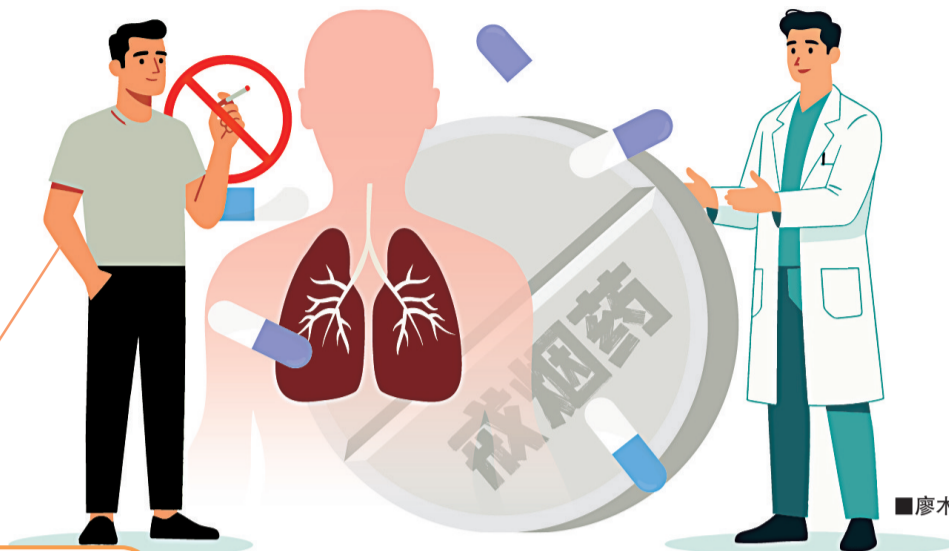


“外热内冷” 我国戒烟药渗透率不足5%

今年5月31日是第39个“世界无烟日”，吸烟、戒烟相关话题再受关注。吸烟被世界卫生组织称为人类“第五种威胁”（前四种是战争、饥荒、瘟疫、污染）。据统计，我国现有吸烟者近3亿，每年约有100万人死于吸烟相关疾病，与吸烟相关的各类疾病的治疗费用持续攀升。然而，在“治病端”持续加大投入的同时，“防病端”最直接的武器——戒烟药物，却长期乏人问津。需求和现实巨大的“剪刀差”，业界都在期待戒烟市场井喷的到来。

■新快报记者 梁瑜



■廖木兴/图

A “治病”钱越花越多，戒烟刻不容缓

《“健康中国2030”规划纲要》明确将15岁及以上人群吸烟率从2015年的27.7%降至2030年的20%以下，并将控烟行动列为健康中国15个专项行动之一，核心要求包括“减少存量、遏制增量、强化服务”。

监测数据显示，我国15岁及以上人群吸烟率从2010年的28.1%降至2024年的23.2%。

数据真实地揭示着控烟的紧迫性。一项研究显示，中国吸烟所致的总经济成本已远远超出烟草给财政带来的贡献，相当于每一块钱烟草税收背后要付出1.57~1.6元的社会成本。

2025年《烟草社会成本与二手烟危害监测报告》显示，中国因烟草使用导致的直接医疗费用约3200亿元，总社会成本（含生产力损失等）约9000亿元。

发表在《Tobacco Control》期刊上的一项研究同样印证了这一趋势，该研究将直接医疗费用、早亡和失能造成的生产力损失等均纳入统计，认为中国2020年吸烟

造成的社会总成本已达到2.43万亿元。

更细化的数据显示，仅肺癌、慢阻肺（COPD）的治疗费用年均增速和医保基金消耗也不容小觑，此外，吸烟还引发心脑血管疾病、口腔癌、食管癌等一系列高额治疗费用的疾病。这意味着，医保资金中的很大一部分，实际上都在为吸烟埋单。

面对如此庞大的支出，预防的价值不言而喻。世界卫生组织（WHO）发起的“3 by 35”（又称“三三五”）倡议，呼吁各国到2035年将烟草、酒精饮料和含糖饮料三类产品的实际价格至少提高50%，旨在通过提高实际价格减少有害消费，从而降低非传染性疾病（占全球死亡75%以上）负担。

长期研究公共卫生政策的专家、新探健康发展研究中心原主任王克安指出：“每投入1元用于戒烟药物或戒烟服务，就能在3~5年内减少3~5元的远期医疗支出，这是性价比最高的卫生干预措施之一。”

B 原研戒烟药退市，国产仿制药填补空白

戒烟药在全球早已不陌生。2024年7月，WHO发布了首份《成人戒烟临床治疗指南》，明确建议伐尼克、尼古丁替代疗法（NRT）、安非他酮为一类戒烟药物。其中，伐尼克效果最强，尼古丁替代疗法使用最方便，安非他酮对合并抑郁者有益。指南同时表示，药物治疗结合行为干预（咨询、随访）效果最佳。

指南中提及的三款一线戒烟药物，尼古丁替代疗法率先在20世纪70年代问世。其通过外源性补充尼古丁缓解戒断症状，开启了药物辅助戒烟的序幕。到了1997年，抗抑郁药安非他酮被发现具有戒烟效果，成为首个非尼古丁类戒烟药物。真正的里程碑出现在2006年，辉瑞的伐尼克（商品名畅沛/Chantix）获美国FDA批准上市。作为α4β2尼古丁受体部分激动剂，它兼具“缓解戒断症状”与“阻断吸烟快感”的双重机制，将戒烟成功率提升至40%~50%，远优于NRT的20%~30%和安非他酮的

30%~40%。2019年，畅沛全球销售额达到峰值11.07亿美元。然而2021年，辉瑞因产品中检出亚硝胺杂质超标，在全球范围内主动召回畅沛并停产，至今未恢复销售，这一事件成为戒烟药物市场格局转折的关键节点。

畅沛2008年进入中国后始终“水土不服”，2015年至2019年在华年销售额均未超过1000万元，主因是价格高昂、未纳入医保，以及公众认知极低，多数烟民甚至部分临床医生都不知道“戒烟可以用药”。

2021年畅沛退市后，国产仿制药迅速填补空白。目前国内共有4家企业的伐尼克仿制药获批，2021年首仿上市的豪森制药的艾乐畅，之后是威智百科的威立戒、仟源医药的帕瑞可和民生健康2025年商业上市的乐速克。其中，仟源医药凭借先发优势占据零售端超过99%的市场份额，2024年戒烟药营收达6416万元，同比增长172.7%；2025年一季度更达2700万元，同比激增549.7%。

C 戒烟药在我国长期“叫好不叫座”

然而，与戒烟措施“投资回报率”不匹配的是，我国戒烟药物的市场规模却一直很小。我国每4名成年人就有1人吸烟，本应催生出千亿元级市场的庞大戒烟需求，现实却是戒烟药使用率不足5%，远低于欧美国家超过20%的使用率，行业长期陷入“叫好不叫座”的窘境。即便2024年伐尼克在国内的总销售额较上年实现较大幅度增长，但整体市场体量依然有限。

对于这种“国外热、国内冷”的尴尬局面，分析人士认为，主要原因有三：

首先，戒烟类药物进入中国市场较晚且处方习惯尚未形成。伐尼克作为原研药直到2008年才进入中国，且长期走医院处方渠道，而大部分中国患者并没有因戒烟而去医院就诊的习惯。据中国疾控中心控烟办“中国戒烟平台”小程序汇总，目前全国约有2000多家戒烟门诊在运作，但普遍生存状态

堪忧。有医生表示，做得最好的门诊一年接诊也不超过1000人。

其次，缺乏医保支持带来价格阻力。一位三甲医院呼吸科专家坦言：“戒烟药一个疗程算下来要上千元，全自费，在很多人看来，花钱买药戒烟不如继续抽烟。”

最后，在中国，医生和患者更多在“治已病”，而未转向“防未病”，这是最关键的。大多数医生面临繁忙的门诊任务，很难主动建议患者使用戒烟药物，患者戒烟也更多依赖意志力而非药物。临床戒烟指南所推荐的行为干预+药物治疗+随访的三联疗法，在日常医疗实践中几乎难以落地。“说白了，医生开降压药、降糖药，患者愿意长期吃，因为是治病，医保也给报销。”一位药企市场人士坦言，“但戒烟药是‘自找’的，患者付费意愿不高，医生主动处方的动力也不强。”

D 公众教育、医保政策或是破局关键

中国烟民不想戒烟吗？并非如此。2024年中国成人烟草调查显示，我国15岁及以上吸烟人群的戒烟率为22.6%，较2010年的16.88%稳步上升。然而，我国戒烟药物的整体使用率不足5%。这意味着，在成功戒烟的人群中，超过95%的人并未借助药物，而是依靠意志力“干戒”或其他非药物方式完成的。由此可见，想戒烟的人越来越多，但能科学戒烟的人依然太少。

行业观察人士表示，戒烟药物行业正站在“低渗透率、高确定性增长”的起点上。多组数字说明“想戒烟的人”正在快速增加，而超过95%的潜在用户尚未被触达。对比欧美20%以上的药物使用率，中国戒烟药物市场至少有四倍以上的增长空间。未来行业最大的机会不在研发端，而在科普端和教育端。谁能率先完成大规模的公众认知教育，谁就能抢占市场先机。

医保政策的推动是最重要的抓手。2020年国家医保局出台的《基本医疗保险用药管理暂行办法》明确将“治疗戒烟、戒酒等作用的药品”排除在医保药品目录之外；同时，戒烟干预服务被划归公共卫生服务范畴，由公共卫生负担的费用不纳入基本医疗保险基金支付范围。如今，多地正在探索或积极推动将戒烟服务、戒烟药物等纳入医保。2025年，广

东省爱卫办印发《广东省社区戒烟综合干预项目试点工作方案》，在珠海、汕头、佛山、惠州、东莞5个地市的9个社区卫生服务中心或镇卫生院启动试点，探索将戒烟服务从大医院“下沉”到居民“家门口”。在这些地区的部分试点机构，将中药、耳穴贴压等中西医结合戒烟服务纳入当地医保报销。而深圳市在2018年《“无烟城市”实施方案》明确提出“探索将戒烟药物纳入医保目录”。

也有专家认为，可借鉴国际经验，将部分烟草税收收入定向用于公共卫生，支持戒烟服务、健康宣教和控烟执法。这不仅符合“健康中国”战略中“预防为主”的方针，也能体现税收政策的健康导向。

行业人士表示，需求端，戒烟需求刚性增强；政策端，控烟立法持续收紧、健康中国战略持续推进，多地正在探索医保覆盖；供给端，国产仿制药已形成完整的产品矩阵；渠道端，线上问诊药打破了地域限制，戒烟药的可达性正在快速提升。多重共振正在形成，一旦全面推进，将直接释放数千万人的用药需求，行业将迎来真正的爆发拐点。



扫码获取更多健康医药资讯