

你的 生命 价值



多少？

医疗保险配给……
谁应该生存？
谁应该死去？
由谁来决定？

What's Your Life Worth?
Health Care Rationing...

Who Lives?
Who Dies?
And Who Decides?

戴维·德兰诺夫(David Dranove)/著
李国芳/译

你的 生命 价值 多少？

医疗保险配给……
谁应该生存？
谁应该死去？
由谁来决定？

**What's Your Life Worth?
Health Care Rationing...**

Who Lives?

Who Dies?

And Who Decides?

戴维·德兰诺夫(David Dranove)/著

李国芳/译

图书在版编目 (CIP) 数据

你的生命价值多少：医疗保险配给……谁应该生存？谁应该死去？由谁来决定？/

德兰诺夫著；李国芳译

北京：中国人民大学出版社，2004

(个人发展译丛)

ISBN 7-300-05331-9/C · 240

I. 你…

II. ①德…②李…

III. 医疗保险-赔偿-基本知识-世界

IV. F840.684

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2004) 第 007409 号

个人发展译丛

你的生命价值多少？

医疗保险配给……

谁应该生存？

谁应该死去？

由谁来决定？

戴维·德兰诺夫 著

李国芳 译

出版发行 中国人民大学出版社

社 址 北京中关村大街 31 号

邮政编码 100080

电 话 010-62511242 (总编室) 010-62511239 (出版部)

010-82501766 (邮购部) 010-62514148 (门市部)

网 址 <http://www.crup.com.cn>

<http://www.ttrnet.com> (人大教研网)

经 销 新华书店

印 刷 唐山市润丰印务有限公司

开 本 965×1270 毫米 1/32

版 次 2004 年 4 月第 1 版

印 张 5.625 插页 1

印 次 2004 年 4 月第 1 次印刷

字 数 154 000

定 价 15.00 元

版权所有 侵权必究 印装差错 负责调换

导 论

也许你并不知道，但是那些为你的医疗投保的人却认为应该适可而止，并对用于挽救你生命的费用定了最高限额。在美国，医疗保险和医疗补助制度的决策者对支出的增长做出了限制，这就迫使医生减少医疗保险服务。与此同时，美国的老板们厌倦了持续上涨的医疗保险费用，因而允许管理式医疗组织（managed care organizations）削减处方药津贴及其他医疗服务。诸如此类的事情在美国以外的许多国家早已经不是什么新鲜事了，许多国家的政府投保人早在 30 多年前就对一些成本极高的医疗技术做出了限制。

这就是配给，简单明了。配给在医疗保险界不是个好词儿，但如果它所节约的大量开支足以为其造成的结果做出令人信服的解释，也不见得就是件坏事。总的来说，配给是个未经仔细权衡利弊的特殊产物。然而近几年来，一些医疗保险的投保人开始逐步尝试理性化配给，从而确保在医疗保险制度中获得最大收益。

本书介绍了对医疗保险进行配给的多种方式及使其向理性化配给转型的过程。第 1 章详细叙述了英国、澳大利亚等国家的理性化配给制度，以及这一举措所造成的复杂后果。政府决策者似乎应该在科学准则与政治因素之间仔细地进行权衡。而事情的发展并不总是让人满意，政府部门中负责公众医疗的官员们被财政预算的最高限额搞得焦头烂额，只有被迫将生命的价值降低到不切实际的程度。

第 2 章至第 4 章从理论上论证了理性化配给的科学性，并指出在欧洲和美国等存在理论与实际相脱节的现象。至少在目前，似乎没有人会认真考虑生命与金钱相比哪一个更有价值。第 5 章和第 6 章对理性化配给做了具体的阐述。另外，在第 6 章中还介绍了用数值计算的方法为各种不同的疾病计分，从而决定哪些疾病最值得治疗。以上方法看似简单，很容易付诸实践。事实上，10 年前美国的俄勒冈州就曾以这种方法为核心制定了配给方案，第 7 章中将对此

QA738/64

进行详细的阐述。但正如作者所指出的，事物不能只看外表，理性化配给的拥护者们还需要解决来自方法论、经济学、伦理学及政治干预等多方面的问题。

即使理性化配给的拥护者能够压倒无数的反对意见，但如果不能设法解决一个最具挑战性的问题，他们的方案还是不可能完全成功地实施。在某些情况下，投保人必须要划一道界线，从而宣布某种医疗保险服务值得投资，而相比之下，另一种就不值得。为了实现这一目标，就需要投保人对生命的价值做出明确的规定。第8章对以上问题做了非常合理的分析，甚至还告诉你该怎样计算自己的生命价值。

仍有一个问题悬而未决：到底该由谁来实施理性化配给呢？第9章中讨论了一件世界各国都必须做的事，即要控制国有和私有部门的开支。作者认为理性化配给还是应该交给市场，因为在那里个人可以决定自己的生命价值。作者的结论是：如果投保人能够充分利用理性化配给，也许就不怕花钱去挽救生命了。

目 录

第1章

配给是件好事吗	1
1.1 为你的生命定价	1
1.2 配给的压力	2
1.3 限制医疗需求	4
1.4 澳大利亚的药品配给	7
1.5 国家临床评价研究所	9
1.5.1 关于 β -干扰素的争议	14
1.5.2 医学与经济学	16

第2章

从理论上为配给辩护	21
2.1 配给与购买玩具	22
2.2 我们正在医疗保险上浪费资金吗	25
2.2.1 道德风险	26
2.2.2 兰德公司的研究	29
2.2.3 需求诱导	30
2.2.4 医疗保险中不合算的交易	31
2.2.5 温伯格差异	33
2.3 为配给辩护	34

第3章

世界各国的配给	37
3.1 德国的配给制	39
3.1.1 德国对药品开支的控制	41
3.1.2 如果看上去像配给	43

	3.2	加拿大的配给制	43
	3.2.1	等待治疗所导致的结果	45
	3.2.2	加拿大配给制的未来	46
	3.3	英国的配给制	46
	3.4	世界其他各国的配给制	48
第4章		美国医疗保险市场中的配给	52
	4.1	通过市场机制配给：美国未保险公民的状况	52
	4.2	尝试为全体公民提供保险	54
	4.3	美国享有保险公民的配给	55
	4.3.1	美国政府实施的配给	56
	4.3.2	管理式医疗的简史	58
	4.3.3	管理式医疗组织控制开支的策略	60
	4.4	美国的配给何去何从	69
	4.5	适可而止	69
第5章		分析成本效果与成本效益	72
	5.1	关于成本效果分析的背景知识	73
	5.2	成本效果分析法用于医疗保险中有效吗	74
	5.3	成本效果与效益分析	76
	5.3.1	衡量开支情况	78
	5.3.2	折扣	80
	5.4	成本效果与效益分析有效吗	82
	5.5	实践中的成本效益与效果分析	83
第6章		衡量生命的质量	87
	6.1	用评分尺度衡量健康状况	88
	6.2	利用质量调整生命年做研究	89
	6.3	将质量调整生命年运用到实践中	91

6.3.1	平等对待所有的质量调整生命年.....	92
6.3.2	计算质量调整生命年.....	93
6.3.3	你的质量调整生命年评分合格吗.....	97
6.4	生命质量的尺度	99
6.5	对质量调整生命年的关注.....	100
6.5.1	偏见与质量调整生命年	100
6.5.2	质量调整生命年研究方法的局限性	101
6.6	总结成本效果与效益分析的方法	102
6.7	如何看待前列腺特异性抗原检查	103
第7章	—— 俄勒冈州的配给方案	106
7.1	俄勒冈州的配给	106
7.2	科比·霍华德的故事	109
7.3	关于一个理性化配给的方案.....	110
7.3.1	俄勒冈州配给方案的出台	111
7.3.2	俄勒冈州的方案与卫生维护组织	112
7.3.3	制定药品名单	112
7.3.4	新名单	115
7.3.5	更多的抗议	116
7.4	配给方案的实施	119
7.5	十年后的俄勒冈	121
7.6	我们该把界线划在哪儿	123
第8章	—— 你的生命价值多少	127
8.1	购买意向、人力资本和内在价值	128
8.2	在现实生活中为生命定价	130
8.3	疾病损失分析法	131
8.4	通过调查为健康定价	132
8.4.1	一些购买意向的衡量尺度	134
8.4.2	对生命的购买意向	135

8.4.3	购买意向衡量标准的作用是什么	136
8.5	统计学中的生命与现实中的生命	137
8.6	用经济学方法计算统计学中的生命价值	137
8.7	其他有关生命价值的证据	140
8.8	你的生命价值是多少	141
8.9	质量调整生命年的价值	143
8.10	对莫蒂默先生的回答	143
8.11	底限	145
第9章	上涨的开支与理性化配给	148
9.1	医疗保险预算的“危机”	149
9.1.1	美国经济的消耗	149
9.2	目标瞄准新技术	152
9.3	关于控制开支的谬见	153
9.4	为理性化配给擂响战鼓	154
9.5	患者会有理性吗	156
9.6	应该由谁来实施配给	158
9.6.1	国有部门中的理性化配给	159
9.6.2	理性化配给与管理式医疗	161
9.6.3	真正的障碍	163
9.7	21 世纪的理性化配给	164

配给是件好事吗

1.1 为你的生命定价

上次生病的时候，你也许没有想过愿意花多少钱把病治好。在你可能还没考虑清楚自己的生命价值时，那些为你付医疗费的人已经开始为你考虑这个问题。一些为医疗保险投保的人，包括澳大利亚和英国的政府投保人在内，正在做着一件你意想不到的事：用金钱为生命估价。现行的生命价格约为每年 5 万美元，不同地区间会有几千元的差别。假如你正面临生命危险，而救治你的费用又超过了 5 万美元，那么为你投保的人或许就会认为得不偿失。至少英国人和澳大利亚人对生命的价值非常清楚，如果他们认为能够得到与支出相当的收益，就会增加投入。加拿大、德国和其他一些国家的政府投保人毅然决定：不管收益如何，都要在医疗保险的费用中划一道界线。美国的雇主由于要为雇员交纳个人医疗保险的大部分费用，也赞同这一举措。很显然，他们认为无论有多少生命面临死亡的危险，都不值得花更多的钱去挽救生命。

如果事实的确如此，我们大可不必费神去理会对生命进行估价之类的事。而我们却不由地联想到一个令人震惊的事实：投保人在用这些数字为人们的医疗保险服务制定限额。一旦你得了重病，你的投保人或许会因为你的医疗费超过了医疗保险的收益而拒绝付费。你能否得到治疗，甚至于你的生死，都将取决于投保人对你的生命的估价。

或许你会认为这种想法令人不快，怎么会有人把金钱看得比生命还重要呢？维克托·富克斯（Victor Fuchs）在1974年出版的《谁将生存？》（*Who Shall Live?*）一书中正式提出了这一问题，他指出由于社会资源有限，除医疗保险之外的其他社会目标，如正义、美好、知识等也理应占有一部分社会资源。^[1]我们可能会提出健康是最重要的社会目标，但这样就意味着每个人、每个国家都有义务为解除人民的疾病、痛苦和不必要的死亡而倾其所有吗？

这是个令人心动却又难以承受的目标。假如我们都竭尽所能去减少疾病、避免痛苦和延长生命的话，用于医疗保险的费用就会占去社会开支的大部分。那么剩下的用于正义、美好、食品、国防以及其他我们认为珍贵的东西上面的开支就会少得可怜。正如富克斯所说，要想实现所有的社会目标，必须缩减医疗保险方面的开支，这也就意味着必须对医疗保险实行配给。

根据经济学家的说法，在商品免费的前提下，如果需求大于供给，就要对商品进行配给。按照以上说法，现实中的所有商品和服务都要进行配给。假设衣服、汽车和房子免费，所有人都将拥有更多的衣服、汽车和房子。但即使每件东西都免费，也没有几个人能够得到他们想要的所有东西。现实生活中这些东西并不是免费的，我们仍要对它们进行配给。没有人会认为这种配给不公平，没有保障，这就是现实生活。

医疗保险也不例外。无可辩驳的证据表明，当别人付钱的时候，我们消费了更多的医疗保险服务。很久以前我们就摒弃了社会有责任使患者自由享受免费医疗之类的说法。因此我们以控制开支为由，接受了政策制定者与管理式医疗组织（MCOs）共同制定的医疗限制举措。然而对这种配给我们该接受到什么程度呢？

1.2 配给的压力

自富克斯出版《谁将生存？》一书近30年来，医疗保险的支出一直持续增长，而我们也有充分的理由相信这种增长势头还会

一直持续下去。几乎每个工业化国家在医疗保险方面的花费都不低于10%。在美国,每7美元中就有1美元花在了医疗保险上。在未来的日子里,对医疗保险支出增长的压力将会是持久和巨大的,这是因为工业化国家的人口正在不断老龄化,或许更重要的是因为医学技术的进步既带来了新的有效治疗疾病的方法,也带来了价格不菲的医疗费账单。如果我们不想耗尽可另作他用的社会资源,就必须进一步对医疗保险开支进行配给。一名加拿大医生对上述观点进行了完整的论述,并对在心脏移植上消耗掉大量宝贵资源的做法是否明智提出了质疑。他认为,如果不进行配给,各种基本的医疗保险服务都无从谈起。^[2]

由于像器官移植之类的新医疗技术的费用不断攀升,国有及私有部门的投保人想尽了办法来减少医疗保险的开支。加拿大和英国的患者不得不为了昂贵的医疗费用而忍受漫长的等待。法国、德国和日本对医生和医院的医疗费用做出了限定。澳大利亚则拒绝对治疗效果与开支不匹配的药品付费。美国的卫生维护组织(health maintenance organizations, HMOs)则给节约了医疗费用的医生发奖金。以上措施虽然有效控制了医疗保险支出的上涨,但是仍遏制不了这种上涨的趋势。

投保人可以继续采取以前的措施来控制医疗开支,但这种情况不会持续很长时间了。从医疗保险体系中节约出的医疗费用是有限的,患者等待的时间也是有限的。医生最终将会拒绝接受医疗费用进一步减少的状况,因为如果这种状况持续下去,我们青春中的最美好灿烂的东西都将被医学界拒之门外。另一方面,医学界还将继续研制新的技术,从而确保人类生活得更美好、寿命更长久。做到这一点是要付出代价的,我们要么放开限制,在医疗保险上加大投资力度,要么找到新的方法来进行配给。

在自由度很大的市场经济中,多数商品按价格进行配给,即由卖方在市场承受的范围给商品定价,由消费者来购买商品。在过去的几十年里,医疗服务的研究人员在仔细比较了医疗保险收支情况的基础上,为配给拓展了新途径,作者称之为“理性化配给”。^[3]理性化配给为不断上涨的医疗保险开支提供了一个潜在的解决方案,

从而确保了用于医疗保险的费用支出合理。事实上，已经有一些投保人开始采纳这种方案。

1.3 限制医疗需求

2000年12月23日的《伦敦每日电讯报》(London Daily Telegraph)的一则标题写道：“多发性硬化症患者因药品方案搁置深感愤慨”。^[4]而其中的“愤慨”一词还是比较温和的说法。事实上，多发性硬化症(multiple sclerosis, MS)患者、治疗医生及支持者们都在准备同这种不合理的做法做斗争。医学专家推迟了 β -干扰素的面市，而此药可以有效缓解多发性硬化症患者的各种症状。对患者来说，那些拖延了药品上市的医学专家与谋杀者无异。^[5]而文中提到的这些专家是英国国家临床评价研究所(National Institute for Clinical Excellence, NICE)的医生。这是一家成立于1999年的机构，其宗旨是使所有的患者都能得到最好的治疗。国家临床评价研究所的主任，安德鲁·狄龙(Andrew Dillon)发表言论说， β -干扰素的面世将要在经济模型进一步确定之后才会得到批准^[6]，同时，只有那些能够负担每年1万英镑医疗费用的患者才能接受治疗。

β -干扰素的争议在英国的各大报纸都上了头版。而英国并不是采用这种方法使医疗保险配给制度化的惟一国家。1993年，澳大利亚针对一些医药公司要求国家医疗保险系统为其生产的新药支付费用的情况制定了新规定，要求制药公司向药品收益顾问委员会(Pharmacy Benefits Advisory Committee, PBAC)报告经济数据。委员会拒绝了40%的申请，其中许多是由于超支的原因。在PBAC拒绝的药品中有治疗关节炎的消炎药塞来昔布(Celebrex)，还有治疗帕金森病的托卡朋(Tolcapone)。

加拿大则采取了另一种形式的配给。自从1971年加拿大普及大众医疗保险制度开始，就对各类医疗设施和装备的开支实行了严密的监控，结果出现了普遍的排长队等待医疗服务的现象。1993年的一项调查表明，加拿大的癌症患者等待治疗的时间是美

国患者的3倍。^[7]1998年的一项调查记录了需要接受癌症治疗、心脏手术和神经手术患者的过于漫长的等待时间。2001年的一项研究还发现各种类型的癌症手术一般要等5周以上。^[8]另有1/5的患者手术要等两个月以上。而与此形成对比的是,癌症专家指出:如果医疗等待时间超过两周,就属于非正常现象。

加拿大人所忍受的医疗延期似乎长得让人难以捉摸,而对于习惯了将享有医疗保险作为基本生活要求的美国人来说就更是如此。接受髋关节和膝关节的置换手术需要等6个月以上,白内障患者的手术则要等1年以上。2000年冬天的流感患者的情况也同样糟糕,他们经常要在急诊室内等上好几天才能得到治疗。据报道,有些患者只能躺在医院走廊里排列成行的病床上。有一个患者被救护车送往最近的医院,但因那家医院的患者超员而在转院的途中死亡。^[9]

在美国,配给制度化的一个最著名的案例始于20世纪90年代早期的俄勒冈州。其中一系列的事件促成了俄勒冈州配给方案在1987年开始实施。事情的经过是:一个俄勒冈州医疗补助制度下的男孩儿,不幸死于白血病。本来骨髓移植也许可以挽救他的生命,但医疗补助部门却因手术费用昂贵而拒绝支付治疗费用。于是这一悲剧便成了报纸的头条新闻,而该州的立法机关则对此置之不理,并很快就为用于医疗补助的费用找到了一条更好的支出途径(第7章中将作详述)。

为使配给制度化,美国立法机关指派了一个委员会来制定配给方案。1991年,委员会公开发表了一份报告。采用作者将于第6章中再进行详细描述的方法,委员会将各种医疗措施划分为不同等级,从效益最好的到最差的或根本没有效益的。列在清单前面的医疗措施包括肺炎的抗生素疗法、疝气的修复手术等。列在后面的包括对于体重过轻的新生儿的生命监护、治疗艾滋病晚期患者的药物等(此药是在叠氮胸苷(AZT)之前引进的)。

配给方案的拥护者向立法机关建议:列在清单后面的医疗措施将不予保险,以便节约经费来支付列在清单中间及前面的医疗费用。反对者却对此提出了尖锐的批评。儿童保护基金委员会(Children's Defense Fund)针对政府只对贫困人口实行配给的公平性提出了质

疑。另外还有人指出,这一方案贬低了残疾人的生命价值,而许多人则对“配给”这个概念本身提出了批评,并对俄勒冈州参议院院长约翰·基斯哈柏(John Kitzhaber,以前曾是内科医生)的言论不以为然。基斯哈柏曾明确宣称:俄勒冈州以前实施的就是配给的医疗保险制度,而新的计划只是使之公开而已。^[10]

基斯哈柏不顾公众的反对,继续推动本州实施配给方案。经过多次修改,该方案得到了联邦政府的批准,并于1994年使制度化的配给在俄勒冈州成为现实。于是州政府不再为大约150个医疗措施支付费用(清单上总共约有750个)。不过新的制度也在其他方面扩大了承保范围,其中包括口腔医疗、防疫服务和器官移植等。此外,州政府还对10万名从未入过保险的民众做了登记。新方案的实施至今已近10年,而俄勒冈州的人民已经逐渐学会了区分事情的好坏,总体来说他们还是支持这个方案的。即便如此,其他州并没有效仿俄勒冈州开始认真考虑这个新事物。

在2001年的美国国会关于制定患者人权法令的讨论中,配给又一次成为了美国的焦点问题。法令的拥护者们对卫生维护组织削减医疗费用的举措表示强烈反对,因为这一措施妨碍了医疗保险制度的良性运转。他们从若干家庭中取得证词,这些家庭中的成员因卫生维护组织拖延或拒绝支付医疗费而备受煎熬。其中一个地方的卫生维护组织因不愿为一个患厌食症的少女支付心理治疗费,那个女孩儿只得继续遭受折磨,结果在21岁时自杀身亡。另一个地方的卫生维护组织拒绝为一个患脊椎裂(一种脊椎病)的4岁女孩支付医疗费,尽管6位医生均表示从医学角度考虑那种治疗方法十分必要。女孩儿的父母曾花了几个月的时间设法劝说地方卫生维护组织改变决定。最终,由于本州参议员的干预,卫生维护组织才同意付费。类似这样的故事还有很多。这些故事中的主人公都是由于本地区的卫生维护组织对费用昂贵的治疗实行配给而遭受了很大痛苦。

卫生维护组织还对处方药的使用进行了系统化配给。由专门的委员会编定了“药典”,上面罗列了卫生维护组织负责支付药费的药品名称。20世纪90年代晚期,许多地方的卫生维护组织拒绝支付几种新药的药费,其中包括Amerge(用于治疗偏头疼的药物)、

钙稳錠 (Evista) (用于治疗骨质疏松症的药物)。因此以上地区卫生维护组织管辖下的患者只有自己支付这些新药的药费 (每年常在几千美元左右), 或是索性不用药而勉强维持生命。

上面的例子表明, 世界上许多国家的政府和投保人都通过建立制度而拒绝支付部分医疗措施的费用, 即使患者和医生们都认为这些措施对缓解病情非常有效。直到最近, 投保人仍依据一种传统方法来确定应该支付哪些医疗项目的费用, 哪些项目患者需要费用自理。其实, 与这种带有很大偶然性的方法相比, 用其他的方法可以更好地解决这一问题。

为此, 俄勒冈州的医疗补助制度首次明确衡量了不同医疗项目中治疗效果与财政支出之间的关系。尽管这种理性化的配给听起来冷酷无情又显得过于精打细算, 但这种方法既可以挽救生命, 又可以节约金钱。另有一些医疗保险研究人员还想做进一步的工作: 为生命本身明确估价。而这一措施拥有非同寻常的含义。设想一个投保人仅仅因为药品价格超过了其需要挽救的生命的价格, 就可以拒付本可以挽救患者生命的药费。这一方法也许看起来过于理智且近似不道德, 但却成为近年来由政府发起的两个配给方案的基础。这两个方案分别是: 澳大利亚的药品福利方案和英国的国家临床评价研究所计划。

1.4 澳大利亚的药品配给

成立于 20 世纪 40 年代的澳大利亚医药效益研究委员会 (PBS) 为所有得到医疗收益认可的药物支付费用。^[1] 1993 年之前的药品认可主要是考虑其安全性和效能, 这也是被包括美国食品和药品管理局 (Food and Drug Administration, FDA) 在内的各国药品管理组织广泛采用的主要衡量标准。20 世纪 80 年代, 澳大利亚的药品开支以每年 6% 的速度递增, 澳大利亚政府因而采取了相应措施。1990 年, 澳大利亚政府宣布 PBS 对药品的认可要建立在药物的安全性、效能以及医疗效果考察的基础上。

1993年,澳大利亚政府公布了新的PBS认可标准,这一标准至今仍在生效。要想取得PBS认可,制药商必须向PBAC呈交经济评估报告。委员会除了所有新药之外,还审查了1993年以前列在清单上的约1/3的药品。从这一认可标准诞生至今,PBAC已经为PBS削减了60多种药品,并延迟认可了其他许多药品,且延迟时间常在两年以上。

为了取得PBAC的认可,制药商需要仔细研究药物的医疗效果。它们响应了PBAC的要求(以及其他药品管理组织和管理式医疗组织的要求),专门成立了研究“制药经济学”的部门。这些部门按照本书后面将会提及的科学准则,研究制药的医疗效果。另外,为了向PBAC呈交评估报告,它们还将自己的产品与其竞争对手逐一进行比较。当制药商能够证明一种新产品的医疗效果至少与竞争对手一样强时,这一产品就有可能获得认可。迄今为止,PBAC似乎一直都在履行自己应尽的职责,即在药品认证过程中,用成本效果分析法(cost-effective analysis, CEA)对药品进行最终裁定。有研究表明,PBAC明显倾向于认可成本效果比率高的药品。^[12]

然而这并不意味着当前的PBAC认证制度仅仅是建立在科学分析的基础上。在好几个案例中,制药商和患者都成功地说服了政府对PBAC的意见置之不理。例如,有一个案例是发生在PBAC第三次否决了用于治疗乳腺癌的药物赫赛汀(Herceptin)之后。PBAC认为每周花费600美元的药费去换取延长几个月的生命是不值得的。这一言论引起了赫赛汀的制药商罗氏公司(Roche)以及澳大利亚乳腺癌网络组织(Breast Cancer Network Australia)的激进分子的不满。他们对议会成员逐一进行游说,争辩说任何人都无权为生命定价。^[13]于是在政治压力下,澳大利亚政府对PBAC的意见不予理会,于2002年在PBS的药品名单上加上了赫赛汀。

与此同时,PBAC拒绝认可一种名为伟哥(Viagra)的药物,也引发了一场争议。伟哥的制造商辉瑞公司(Pfizer)威胁说要控告PBAC,并在不久之后起诉PBAC,而PBAC的态度十分强硬。败诉后,辉瑞再次上诉,并为伟哥良好的医疗效果提供了新证据。再次