

高价“救命药”：挤进医保门，难过医院关



一些经过层层筛选、“灵魂砍价”的新药、好药，进得了国家医保目录，却进不了医院药房，导致医生没法开，患者用不了——这一现实刺痛了许多人的心。

最着急的莫过于等待用药的患者，毛毛就是其中之一。她在大二那年确诊了多发性硬化(MS)，这是一种罕见的脱髓鞘疾病，中国的发病率约为每年0.235/10万人。

“罕见病患者群体中，我得这个病还算是比较幸运的。”MS目前尚不能治愈，但至少有些药可缓解症状，全球有近20种MS相关的药物上市，国内已获批的有5种。

久病成医的毛毛对进了医保的药如数家珍，但她并不敢抱太大的期待，因为“买不到药的情况太常见了”。自从2017年“倍泰龙”(即重组人干扰素β-1b)被纳入国家医保目录后，目前共有4种MS药物进过医保目录(2019年“倍泰龙”续约失败，退出医保目录)，但患者买不到药的消息还是屡见报端。

不单是罕见病药物，抗肿瘤药物、慢病药物都存在“最后一公里”难题。“都是千军万马过独木桥，速度差距不会太大。”全国政协委员、中日友好医院副院长姚树坤告诉南方周末记者。

每年国家医保谈判所覆盖的药品，通常涉及癌症、心脑血管疾病、罕见病等重大疾病治疗领域，且多为临床价值较高但价格相对较贵的药品，这其中亦包含众多1类新药。通俗地解释，1类新药是境内外均未上市的新药，它们往往是临床急需的“救命药”。

根据中国药学会对1420家二、三级样本医院的统计数据，2018-2019年纳入国家医保目录的肿瘤创新药，截至2020年第三季度，进院比例仅为15%-25%。

2021年全国两会期间，医药卫生界的专家学者以及企业代表委员频频发言，以期能改善这个局面。

“建议从国家层面出台政策，鼓励医疗机构对1类新药进院开辟绿色通道，减免不必要的流程和限制，在各省市区落地后快速进入临床。”在2021年《关于畅通1类新药快速准入医疗机构机制、提高患者可及性的建议》的两会建议中，姚树坤如是写道。

可望不可即的“救命药”
瓷娃娃、渐冻人、睡美人……越来越多的人通过患者故事和社交媒体得以“看见”罕见病患者的存在，但一个冷冰冰的事实是，罕见病的药物还是“孤儿药”。

这类药品数量少，覆盖的患者规模小，一旦启动研发就意味着高昂的成本投入。如果没有医保覆盖、企业赠药或者第三方支付，患者往往难以为继。

2017年以前，毛毛使用的“倍泰龙”约为850元/支，隔天需注射一次，每月单是这个药就要花12750元，接近当年北京市职工平均工资的2倍。

但这也无可奈何，小小一盒“倍泰龙”，5支药放不满一个手掌心，却是当时中国市场上惟一可降低多发性硬化症发作频率的药。

2017年7月，国家人力资源和社会保障

部公布36种医保药品谈判结果，“倍泰龙”被纳入医保，单药降价幅度约为30%，医保报销后患者实际每年仅需承担3万余元。

毛毛至今都记得那时喜悦的心情，不过“没想到进医保只是第一步，后面还有很长的路要走”。

到了2018年3月1日新版医保目录执行的时候，毛毛才发现自己看病的三甲医院根本没有“倍泰龙”。

“我的医生感到很为难，确实他们医院没有这个药，医生也无能为力。”焦急的毛毛致电这家医院的药房和相关行政人员，“都回复我医院确实没进这个药”。

毛毛不肯放弃，试图去北京其他三甲医院碰碰运气。“最后跑了不下5家医院，终于在东城区某三甲医院买到了”。

2021年3月8日，一直关注创新药落地问题的姚树坤对南方周末记者表示，据他调研来看，被纳入医保报销的创新药在大部分医院仍面临落地难，医院与医院之间差距较大，“通过谈判纳入医保目录中的药品，有的医院进百分之五六十、六七，有的只进两三个、三四个品种”。

抗肿瘤明星药PD-1同样面临可望而不可即的困境。肿瘤患者服务平台“咚咚肿瘤科”曾针对全国26个省份的肿瘤患者发起过一项调研，353份调查问卷中，62%的受访者反映医生处方的PD-1在医院买不到，影响在院内使用。

“高价‘救命药’进了医保，医院却买不到，只能到自费药房购买的现象依然常见，甚至有许多1类新药亦列其中，使得‘救命药’纳入医保形同虚设、医保谈判走了过场。”2021年的全国两会上，姚在递交的建议中写道。

“战士”拿不到“武器”

一款药物进入国家医保目录，就像头顶了一顶沉重的皇冠，获得了专家的广泛认可，却不意味着接下来的路都是坦途。

一般来说，药物进入国家医保目录后，国家医保局会和国家卫健委联合发布文件，要求各省市区强制挂网并更新价格，接着，各家医院需要召开药事管理委员会(以下简称药事委员会)会议，药事委员会专家讨论和审批后，这种药才能进院。

医院内部的讨论和审批往往需要大约半年的“磨合期”。“磨合期”结束后，药物能否妥妥落进院、到达患者手里，还是一个未知数。

姚树坤将之形容为“战士看到了武器却拿不到”，“医生肯定是很着急的，他们知道明明有些药效果非常好，用不上的病人也很着急”。

姚树坤介绍，药事委员会开会的频率，决定着新药进入医院药房的快慢程度。但目前大部分医院召开药事会的频率很低，一般一年一次或半年一次。而国家医保目录每次谈判的有效期为2年，部分谈判药品还未顺利进院，就已过了谈判协议期。

药事委员会是医院监督和自身科学管理药品、合理用药的机构，通常由主管

院长、药学部门及有关科室负责人组成，评审引进医院的新药是其重要工作之一。

每年国家医保谈判所覆盖的药品，通常涉及癌症、心脑血管疾病、罕见病等重大疾病治疗领域。如果这些药最终无法进院，对患者而言是重大打击。

3月4日，全国人大代表、恒瑞医药董事长孙飘扬在由24家协(学)会主办的“声音·责任”医药卫生界代表委员座谈会上谈到准入慢病问题时指出，药物在国家医保谈判时已经过了很多专家的层层把关，定价也比较合适了，“能不能直接进入医院？就不要再额外一层层的(审批)。药店是不是也能开放医保报销，跟医院的医保报销待遇一样？”

一些医院也在试图摸索别的落地进院途径。以中日友好医院的临时采购制度为例，有的适应症的病人如果特别需要某种药物，科室可向药学部申请临采，但采购量不会太大。

姚树坤告诉南方周末记者，一般进入临采的药物如果在临床应用上效果理想，后期正式的准入速度就会加快。“但总体来说，公立医院进新药的速度还是太慢了。”

医院缺乏动力

过去，政策默许医院可以在采购价的基础上加价15%销售药品，卖药本身对于医院是个盈利项。而2017年7月药品零加成政策在全国实施后，卖药变得无利可图。

取消药品加成的初衷是取消“以药养医”、解决群众反映强烈的“看病贵”问题，但实际上，原本15%的药品加成不完全是医院的利润，包括药物转运、储存、专业药学人员给患者提供用药指导，都需要成本。

“药品零加成政策实施后，医院对新药的遴选、引入缺乏动力。”全国人大代表、武汉大学公共卫生学院院长毛宗福在其两会建议中指出，“即使医院药事委员会通过了，一些创新药用量少，储存保管运营成本高，在药品零差率政策下，医院要赔本。”

“药学人员的专业服务没有回报，这是非常不合理的。”姚树坤曾在前几年的两会提案中提出，希望增设药事服务费。2021年的全国两会上，他再次提出这项建议。

尽管医保谈判后降价不少，但创新药普遍属于高值品种。国家虽有“进入国家医保目录的药品不占药占比(注：药品占总费用的比例)、不受总额限制”的规定，但一个地区的医保支付总额有限，这种压力会层层传导到院，医院势必对高价药的使用变得非常敏感。

毛毛就遇到过医生给患者开药，却被扣钱的情况，“(我)将心比心也能理解，医生有时候不愿开药确实是有困难”。现在，毛毛就医的医院医生最多一次只能给她开7-10天的药量。“而且由于一些政策限制，我们MS患者要想拿药只能住院。”

姚树坤认为，其中最大的问题在于政策惯性，医院长期受到各种制约后不够灵活，“我特别希望随着放管服力度的不断加大，医疗机构可以松绑”。

“最后一公里”，创新药仍待闯关

买药之路曲折，这不是毛毛一个人的遭遇，她从各地MS患者处了解到，几乎所有人都有类似的经历。

2021年3月1日起，2020年国家医保药品目录开始全面执行，这次新纳入了七种罕见病治疗药物，其中有两种是治疗MS的药物。这些罕见病的患者们也在期待，他们不要复制MS患者购买“倍泰龙”时的曲折之路。

全国政协委员、北京医学会罕见病分会主任委员丁洁在接受南方都市报采访时表示，这类高值药不适宜在全国范围内统一医疗保障政策、统一支付标准，所以建议各省针对本省患者情况、本省基金条件，对罕见病用药保障机制进行探索，实行省级医保统筹。

在2021年全国两会上，针对“最后一公里”难题，毛宗福带来的建议是建立创新药“定点医院”“医保处方医师”和“医保定点药店”制度，方便处方流转和患者购药取药。同时，他建议国家医保局在谈判时，不光要谈价格，也要谈采购量，给予创新药较为明确的市场预期。

一些地方开创性的探索，引起了多方关注。在上海瑞金医院，自2018年起，一旦创新药通过国家医保谈判，在上海医保落地前，瑞金医院即组织临床专家遴选所需药品，直接进院。

但姚树坤对于大面积推广“瑞金模式”并不乐观。在他看来，除了医院有财务压力、药占比考核和药事委员会不能及时召开外，医疗机构品规数量限制也是一个重要的制约因素。

“医院不可能进大量新药，多地卫健委对公立医院绩效考核指标中，对药品品规限制都有明确规定：三级医院≤1500个；二级医院≤1200个。”姚认为，这个规定已不符合新时代的医疗发展规律，创新药想进来，就必须将已有的其他药品“踢出”，这样一来直接制约了新药的入院使用。

事实上，对于国家医保谈判药品的“最后一公里”难题，国家卫健委曾发文明确指出，医院不得以医保费用总控、“药占比”、药品品种数量限制等为由，影响谈判药品的供应保障和合理用药需求，并将“国家医保谈判准入药品配备使用情况”作为医院考核指标之一。

但现实情况是，除了四川等少数地区，全国绝大部分医院均未落实上述新规。“归根结底，医保政策不利于这些创新药进医院，而医院必须找到自己的生存之道，将这些纳入医保报销的创新药踢出医院是最重要而简单的方法之一。”一位基层卫健局官员向南方周末记者解释。

自2019年起，四川省医保局便对国家医保谈判中价格昂贵、用药人群特定、用药资金比较明确的药品实行单行支付，不分门诊住院，不计起付线，直接由医疗保险基金按一定比例支付。目前，四川省已将88个“国谈药品”纳入了单行支付管理范畴。