



在广东省人民医院,一名药师正遵照医嘱核对抗癌药物“格列卫”。

新华社发

药的两难

本报记者 罗娟

周洋的手机收到了一条新的新闻推送,“4.4元的话,4太多,中国人觉得难听,再降4分钱,4.36元,行不行?”

2019年11月28日,我国医保制度建立以来最大一轮医保药品目录调整谈判宣布收官。同时,一段出自谈判现场的“砍价”视频走红网络。

“把一款治疗2型糖尿病的药物达格列净片的价格从5.62元成功砍到4.36元,比起原先每片16.29元的市场价,谈判后药品降价幅度达到73%。”自从2017年父亲患上非小细胞肺癌,周洋阅读偏好的改变在APP新闻推送中表现得很明显。

不用再有更多信息,周洋清楚这锱铢必较的4分钱,在医保体系中意味着什么。

生命无价,可很多时候想救命,代价却极为昂贵。周洋的父亲是价格不菲的抗癌药进入医保目录的受益者,即便如此,两年多来曲折的买药经历,依然数次让这个普通家庭跌入“治还是不治”的两难境地。

同样两难的还有刚成立一年多的国家医疗保障局。作为“三医”(医院、医保、医药)中的“钱袋子”,握着有限的资金,医保局必须一刻不停地算账:把相当于普通感冒药价格数百倍的费用划给一个人吃抗癌药,公平吗?更现实的问题是,医保负担得起吗?

昂贵的救命药

“命就是钱。”2018年,《我不是药神》上映,主角程勇第一次去到印度的格列宁仿制药厂时说出这句台词,让观众记忆深刻。

在此一年多以前,现实早让周洋一家真切体会到这4个字的含义。

2017年2月,周父在湖南老家的一家三甲医院确诊为非小细胞肺癌,当时疾病已处于三期末,没有手术余地。不幸中的万幸,基因检测找到了周父基因突变所表达的特定蛋白质,这意味着他可以通过服用特定靶向药物来进行治疗。

“靶向药物”因《我不是药神》被许多普通人所知。电影中,只要持续服用格列宁,慢性粒细胞白血病患者身体状况就能显著改善。

周父的主治大夫、有20多年肿瘤治疗经验的医生张文清把靶向药物比作带有目标识别能力的导弹。肿瘤细胞表面有正常细胞没有的特异性蛋白质,靶向药据此来识别癌细胞,“定点杀灭。”

除了慢性粒细胞白血病和非小细胞肺癌,部分乳腺癌、直肠癌患者也可以通过靶向药来延续生命。

用药前,58岁的周父频繁咳嗽,脸色长期发黑,走上几步就喘个不停。服药不到一个月,他的面容明显白净了,在医院后期能与病友、医生自如地聊天,出院后还时不时去公园散步。“好了好了,一顿又能吃下一碗饭了。”路上遇到熟人关心,周父都开玩笑回答道。

与神奇的疗效相伴的,是高昂的价格。治疗乳腺癌的靶向药“赫赛汀”在2017年全球十大畅销抗癌药榜单上排名第三,单支费用为2万余元;2017年在国内上市的肺癌靶向药“泰瑞沙9291”每盒价格5万余元,一盒只够吃一个月。

当时,这两种药物在我国都未进入医保,患者需全自费购买。

确诊4个月后,周洋的父亲开始服用“泰瑞沙9291”。2018年前三季度,这款被视为肺癌患者“神药”的靶向药,在中国市场销售额达到了18.5亿元。看起来是巨大的金额,但若做一下除法就能知道,4000多个病人9个月就能“吃”掉这么多钱。

国家癌症中心的数据显示,我国平均每天有1万人确诊癌症。其中,适合靶向治疗的人是少数,负担得起靶向治疗费用的更是少数中的少数。

每天吃一颗价值1600多元的药片,不到一年时间,周洋父母40多万元的积蓄消耗殆尽。

周洋在一家大型通信企业做程序员,月收入3万多元。父亲患病前,他刚在北京北五环外买了一套60多平方米的房子准备结婚,每个月还贷就超过1万元。

想要救父亲的命,周洋只有卖房一条路。

“消失”的医保药

除非抗癌药能进医保。

2017年7月,通过人社部与制药企业的谈判,18种抗肿瘤药物进入医保药品目录乙类范围,其中就包括治疗乳腺癌的“赫赛汀”。但周洋把那些复杂的西药名字反复看了很多遍,也没有发现“泰瑞沙”。

2018年6月,国家医保局会同人社部、国家卫健委、财政部等启动了目录外抗癌药医保准入专项谈判工作。2018年10月,17种抗癌药纳入医保报销目录,与平均零售价相比,降幅达56.7%,大部分进口药品谈判后的支付标准平均比周边国家或地区的市场价格低36%。

这一次,“泰瑞沙”名列其中。进入医保后,这款抗癌药价格降至15300元,按照周父的报销标准,每盒自付额仅2500多元。

从5万元到2500元,对周家人来说,无价的生命终于有望“有价”治疗,而且价格还不算贵。

2018年底,新一轮抗癌药进医保政策开始落地,周洋四处打听哪里能买到便宜的“泰瑞沙”。

在老家那样一个中部地区的三线城市,医生直截了当地告诉周洋“医院没进这个药”。

只能去省会城市长沙的医院。出发前,周洋要先去本地医院找医生开具“药品外购申请表”,然后分别经过科主任、医院副院长签字,再到医院中心备案盖章,最后再去市医保局盖章。

然而带着完整的手续到了长沙,买药也并不顺利,多家医院同样表示没进“泰瑞沙”。好不容易,周洋才在湖南全省最负盛名的湘雅医院开到了药。可到了2019年上半年,周洋再去,那里的医生也变得支支吾吾,“有时候有,有时候就说让我再等等看。”

周洋父亲身体里的癌细胞不会等,一旦没有靶向药的抑制,它们很快就会重新疯狂生长。

没进医保前,买不起药;进了医保后,开不到药。从前年底到去年年中,这是许多抗癌药使用者面临的困境。

为什么药品明明进了医保,又降了价,却“消失”了?2018年底,癌症病人交流平台“与癌共舞”论坛上,曾推测主要原因有3点:一是医院确实没进这种药物,二是医院有药费占比考核,三是医院有医保限额。后两种原因都会导致医院即使进了药,也不愿开给病人吃。

所谓药占比,简单来说,就是病人看病的过程中,买药的花费占总花费的比例。2015年,国家卫计委出台的《关于城市公立医院综合改革试点的指导意见》明确提出,力争在2017年将试点城市公立医院药占比(不含中药饮片)总体降到30%左右。

考核药占比的初衷是为了纠正我国医疗机构长期以来“以药养医”的局面,以减轻患者的用药负担,同时节约有限的医保经费。可一刀切的30%的考核标准却让很多医生陷入两难之中。

郑州大学附属第一医院乳腺外科医生吕鹏威曾在微博上记录这样一件事情:又收了一个外院断药、来我院打“赫赛汀”的患者。看着冰箱里

几十盒“赫赛汀”,想想我的药占比,头就大。用吧,药占比已经超了规定的一倍;不用吧,可病人确实需要啊!

虽然相比进入医保目录前已大幅降价,但抗癌药的价格与其它临床药物相比依然高出不少,自然就更容易导致药占比超标。

“很多医生下班后,都要在办公室计算当天的药占比。”先后就职于中日友好医院和地坛医院的孙玲解释说,药占比就是一道算术题,当医生无法控制治疗总费用这个分母大小时,最好的办法就是减小药品费用这个分子。最终导致医院不愿意进高价医保药,医生也不愿意开高价医保药。

“可根据病情不同,有的科室用药多,有的科室用药贵,还有的科室用药又少价格又便宜,这都不是靠医生主观意愿能改变的。”多位医生在接受记者采访时坦率表示,当药占比超标导致整个科室屡屡被罚奖金时,先治病还是先算账就成了一个难以回答的问题。

四方博弈,没有“药神”

周父“不想活了”。

等到周洋发现时,他不仅偷偷停了药,还重新抽起了患病之初就戒掉的香烟。随之而来的是病情快速恶化,周父开始整夜咳嗽,难以忍受的骨痛让他变得暴躁易怒。

“药太贵,怎么说他都不肯再吃药了,他怕耽误了儿子的下半生。”一边是以决绝方式“求死”的丈夫,一边是天天熬夜挣加班费儿子,夹在中间的周母除了抹眼泪,想不出任何办法。

周洋不死心。继续在各个医院辗转买药的过程中,他又听熟了一个词汇,叫“医保控费”。

所谓“医保控费”其实是指当前医疗保险实施的“总额预付”制度——医保部门每年按照一定规则向医院分配医保报销的额度,一旦额度用完,超支部分就由医院支付。

“总额预付”制度的本意是为了激励医院控制成本、减少医疗费用的不合理增长。但在实际执行中,尤其是到了年底,医保额度接近或已经超标时,“不敢”收病人是部分公立医院常见的现象。在一些省会城市的省级医院,每到年底,住院部的医生见到病人第一句话不是问病情,而是问“你是市医保还是省医保?”不同的答案决定了医生不同的诊疗方式。

以北京市一名城镇退休职工为例,如果是门诊治疗,一年最高报销额度为两万元;如果收住院,一年最高可累计报销医药费30万元。“这可能导致的现象是,到了年底,高龄慢性病患者就特别不受医院‘欢迎’。”孙玲表示。

北京大学肿瘤医院消化道肿瘤内科主任医师张晓东曾在社交媒体中表态反对靶向药进入医保,“这会给医保造成更大的压力,也会使患者更用不上药。”

作为全世界覆盖人数最多的医疗保障体系,中国医保的支出确实一直在增长,并且超过了收入增长的速度。

2018年,我国共有13.45亿人参加基本医疗

保险。全年基本医保基金总收入2.14万亿元,比上年增长19.3%;总支出1.78万亿元,比上年增长23.6%。

据《柳叶刀》杂志2016年一项实证研究显示,在中国,肺癌、胃癌等六种常见癌症人均年治疗费用约为6.8万元,但当年中国居民人均年可支配收入仅为2.4万元。

在保费提额有限、老龄化趋势严峻的背景下,把价格不菲的抗癌药纳入医保目录,医保基金负担得起吗?

张文清算了一笔账,目前湖南省城乡居民基本医疗保险的参保费是每人每年220元,财政会将这一费用补助至520元。“泰瑞沙”进入医保目录后,在湖南省,医保基金一年大约需要为一名服用该药物的患者支付10万元。就是说,一位靶向治疗患者要花掉200位参保人的医保费总额。

但国家医保局多次明确,基本医疗保险公平普惠保障人民群众的基本医疗需求。抗癌药,算“基本”吗?

有人提出,据国家医保局提供的数字,2019年一季度,全国靶向药报销金额为10.58亿元。以2018年医保基金总支出1.78万亿元来算,靶向药支出只会占到全年支出的0.24%。很难说,靶向治疗的癌症患者“挤占”了其他非肿瘤患者的医保资源。

可这一观点忽略的事实是,2018年第四季度,抗癌药才开始规模地进入医保目录。以患癌人数增长速度来看,未来抗癌药报销金额会呈滚雪球的态势增长。如果“泰瑞沙”真的像感冒药一样普及,医保基金的支出可想而知。

尽管有明文规定,医院不得以医保额度用完为由拒收病人,在大部分医院的文件中也不提“医保控费”这4个字,但事实上每到年底,少收病人、减少医疗服务等都是些医院不得已的做法。

一次次跑医院后,周洋听到了许多医生的“大实话”:想从医保途径买“泰瑞沙”,没有;自费买,有。“抗癌药太贵了,挤占了好多额度和指标。”看见医生在医保额度、药占比等指标间挣扎,周洋发现自己居然都能站在对方的立场去思考和体谅。

在医疗基金总额不可能大幅增加的前提下,本应寻求共赢的医保、医院、医生、患者四方,仿佛坐在了一桌麻将前。

谁都知道,搓麻将不可能四方都赢。

效率之上,才有公平

中国医学科学院肿瘤医院的病房,看起来和普通综合性医院的住院病房没有太多区别。有人每天输液,不过输液袋里装的是化疗药物。有人刚做完手术不久,正在等待病理检测结果。还有人除了要定时服用靶向药,言谈举止基本与健康人没有两样。

“我确诊时就是肺癌末期,而且还没有适用的靶向药。”一位已带癌生存近3年的患者每隔一段时间就要住院化疗,和好多病友都很熟悉。他说,大家平时也像普通人一样“侃大山”开玩笑,但如果病友去世的消息传来,病房里就会

沉默好一阵。

“生了这种病,大家都知道,没有哪种药是万能的,医学更不是万能的。可人吧,总得有点念想。”

癌症患者的念想很简单:多吃一天药,多活一天。有的省市已经想出了办法。自2018年起,陆续有省市宣布,对国家谈判的药品实行单独管理,不纳入当地医疗机构药占比考核。

2018年11月,国家医保局联合人社部、国家卫健委发布《关于做好17种国家医保谈判抗癌药执行落实工作的通知》,要求各地“不得以费用总控、‘药占比’和医疗机构基本用药目录等为由影响谈判药品的供应与合理用药需求。”

2019年6月,国家医疗保障局医药服务管理司司长熊先军在政策吹风会上再次回应抗癌药进医保却买不到的情况时表示,虽然有地区间不平衡的状况,但总体上,就当年的数据来看,抗癌药供应已比较顺畅。

这一说法在周洋那里得到了印证。自2019年5月起,他又能持续通过医保途径给父亲买到“泰瑞沙”了。

但这还不是2018年3月成立的国家医疗保障局的最终目标。在这个“超级医保局”里,集中了城镇职工与城镇居民基本医疗保险、新型农村合作医疗、药品和医疗服务价格管理、药品和耗材招标采购等职责。

这意味着,切分医保基金这块蛋糕,不再仅有控制药占比或医保限额这些单一的手段。

在去年11月结束的医保药品目录调整谈判中,150个药品最终有97个谈判成功,价格平均降幅超过了60%,其中有70个是新增药品。

除了不断进入目录的抗癌药,常见药品也正以更大数量和更低价格被医疗保障局集中采购。2019年,“4+7”城市药品带量采购正式从试点推广至全国。25个“4+7”试点药品扩围采购成功,平均降幅25%。今年1月17日,新一轮33种药品的带量采购即将开标,其中不仅有抗肿瘤和罕见病药物,也有高血压、糖尿病等重大慢性病用药。

和节约必要支出同样重要的,是杜绝违法支出。2019年,医保基金监管提出建立“飞行检查”工作制度,并通过智能监控等手段,实现医疗费用100%初审。同时,探索建立定点医药机构、医保医师和参保人员“黑名单”制度,推动将骗保行为纳入国家信用管理体系。

……

所有的措施都指向同一个目标,尽量提高医保基金的使用效率,以此实现三方共赢的局面:医院不为难,“小药”不涨价,抗癌药吃得起。

按照风险分担的大数法则筹资建立的中国医疗保障体系,囊括了13多亿人的命运,不仅关系他们的现在,还有未来。在这个系统里,每一个微小的涟漪都会无限扩散,影响到许多原本平静的池塘。

周洋暂时不用再琢磨要不要卖房,他的父亲又能去公园散步,和熟人热络地打着招呼,“好了好了,每顿又能吃下一整碗饭了。”

(应采访对象要求,本文周洋及部分医生为化名。)



一位市民从一家药店的“药”字前经过。

徐仲庭 摄/人民图片



一家药企的车间里,工作人员在分拣药品。

本报记者 杨登峰 摄



在山东,医疗志愿服务人员正为村民义诊。

本报记者 杨登峰 摄