销水平有限,而多数谈判药品主要在门诊使用,门诊较低的保障水平对谈判药品的落地使用产生负面影响,进而影响患者的健康水平。

可见,如何提高门诊保障待遇成为基本医疗保险制度改革的重要命题。中共中央国务院《关于深化医疗保障制度的改革》(以下简称“5号文”)明确指出“逐步将门诊医疗费用纳入基本医疗保险统筹基金支付范围,改革职工基本医疗保险个人账户,建立健全门诊共济保障机制”,实现门诊统筹虽是必然趋势,但难度较大。因此,本文基于2019年谈判药品门诊保障情况,以97个谈判药品、337个统筹市作为研究样本,探讨我国门诊报销政策现状,并结合不同门诊政策的具体操作与政策特点,探究提高门诊保障待遇的措施,为完善门诊报销政策、推动谈判药品落地提出建设性意见。

1 现状与问题

在2019年医保谈判的97个品种中,首先按照“门诊长期用药”标准筛选,由于无官方定义,因此采用排除法排除4个住院手术用药以及1个急抢救药品,剩余92个品种认为可在门诊用药。

其次,按照“治疗用西药”筛选,同样采用排除法,排除23个中成药,同时根据《国家重点监控合理用药药品目录》<sup>[2]</sup>,排除2个辅助用药,剩余67个认为是治疗用西药。最后,基于全国333个地级市和4个直辖市共337个统筹市门诊补偿政策,估算67个药品的实际补偿比例。计算门诊实际报销比例时,以国家医疗保障局公布的支付标准为准,支付标准保密的品种,以北京市阳光采购平台最新采购价为准。门诊各类报销政策以2019年底的政策为准进行统计和计算。由于同一病种、不同药品门诊报销政策相同,因此按病种分类、取该类病种治疗药品的最低年治疗费用进行估算,并以“70%以上统筹市门诊实际报销水平低于50%”为标准筛选,发现共有40个药品。

进一步对该40个药品的门诊补偿政策进行分析发现,呈现以下3种情形。

1.1 无门诊特殊政策,报销待遇较低

对上述40个药品,以各统筹市实际报销比例的中位数作为该药品的实际报销比例,进行升序排列,发现排名前14位的药品,即实际补偿水平最低的前14位药品,未将该病种/药品纳入门诊特殊政策的统筹地区占比均超过60%(表1),可见,门诊特殊政策对于提高门诊报销水平具有重要作用。

表1 实际报销水平最低的前14位谈判药品(14种)

序号	药品名称	适应证	无门诊特殊报销政策统筹市数量占比/%
1	麦格司他胶囊	C型尼曼-皮克病	99
2	波生坦片	肺动脉高压	94
3	利奥西呱片	肺动脉高压	94
4	马昔腾坦片	肺动脉高压	94
5	司来帕格片	肺动脉高压	94
6	注射用艾普拉唑	消化性溃疡出血	93
7	艾考恩丙替片	艾滋病	84
8	特立氟胺片	多发性硬化	81
9	注射用尤瑞克林	脑梗死	78
10	地拉罗司分散片	地中海贫血	78
11	阿柏西普眼内注射溶液	湿性年龄相关性黄斑变性	60
12	地塞米松玻璃体内植入剂	黄斑水肿	60
13	康柏西普眼用注射液	湿性年龄相关性黄斑变性	60
14	雷珠单抗注射液	湿性年龄相关性黄斑变性	60

对于城乡居民而言,未纳入门诊特殊政策的药品仅可依靠普通门诊统筹报销,但由于普通门

诊统筹封顶线较低,约60%的统筹市封顶线不超过500元,对于价格高昂的谈判药品而言,实际报

销水平不到5%;对于城镇职工而言,由于城镇职工普遍未开展普通门诊统筹,未纳入门诊特殊政策的药品仍依靠个人账户,无统筹基金报销。

以肺动脉高压为例,查阅337个统筹市城乡居民门诊慢性病、门诊特殊(定)病种(以下简称门慢/门特)政策,其中可获取相关政策的统筹市共312个,仅安徽省合肥市、山东省青岛市、四川省宜宾

市等18个统筹市将肺动脉高压纳入门慢/门特保障范围。

## 1.2 纳入门慢/门特保障范围,实际报销水平低

剩余26个品种,有超过70%的统筹市将相关病种纳入门慢/门特保障范围,因此实际报销水平高于前述14个品种,但该26个品种实际报销水平仅处于30%~50%(表2)。

表2 纳入门慢/门特政策但实际报销水平低的谈判药品(26种)

序号	适应证	药品名称	门慢/门特实际报销水平低于50%统筹市数量占比/%
1	慢性丙肝	艾尔巴韦格拉瑞韦片	80
2	慢性丙肝	来迪派韦索磷布韦片	80
3	慢性丙肝	索磷布韦维帕他韦片	80
4	慢性乙肝	重组细胞因子基因衍生蛋白注射液	80
5	慢性乙肝	丙酚替诺福韦片	80
6	抗肿瘤	芦可替尼	75
7	抗肿瘤	盐酸阿来替尼胶囊	75
8	抗肿瘤	呋喹替尼胶囊	75
9	抗肿瘤	注射用雷替曲塞	75
10	抗肿瘤	奥拉帕利片	75
11	抗肿瘤	马来酸吡咯替尼片	75
12	抗肿瘤	帕妥珠单抗注射液	75
13	抗肿瘤	信迪利单抗注射液	75
14	抗肿瘤	尼妥珠单抗注射液	75
15	抗肿瘤	贝伐珠单抗注射液	75
16	抗肿瘤	重组人血管内皮抑制素注射液	75
17	抗肿瘤	注射用曲妥珠单抗	75
18	抗肿瘤	依维莫司片	75
19	抗肿瘤	甲苯磺酸索拉非尼片	75
20	抗肿瘤	甲磺酸阿帕替尼片	75
21	抗肿瘤	西达本胺片	85
22	多药耐药性肺结核	贝达喹啉片	75
23	多药耐药性肺结核	德拉马尼片	75
24	类风湿关节炎	阿达木单抗注射液	72
25	类风湿关节炎	托法替布片	72
26	类风湿关节炎	注射用英夫利西单抗	72

进一步分析发现,起付线较高、封顶线设置不合理以及报销限制是导致实际报销水平不高的3大原因。

1.2.1 门慢/门特起付线较高 起付线较高对年治疗费用不高病种的实际报销水平产生较大影响。以慢性阻塞性肺疾病治疗药物乌美溴铵维兰特罗吸入粉雾剂为例,该药品年治疗费用为2 628元,337个统筹市中有221个统筹市将其纳入城镇

职工门慢/门特保障范围,其中29.63%的统筹市实际报销比例低于50%,43.83%的统筹市实际报销比例介于50%~70%,26.54%的统筹市实际报销比例高于70%。以起付线低于300元、300~600元、600~1 000元、高于1 000元为标准,统计3个层次实际报销水平下不同起付线段统筹市数量的占比(未获取到报销政策的统筹市,以及采用月封顶线的统筹市不纳入统计范围),发现实际报销比例越

高,起付线低的统筹市数量占比越多,实际报销水平高于 70% 的统筹市,其起付线均低于 600 元(图 1)。

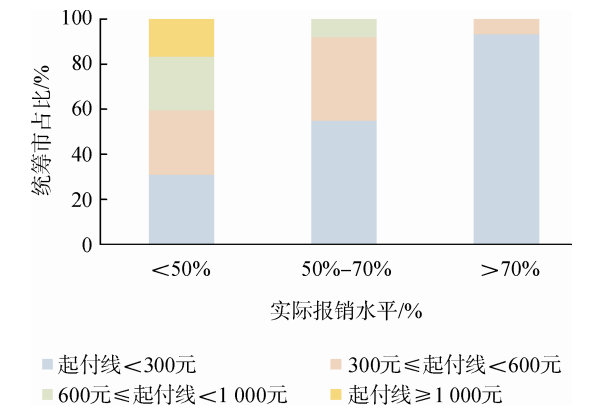


图 1 不同起付线段统筹市占比在不同实际报销水平的分布情况

1.2.2 门慢/门特封顶线设置不合理 封顶线设置的合理与否同样对实际报销比例产生较大影响。封顶线设置主要存在两方面问题:一方面封顶线较低,封顶线较低对年治疗费用较高药品的实际报销水平影响较大。例如类风湿性关节炎治疗药物英夫利昔单抗,年药品费用约 3.6 万元,但将该病种纳入门慢/门特保障范围、但封顶线不到 4 000 元的统筹市占比达到 82.5%(图 2),导致上述统筹市门诊实际报销水平不足 10%。

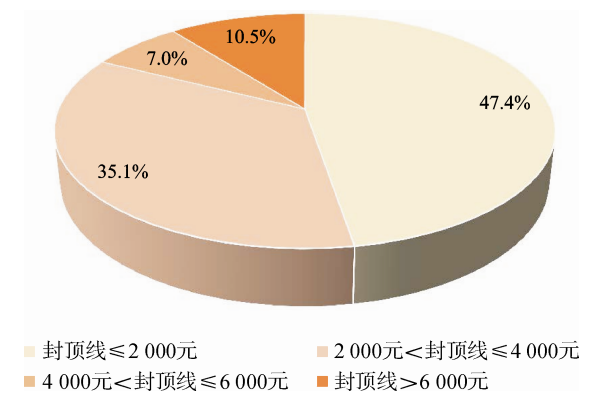


图 2 门慢/门特封顶线分段统筹市数量占比

另一方面,部分统筹地区设置月封顶线,对于治疗疗程较短或有特殊用药周期的病种而言,月封顶线使得治疗月报销额度不足,而非治疗月报销额度无法得到充分利用。例如湖南省长沙市将慢性丙肝纳入城乡居民门慢保障范围,月封顶线为 260 元,年总计可报销金额为 3 120 元,但丙肝抗病毒(DAA)药物治疗疗程仅 3 个月,合计可报销 780 元,大幅降低该病种的实际报销水平。

1.2.3 设置药物、人群等报销限制 报销限制包括药物限制、疾病程度限制和人群限制 3 种类型,均会降低部分患者的实际报销水平。药物限制是指对纳入门慢/门特保障的病种设置二级报销目录或特定药物类型,仅目录内的药物或特定类型药物可享受门慢/门特报销。疾病程度限制是指针对疾病严重程度进行限制报销,人群限制则是指仅将病种纳入城镇职工或城乡居民门慢/门特保障范围。

以慢性丙肝为例,近 90% 的统筹市均将慢性丙肝纳入门慢/门特保障范围,但多数统筹市均设置了不同的报销限制(表 3),部分患者无法享受门慢/门特报销,实际报销水平较低。

1.3 门诊特殊政策与大病保险衔接不力

大病保险与门诊特殊政策衔接不利具体体现在两个方面:一是,适用范围未实现有效对接,目前全国 31 个省(自治区、直辖市)城乡居民基本都开展大病保险,城镇职工开展大病保险的统筹市较少,从目前大病保险适用范围来看,主要有 3 种模式:模式 1 即仅与住院治疗对接,不适用于门诊治疗;模式 2 即仅与门慢/门特对接,不适用于普通门诊(主流模式);模式 3 即仅与规定的部分病种对接。模式 1 和模式 3 下,均存在部分患者无法享受大病保险的二次报销、门诊实际保障水平较低的情况。

二是,具体报销政策未实现有效对接,具体表现为门慢/门特封顶线较低,大病保险起付线较高,具体报销政策的衔接不利使得部分药品(例如丙肝治疗药物、慢性心衰治疗药物等)达不到大病起付线,无法得到二次报销,同时部分费用较高的药品(例如抗肿瘤药物、乙肝治疗药物等)虽然达到起付线享受二次报销,但由于门慢/门特封顶线和大病保险起付线差额较大,患者负担仍较重。

笔者统计各统筹市城乡居民大病保险政策发现,门诊可进行二次报销、且可获取相关政策的共 180 个统筹市,其中 4 个统筹市大病起付线按照实际医疗费用计算,176 个统筹市均按照个人自付金额计算。进一步对该 176 个统筹起付线的分布进行统计发现,起付线介于 10 000 ~ 15 000 元之间的统筹市最多,占比达 44.89%,起付线介于 15 000 ~ 20 000 元之间的统筹市次之,占比达 21.59%(图 3)。根据国家统计局发布数据,2018 年全国居民



表3 部分统筹市慢性丙肝门慢门特报销限制梳理

报销限制		统筹市
药物限制(职工)	1.限于干扰素	石家庄、邯郸、秦皇岛、、沧州、郑州、洛阳、平顶山、安阳、新乡、焦作、许昌、南阳、周口、岳阳、南京、徐州、常州、大连、鞍山、锦州、铁岭、盘锦、葫芦岛、朔州、呼和浩特、通辽、江门、白银、武威、甘南
	2.限长效干扰素	西安、榆林、咸阳、太原、运城、吉林、长春、哈尔滨、齐齐哈尔、牡丹江、铜川、宝鸡
	3.限二级目录	包头、乌鲁木齐、北海、南宁、广州、通化、松原、长春、晋中、阳泉、临汾、抚顺、泰州、沧州、秦皇岛、邯郸、保定、固安、承德
疾病程度限制(职工)	1.限慢性中(重)度病毒性肝炎	山西省直、吕梁、晋中、朔州、忻州、临汾、长治、晋城、大同
	2.限肝硬化失代偿期(包括慢性中(重)度病毒性肝炎)	阳泉、扬州、菏泽
	3.限慢性重型肝炎	恩施、潜江、天门、宜昌、荆州、随州、十堰、仙桃、鄂州、黄冈、黄石、荆门、孝感、聊城、滨州
	4.其他限制(包括慢性肝炎活动期、慢性肝炎治疗巩固期等)	陇南、定西、平凉、武威、白银、临夏、龙岩、赣州、泉州、三名、河源、东莞、潮州、珠海、深圳、云浮、汕尾、茂名、湛江、韶关、七台河、安顺、六盘水、黄山、铜陵、淮北、淮南、蚌埠、芜湖、安庆、贺州、百色、钦州、桂林、柳州、河池、崇左、来宾、贵港、玉林、防城港、梧州、雅安、眉山、遂宁、南充、资阳、铜川、昌吉、巴州、阿勒泰、新余、赣州、连云港、商丘
人群限制	仅职工开展	岳阳、衡阳、益阳、株洲、邵阳、怀化、娄底、徐州、无锡、常州、苏州、大连、盘锦、葫芦岛、咸阳、朔州、烟台、绵羊、西宁、遵义、黔东南、黔南、哈尔滨、齐齐哈尔、酒泉、昆明、曲靖、德宏、红河、玉溪、乌鲁木齐、和田、新疆兵团、阿克苏、喀什、漯河、吐鲁番、巴州、克孜、阿勒泰、枣庄、德州、菏泽、巴中、海西、海东、还被、黄南、海南、果洛、玉树、茂名

人均可支配收入为28 228元,城乡居民参保患者达到门诊大病医保二次补偿起付线、享受大病保险二次报销时,其医疗费用支出已达到其人均可支配收入40%的统筹市数量达到104个,占比达

59%。

### 2 完善建议与优化方案

由上可知未纳入门诊特殊政策范围,或门诊

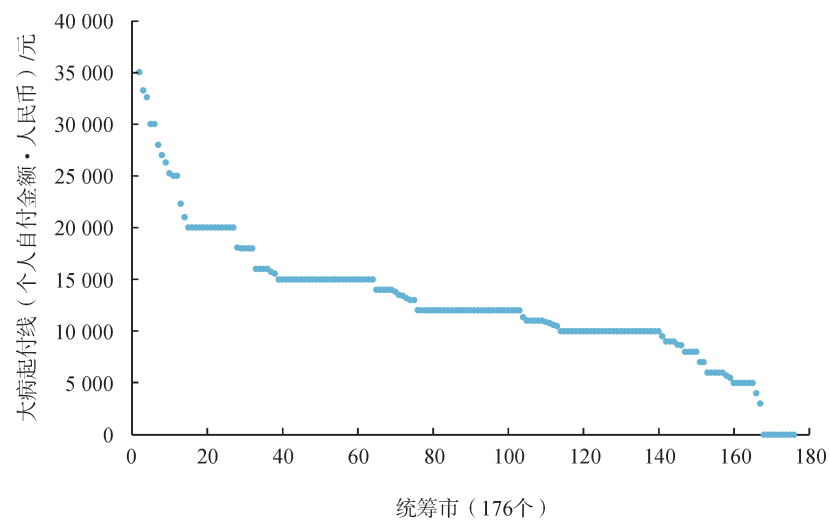


图3 各统筹市城乡居民大病保险起付线分布散点图

特殊政策不完善导致我国谈判药品门诊待遇较低,带来较大的负面效应。根据国内各统筹市门诊补偿政策经验以及国家医保改革发展方向,提升谈判药品的门诊待遇保障主要有3方面措施,即全面实现门诊统筹、完善门诊特殊政策以及探索创新支付方式。

## 2.1 长期规划:全面实现门诊统筹

全面实现较高水平的门诊统筹是解决门诊报销不足最有效途径,也是未来的发展趋势。但较高水平的门诊统筹对医保基金的运行水平、医保管理水平等均有较高要求,对我国绝大部分统筹市而言,建立较高水平的门诊统筹仍有一定困难。因此,笔者认为可通过“试点先行、逐步拓展”的路径,分步实现门诊统筹。

对于城镇职工而言,部分经济较为发达的地区,可通过降低单位划拨至个人账户的比例,并利用此逐步建立门诊统筹,或者不单独建立门诊统筹基金,通过门诊与住院封顶线的合并执行,实现较高水平的门诊统筹,例如厦门、上海等均已实现较高水平门诊统筹。

对于城乡居民而言,可从重点病种切入。例如国家医疗保障局等四部委联合发布《关于完善城乡居民高血压糖尿病门诊用药保障机制的指导意见》<sup>[3]</sup>,要求城乡居民“两病”患者在基层门诊政策范围内报销比例达到50%以上。各地通过纳入普通门诊统筹范围、纳入门慢/门特保障范围等方式,结合取消疾病严重程度限制等优化门诊特殊政策,有效提高“两病”患者门诊报销水平。

## 2.2 近期措施:完善门诊特殊政策

门慢/门特和特药管理作为提高部分病种或药品门诊报销的重要政策,是目前各统筹市的改革重点。门慢/门特是指针对部分在门诊治疗且费用较高的慢性病、特殊疾病(如恶性肿瘤门诊放化疗、尿毒症透析等)的保障,而特药管理是指针对部分特殊药品制定单独的医保管理政策,相较而言,特药管理保障待遇更高,且由于采用按药品的管理模式,保障范围较小,基金需求较小。但由于特药管理实行严格的“三定”或“五定”管理,即鉴定医院、定患者、定治疗医院和责任医生、定社会药房,且定点治疗医院与责任医生数量少,在就医便利性方便相对较弱。

因此,对于医保基金较为充足的地区而言,可

优先考虑将病种纳入门慢/门特,尤其是患者人数多的常见慢性病,以及治疗科室分布较广的疾病,例如糖尿病、高血压、恶性肿瘤、慢性肝炎、慢性心衰、哮喘、黄斑变性等疾病用药。

对于医保基金有限的地区,或者是重特大疾病、治疗费用较高、适合门诊治疗的药品,则可优先考虑纳入特药管理。值得注意的是,阿达木单抗、英夫利昔单抗等多适应证准入的药品,若基金水平允许,则可将多个适应证均纳入门慢/门特;若基金无法支撑所有适应证纳入,则可考虑将药品纳入特药管理,以充分发挥特药管理对门慢/门特的补充过渡作用,尽可能提高更多适应证的保障水平。

## 2.3 创新支付:探索支付方式与商业保险改革

门慢/门特和特药管理是提高基本医保门诊报销水平的常规政策,但由于基本医疗保险筹资水平有限,基本医保在提高门诊报销水平,尤其是治疗费用较高谈判药品的报销水平方面能力有限,仍需探索其他创新措施,以提高基本医疗保险运行的动力与活力。经分析,笔者认为可能有两项解决措施。

### 2.3.1 实行单病种付费

即通过打包付费的方式,显著提高部分病种的门诊报销待遇。但由于单病种付费的具体操作较为复杂,并非所有的病种、所有的统筹地区均适合开展门诊单病种付费方式改革。首先,从适用病种来看,临床路径比较规范、诊疗方案比较明确且治疗费用较高、可在门诊治疗的慢性病种可能较为适合,但需注意的是,如若疾病用药剂量个体化差异较大,无法制定明确、统一的付费标准,则不适合纳入单病种付费。例如,哮喘用药奥马珠单抗在临床使用时通常根据患者体重和免疫球蛋白E(IgE)水平确定剂量,患者用量每次1~4瓶不等,每2周或4周注射1次,患者年治疗费用在16 872~134 976元之间,不同患者费用差异较大。其次,从适用地区来看,单病种付费要求探索地区具有较为宽裕的医保基金,可支撑单病种付费实施后医保基金支出的短期增加,同时具备较高的医保管理能力,可有力监控医疗机构行为,平衡控费与医疗服务质量。医疗机构应具备较为成熟的医疗技术以及优化临床路径能力,能及时根据临床需求优化诊疗方案,将疗效好的高值创新药品纳入用药范围。

2.3.2 引入商业保险 即通过商保对基本医疗保险的补充提高门诊保障待遇水平。具体而言, 可通过“补充、协同、分类、统一”的路径发展商业保险, 实现商业保险与基本医疗保险的协同发展。(1)补充即将未纳入门诊特殊政策的品种, 或是已纳入门诊特殊政策但报销不足的品种纳入商业保险保障范围, 充分发挥商业保险对基本医疗保险的补充作用, 提高谈判药品的门诊报销水平。(2)协同即建立分段协同支付制度(图4), 由商业保险对患者自付部分, 尤其是门慢/门特封顶线和大病

起付线的间隔部分, 进行二次报销, 以降低患者个人负担。(3)分类即探索多方共担的筹资模式, 一方面, 结合个人账户改革, 职工参保人可为直系亲属投保; 另一方面, 企业可充分利用税收优惠政策, 将雇员部分达到纳税门槛的工资收入转为购买商业保险的保费, 切实提高职工的健康保障。(4)统一即构建“一站式”报销模式, 患者在药房购药仅结算自付部分, 其余部分药房与医保部门、商保公司另行结算, 以提高患者便利性。

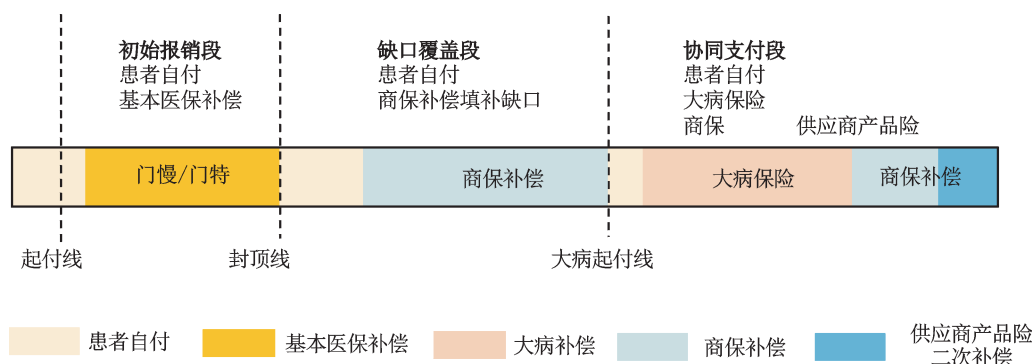


图4 基本医保和商业保险协同支付示意图

### 3 结 语

随着我国医保目录准入谈判品种数量及涉及适应证不断增多, 谈判降价效果显著, 大幅减轻患者用药负担。但目前, 谈判药品门诊报销水平较低, 主要有两方面的原因: 一是尚未纳入门诊特殊保障范围; 二是已纳入门诊特殊保障范围, 但由于报销政策不完善, 实际报销水平仍处于较低水平。

较低的门诊报销水平对于患者生命质量与用药负担、医保基金运行均产生负面影响, 如何提高门诊报销水平是需要重点考虑的问题。长期来看, 可建立高水平的门诊统筹, 但对于统筹市的医保基金运行水平与医保管理水平要求较高。因此, 现阶段可优先通过建立、扩大特药管理和门慢/门特政策提高门诊报销水平, 同时, 有条件的地区亦可通过单病种付费, 以及通过引入商保、建立多层次保障等创新支付方式提高门诊报销水平。

### 参 考 文 献

- [1] Zhu P. 70 First-negotiated drugs with 60.7% average price decrease were successfully incorporated into National Reimbursement Drug List (国家医保谈判结果出炉: 新增70个药品降幅60.7%) [EB/OL]. [2019-11-29]. <http://finance.sina.com.cn/money/insurance/bxdt/2019-11-29/doc-iihnzhfz2422958.shtml>.
- [2] National Health Commission of the People's Republic of China. Publication of the first list of rare diseases (关于公布第一批罕见病目录的通知) [EB/OL]. [2018-06-08]. <http://www.nhc.gov.cn/yzygj/s7659/201806/393a9a37f39c4b458d6e830f40a4bb99.shtml>.
- [3] NHSA. Four national ministries jointly issued the Guiding Opinions on Improving the Medical Insurance Mechanism for Outpatient Use of Hypertension and Diabetes in Urban and Rural Residents (四部门印发《关于完善城乡居民高血压糖尿病门诊用药保障机制的指导意见》) [EB/OL]. [2019-10-10]. [http://www.nhsa.gov.cn/art/2019/10/10/art\\_37\\_1842.html](http://www.nhsa.gov.cn/art/2019/10/10/art_37_1842.html).