

重点 关注

“2020年，一场新冠肺炎疫情让全国人民动员起来，从上到下，共同投入到抗疫大潮中。而心血管病的危害猛于新冠肺炎，但其防控力度却远远无法与新冠肺炎相媲美。”5月21日，两会召开之际，全国政协委员、中国心血管健康联盟副主席、北京大学第一医院霍勇教授带着提案而来，聚焦“三高共管”，强调血脂管理对心血管疾病防控的意义。



霍勇 委员



## 体系保驾 医保助力 共克“三高共管”的最大短板 霍勇：共筑血脂管理绿色通道

▲《医师报》融媒体记者 黄晶

由于医保用药选择有限且对创新药物涵盖不足、高危人群“二级预防”用药需求未被满足等原因，血脂管理仍是“三高共管”的最大“短板”。霍勇教授提出三点建议：

- 国家医保局在血脂用药保障方面，参照“两病”政策，以二级及以下定点基层医疗机构为依托，对血脂异常的参保患者门诊发生的药品费用由统筹基金支付，对基础用药的政策范围内支付比例要达到50%以上。
- 考虑到高危患者的用药需求，建议国家医保局积极考虑将针对高脂血症的创新用药纳入医保目录，结合患者的危险分层管理，解决高危患者特别是动脉粥样硬化心血管疾病高危人群的二级预防血脂用药需求。
- 建议国家医保局同时做好与现有门诊保障政策的衔接，对已纳入门诊慢性病或特殊疾病保障范围的高脂血症患者的待遇，继续按现行政策执行。同时建议做好与住院保障的衔接，进一步规范入院标准，推动合理诊疗和科学施治。

### 血脂管理 刻不容缓

我国每年超过240万人死于动脉粥样硬化性心血管疾病（ASCVD），占心血管病死亡人数的61%，占总死亡人数的25%。2015年中国心脑血管疾病住院费用中，急性心肌梗死153.40亿元，年均增长速度高达30.13%。

对于心血管病高发的现状，霍勇教授指出，高脂血症是患病率增长最快、但被长期低估和忽视的高危因素。

近年，随着经济发展，中国人生活方式发生了极大的变化，高脂血症的发病率呈暴发式增长。调查发现，

2002-2012年，中国18岁以上人群血脂异常的患病率由18.6%攀升至40.4%。根据首都医科大学附属北京安贞医院赵冬教授对北京市15年的人群队列随访研究结果，男性冠心病死亡率增加50%，女性增加27%，而其中约77%的死亡增长都归因于胆固醇水平的大幅升高。

“高脂血症是一个大的帽子，在高脂血症中，我们需要特别管理的是胆固醇，尤其是对低密度脂蛋白胆固醇（LDL-C）的控制，管理效果显著。”霍勇教授指出，

LDL-C水平每降低1 mmol/L，5年内可减少23%的主要心血管事件，减少ASCVD的发病及死亡危险，继而带来社会经济成本获益。

据预测，2018-2035年，如果在中国进一步降低心血管疾病高危患者的LDL-C水平，平均每年可减少1128 842例心血管事件，避免374 411例心血管死亡，减少241亿元的疾病经济负担。

由此，霍勇教授强调，在心血管病发病死亡持续上升的今天，血脂的有效管理和控制已刻不容缓。

### 政策支持和体系建设是破局关键

“管控心血管危险因素，重点在于建立体系。就像新冠肺炎防控一样，不在于哪一个医院可以治多少病人，而在于社会体系的支持。”

霍勇教授认为，长期以来，住院病人出院后即脱离了医院，基本没有持续有效的慢病随访管理。例如一些冠心病和心梗的患者，放了心脏支架出院后，由于自身疾病知识有限，危险因素控制不到位，导致再住院，疾病加重甚至死亡。“只治不管”，没有形成院前、院中和院后的管理体系。

霍勇教授建议，当前建立慢病管理体系是当务之急，可以从新冠肺炎的控制防治体系中借鉴经验。慢性病对人类生命健康的危害一点都不比新冠疫情小。因为疫情是传染病，突然暴发，易引起人们的警觉，慢性病不温不火，但其危害却远远大于传染病。

霍勇教授算了一笔帐，他指出，心脑血管病每年有400万人死亡，平均每天死亡人数超过1万人，显然重于任何传染病的死亡。就心肌梗死而言，2/3的病人死在院外，在这之

中，60%以上只要好好救治，就可以避免死亡，甚至完全恢复正常。因此，传染病要防，而慢性病也要管，两者都不能放松。

“这是一件大事，积极推动政策改革，是为了使医生更好地给患者用上药，用了药以后血脂水平能够真正达标。”

霍勇教授表示，虽然心血管疾病的防控是技术层面的事，需要医生的专业知识来解决，但要真正起效，必须是体系先行，需要国家对于整个慢病的管理体系的建设完善。

### 推动更多降脂药纳入医保

2019年，《健康中国行动（2019-2030年）》首次从国家层面提出了高血压、高血糖、高脂血症“三高共管”。但是，血脂异常作为导致心血管疾病的重要高危因素，在防控和医保政策上没有得到与“两病”同等的重视。

霍勇教授提倡，将血脂异常管理像高血压和糖尿病一样，纳入国家基本公共卫生服务项目，参照城乡居民“两病”门诊用药保障政策，对血脂异常的参保患者门诊发生的药品费用由统筹基金支付。

从可行性来讲，在高血压和糖尿病管理的基础上，进一步管理高脂血症，检测费等费用加在一起，一个人只需要多加1元多就可以实现，所以在公共卫生体系上“三高共管”是完全可行的。

而在血脂管理的落地层面，由于不同人群血脂管理的目标值不同，不能一概而论，因此做好患者危险分层管理，尤其是解决好高危人群的二级预防用药需求，同样至关重要。

例如，无心血管病的患者，对血脂达标的要求较宽松，当LDL-C < 3.4 mmol/L即为达标；有心血管危险因素的患者，LDL-C < 2.6 mmol/L。对超高危ASCVD患者，LDL-C的干预靶标为< 1.4 mmol/L；对于2年内发生2次及以上主要心血管事件的患者，可考虑将LDL-C降至1.0 mmol/L以下。

“在血脂化验单上，当

LDL-C < 3.4 mmol/L时，对健康人群来说，这是正常范围，化验单上不显示血脂异常箭头。但对于ASCVD超高危患者，为了避免心血管事件再发风险，需要使用降脂药把LDL-C水平降至更低水平，患者才能获益。”霍勇教授强调，应该更加细化医保管理，适应证要更加符合指南推荐和科学证据，根据患者个体危险分层来判断是否需要用药，不能单看化验单有无箭头确定是否报销。

对于这部分高危患者的血脂管理，在做好危险分层之上，更要兼顾其用药需求。据霍勇教授介绍，近年来，血脂异常新药研发已有了很大的突破，创新机制的药物给了患者更多的治疗选择。“例如最近5年刚刚出现的PCSK9抑制剂，能显著促进胆固醇通过肝脏的代谢，可以降低50%甚至60%的LDL-C水平，对于极高危的患者，这一类药物是非常有利的武器。”

但由于目前医保用药选择有限且对创新药物涵盖不足、高危人群“二级预防”用药需求未被满足等原因，血脂管理仍是“三高共管”的最大“短板”。霍勇教授呼吁，应参照“两病”医保目录，扩大降脂药物医保纳入范围，照顾高危患者用药需求，可以考虑将PCSK9抑制剂等降脂新药纳入医保体系和城乡居民门诊报销的目录，让给力的医保政策成为血脂控制的重要推手。