



中国医药教育协会



ASK 艾社康
ASK HEALTH



2021-2022

多层次医疗保障 创新案例集



前言	01
----------	----

第一章 多层次医疗保障体系的发展历程

一、多层次医疗保障制度概念的提出	02
二、多层次医疗保障制度体系的演化	03

第二章 2021 年多层次医疗保障体系发展回顾

一、政策发展回顾	06
（一）医疗保障法治化进程明显加快	06
（二）医疗保障发展规划进一步明确	07
（三）医疗保障安全网构建受到关注	07
（四）医疗保障的协同治理持续深入	08
（五）商业健康保险的规范得到强化	08
二、参与主体发展回顾	09
（一）基本医保向战略购买者角色转变	09
（二）商业健康保险在规范中持续发展	11
（三）慈善捐赠医疗互助努力成为补充	17
（四）多方参与积极性得到进一步提升	18

第三章 多层次医疗保障体系发展面临的问题

一、保障能力仍有短板，不充分不平衡发展问题凸显供需矛盾	19
（一）基本医疗保险仍然存在制度性不足	19
（二）医疗救助的托底保障功能发挥有限	19
（三）商业健康保险保障水平和保障能力存在局限	20
（四）其他补充性医疗保障运行机制尚未成熟	20
二、商业健康保险产品的设计有待优化，供给侧亟需创新实践	21
（一）多元化产品链条尚未形成，产品数量众多但同质化严重	21

(二) 健康保障范围有待扩大, 缺乏高风险人群保障及长期保障	21
(三) 部分健康险种参与不足, 健康管理服务融合模式尚未成熟	22
(四) 健康险营销亟需转型升级, 专业化经营水平面临挑战	22
三、产业协同基础薄弱, 医险联动有赖行业生态环境改善	22
(一) 数据共享机制和标准不完善, 难以发挥联动效能	22
(二) 医疗机构合作意愿和动力不足, 商保介入存在壁垒	23

第四章 多层次医疗保障体系创新发展案例

一、聚力惠民: 产品形式创新案例	24
(一) 海南乐城特药险	24
(二) 广州市“穗岁康”商业补充健康保险	26
(三) “沪惠保”——上海城市定制型商业补充医疗保险	27
(四) 众安保险——“慢病系列保险”	30
(五) 杭州市民保	31
(六) 西宁“夏都惠民保”	32
二、响应需求: 服务赋能创新案例	33
(一) “平安臻享 RUN” 健康服务计划	33
(二) 医保防贫体系“缙情帮”	35
三、资源协同: 支付方案创新案例	36
(一) 乳腺癌治疗药物的多元支付策略	36
(二) CAR-T 疗法综合支付解决方案	38
(三) 肺癌治疗药物的创新支付	40
(四) CAR-T 一体化服务权益创新	41

第五章 多层次医疗保障体系发展建议

一、以政策定位为引导, 商业健康险与多层次保障联动发展	42
(一) 明确基本医疗保障边界, 拓宽健康险创新空间	42
(二) 形成多层次保障制度合力, 加强健康险衔接联动	42
二、以产品创新为突破, 解决当前健康险市场供需错配现象	42

(一) 优化当前产品结构与质量，行业解决方案更加精细化	42
(二) 拓宽保障广度和深度，积极探索高风险保障险种	43
(三) 塑造健康险专业化能力，促进营销方式优化更新	43
三、以协同共享为基础，推动跨行业合作更加顺畅有为	43
(一) 建设产业协同基础，推动数据共享和有序使用	43
(二) 合理兼顾多方利益，激励与监管机制共同发力	44
附录：2021 年多层次医疗保障领域政策清单	45
参考文献	48
写作团队	51
致谢	52

前言

PREFACE

1998年，随着国务院印发《关于建立城镇职工基本医疗保险制度的决定》，我国的社会医疗保险制度建设正式起步。

2020年，国务院印发《关于深化医疗保障制度改革的意见》，明确到2030年，要全面建成以基本医疗保险为主体，医疗救助为托底，补充医疗保险、商业健康保险、慈善捐赠、医疗互助共同发展的医疗保障制度体系。

1998-2020，这期间经过了22年。

如果将视线放回到更早的1951年，这一年《中华人民共和国劳动保险条例》颁布，规定了针对企业职工建立劳动保险，即所谓的劳保医疗。这也是中华人民共和国成立之后，医疗保障制度建设的开端。

1951-2020，这期间经过了70年。

70年间，我国经历了计划经济和市场经济两种体制，相应的，医疗保障体系也几乎经历了两次从零开始的建设过程。这期间，医疗保障制度实现了从无到有、从试点探索到全民覆盖的蜕变，尤其是在社会医疗保险制度发展的22年中，我国建立了覆盖全球近五分之一人口的世界最大医疗保障网，医疗保障的制度框架从多元分割逐步进行了整合，保障体系也从单一走向了多层次，基本形成了以基本医疗保险为主体，医疗救助为托底，补充医疗保险、商业健康保险、慈善捐赠、医疗互助等共同发展的多层次医疗保障制度框架。

在脱贫攻坚、全面建成小康社会的过程中，“没有全民健康，就没有全面小康”，医疗保障体系实现了对贫困人口“应保尽保、参保全覆盖”的目标，基本医疗保险、大病保险、医疗救助“三重保障”对贫困人口住院实际报销比例稳定在80%左右，累计帮助贫困人口减负近3300亿元，助力近1000万户因病致贫群众精准脱贫。

在抗击突如其来的新冠疫情过程中，医疗保障体系再次发挥了巨大的作用，通过“两个确保”、“应治尽治”、“应接尽接”等措施为新冠肺炎救治和新冠病毒疫苗及接种提供了费用保障，免除了患者和医疗机构的后顾之忧。

站在当下回望2021年，尽管面对百年未有之大变局和世纪疫情的冲击，我国的多层次医疗保障体系仍然在这一年实现了稳步发展，保障能力和保障水平得到了进一步提升，对国民经济发展与社会和谐稳定的支撑作用得到了进一步增强。我们正在向着“覆盖全民、城乡统筹、权责清晰、保障适度的多层次医疗保障体系”目标迈进；多层次的医疗保障体系，作为“全民医保”目标下的必然选择，其结构也在持续地优化和完善，制度间的协同也在不断加强。

也许在未来的某个时点回看现在，在历史发展的长河中，2021年同任何一年一样，都只是一个不起眼的节点；但是今天的选择决定了未来，正如过去的选择决定了现在，从这个意义上讲，2021年又是独特且无比重要的，接下来记录的便是我们眼中属于我国多层次医疗保障体系发展的2021年。

第一章 |

多层次医疗保障体系的 发展历程

医疗保障体系是一个国家各种医疗保障制度的集合，是社会保障的一部分，属于国民收入再分配的范畴，其目标是通过转移支付的方式，为不同收入水平的人群提供公平地享受医疗服务的机会^[1]。

构建多层次的医保制度是“各国医疗保障改革的共同取向，其实质是通过多层次体系的构架，进一步合理规划不同主体的责任分担，从而更加合理地配置社会保障资源”^[2]。

长期以来，我国的医疗保障制度都是作为社会保障体系的一部分在政策中有所提及，“多层次”这一概念也率先在社会保障体系的建设和被提出。1993年十三届四中全会通过的中共中央《关于建立社会主义市场经济体制若干问题的决定》中首次提出了“建立多层次的社会保障体系”。

我国的医疗保障体系经历了从城乡“分割”到城乡“整合”，从单一到多元的发展历程，覆盖人群也从城镇职工扩展到覆盖全民。

一、多层次医疗保障制度概念的提出

计划经济时期，城市的劳保医疗、公费医疗以及农村合作医疗构成了我国的医疗保障体系，其中劳保医疗主要由企业承担、公费医疗主要由国家财政承担，都有很强的福利制度属性；农村合作医疗的资金由集体和个人共同筹集，但其本质是一种互助救济。在医疗服务水平普遍较低、人们的健康需求还不旺盛的时候，通过这三项制度几乎可以对基本的医疗服务实现免费的全覆盖，也不会出现更高水平的保障需求。

表 1 我国计划经济时期的医疗保障制度

保障制度	保障对象	资金来源	报销范围
农村合作医疗	主要是农民	集体和个人共同筹资	视资金而定，报销范围比例不一
劳保医疗	企业单位的工人和职员及其直系亲属	企业福利费	基本属于免费医疗，直系亲属享受部分报销待遇
公费医疗	国家机关、事业单位工作人员，革命残废军人，高校学生等	国家预算支出	基本属于免费医疗

* 来源：仇雨临《中国医疗保障 70 年：回顾与解析》

随着市场经济体制的建立，这种国家和集体包揽过多的福利性制度弊端日益凸显，缺乏合理的费用筹措机制以及对医患双方行为的制约机制，导致制度运行的可持续性面临巨大挑战。

随即各地开始在城镇职工人群范围内探索以多方责任分担为特征的社会医疗保险制度，也正是在建立职工基本医疗保险制度的进程中，多层次医疗保障体系的概念逐渐明确，并被纳入了我国医疗保障制度改革的议事日程中^[3]。

1998年，国务院发布《关于建立城镇职工基本医疗保险制度的决定》，我国首次建立了真正意义上的社

会医疗保险制度。正如文件中明确强调的，我们所要建立的是“保障职工基本医疗需求的社会医疗保险制度”，也就意味着保障的责任不是无限制的，而是要有一定的支付限额或费用分担机制。文件同时提出，对于“超过最高支付限额的医疗费用，可以通过商业医疗保险等途径解决。”随着社会医疗保险制度这一形式的确立，同时带来了两个问题：一个是基本医疗需求之外的医疗服务项目由谁来支付？二是超过最高支付限额部分的医疗费用如何获得保障？同时，随着社会经济的发展和居民收入水平的持续提高，人民群众的健康意识和健康需求显著提升，同步催生出对多层次医疗保障的明显诉求。

2001年，财政部、原劳动和社会保障部等部委强调在加快推进基本医疗保险制度改革的同时，必须积极稳妥地同步推进多层次医疗保障体系建设，妥善解决职工基本医疗保险待遇以外的费用负担。从我国多层次医疗保障制度概念的提出可以看出，“多层次”的内涵主要是指保障待遇的补充和叠加。

在探索建立城镇职工基本医疗保险制度的初期，并行发生的是城镇居民医疗保障的缺失和农村合作医疗的衰落。在城镇职工基本医疗保险建立之后，我国医疗保险逐步开始了全民化的进程。2003年，建立新型农村合作医疗制度和农村医疗救助制度，2005年建立城市医疗救助制度，2007年建立城镇居民基本医疗保险制度，至此基本实现了“全民医保”^[4]。新型农村合作医疗与城镇居民基本医疗保险的相继诞生也初步确立了我国社会医疗保险的制度框架^[5]。

二、多层次医疗保障制度体系的演化

我国的多层次医疗保障制度的发展和演化主要发生在2009年新医改之后。一方面表现为各种保障制度的建立，另一方面表现为部分制度间衔接机制的形成^[5]。

2009年，标志着新一轮医药卫生体制改革正式开启的重要文件——《关于深化医药卫生体制改革的意见》中明确提出：“加快建立和完善以基本医疗保障为主体，其他多种形式补充医疗保险和商业健康保险为补充，覆盖城乡居民的多层次医疗保障体系。”^[6]

新型农村合作医疗和城镇居民基本医疗保险分别于2008年和2010年实现了覆盖全国的政策目标^[7]。这一阶段，我国的多层次医疗保障体系由主体和补充两部分构成，作为主体的基本医疗保障包括城镇职工基本医疗保险、城镇居民基本医疗保险、新型农村合作医疗和城乡医疗救助，分别覆盖城镇就业人口、城镇非就业人口、农村人口和城乡困难人群。

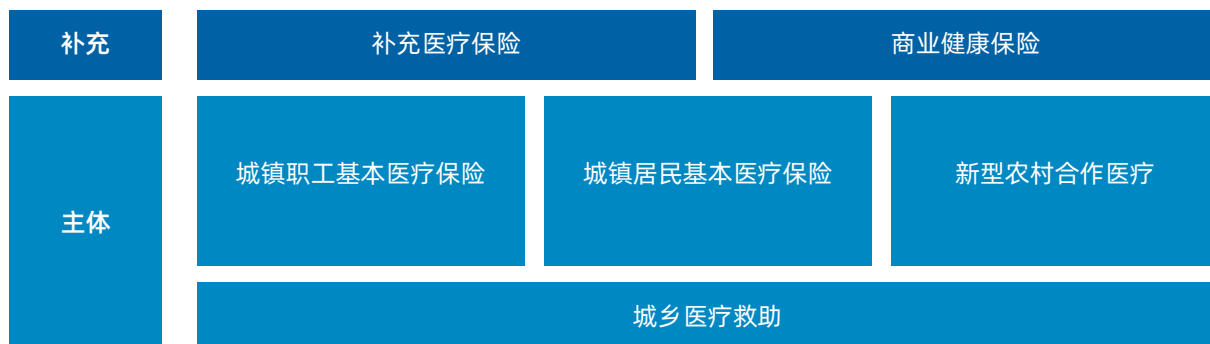


图 1 初期的多层次医疗保障体系（2009 年）

民医保体系的初步建立，使得人民群众看病就医有了基本保障，但由于各种补充医疗保险、商业健康保险等发展刚刚起步，保障的作用非常有限，作为主体的基本医疗保障筹资也处于较低水平，医疗费用的快速上涨使得人民群众对大病医疗费用负担重的反映普遍比较强烈。在此背景下，为了进一步完善城乡居民医疗保障制度，健全多层次医疗保障体系，有效提高重特大疾病保障水平，城乡居民大病保险作为对大病患者发生的高额医疗费用给予进一步保障的一项制度性安排被提了出来。2012 年，开始在全国范围内探索城乡居民大病保险，作为基本医疗保障制度的拓展和延伸，目的是要切实解决人民群众因病致贫、因病返贫的突出问题^[8]。

同年，民政部、财政部、人力资源和社会保障部、卫生部联合发布《关于开展重特大疾病医疗救助试点工作的意见》（民发〔2012〕21 号），在开展常规医疗救助的同时，启动重特大疾病医疗救助试点工作，以解决困难群众面临的重大特大疾病问题。2015 年，国务院办公厅转发民政部等五部门《关于进一步完善医疗救助制度 全面开展重特大疾病医疗救助工作的意见》，要求对城市医疗救助制度和农村医疗救助制度实施合并，全面开展重特大疾病医疗救助工作，并将救助对象范围从最低生活保障家庭成员和特困供养人员扩大至低收入家庭中的老年人、未成年人、重度残疾人、重病患者和因病致贫家庭重病患者等^[9]。在这项具有一定顶层设计作用的政策文件中，医疗救助的实践经验得到了深化和固化，其作为多层次医疗保障体系中的托底性制度定位也得到了进一步的明确。

在医疗救助的作用逐步强化的过程中，慈善捐赠也作为对医疗救助的一种补充，逐渐进入政府鼓励的视野。2013 年，民政部印发《关于加强医疗救助与慈善事业衔接的指导意见》，提出要使慈善事业成为“医疗救助的重要补充”。2014 年，国务院在《关于促进慈善事业健康发展的指导意见》中明确要让“慈善事业对社会救助体系形成有力补充，成为全面建成小康社会的重要力量”。各类社会机构通过开展慈善义诊、药品援助、特定疾病患者援助等多种多样的慈善活动，为老年人、妇女、儿童以及多种罹患罕见病等重特大疾病的人群提供了补充的保障。

与此同时，作为多层次医疗保障体系中重要的补充保障制度，商业健康保险也在 2012 年之后开始进入了发展的“快车道”，保费规模从 862.8 亿元增长至 2021 年的 8447 亿元，年复合增长率达到 25.6%。

2016 年，国务院发文决定对城镇居民基本医疗保险制度和新型农村合作医疗制度进行整合，建立统一的城乡居民基本医疗保险制度^[10]。我国的基本医疗保险制度在人群公平性上得到了显著的提高，原本城乡三项基本医保制度碎片化的问题也在一定程度上得到缓解。

至此，我国“两纵三横”的多层次医疗保障制度体系初步成型，包括作为托底的城乡医疗救助体系、作为主体的城镇职工基本医疗保险和城乡居民基本医疗保险，以及作为补充的商业健康保险和其他补充保险。并且在制度衔接方面也有了长足的进步，尤其是城乡居民大病保险全面实施后，与医疗救助衔接，在共同推进脱贫攻坚的过程中取得了良好的社会效果。

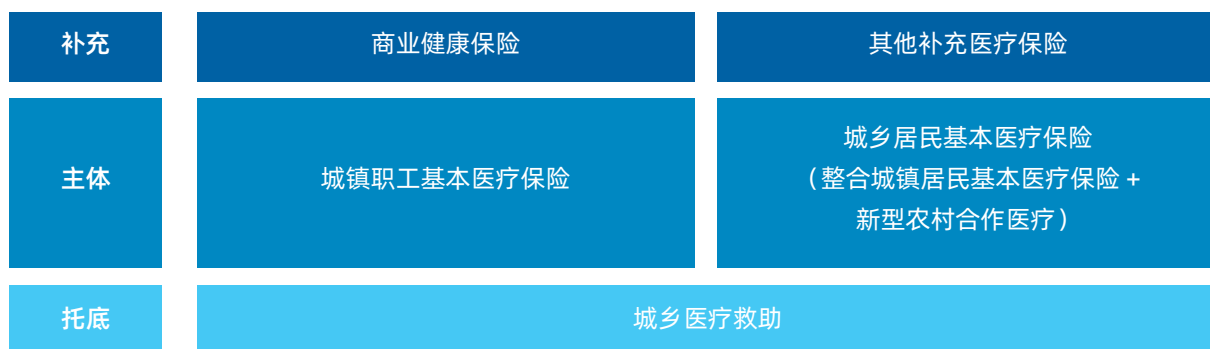


图 2 发展中的多层次医疗保障体系（2016 年）

随着我国医改的推进，医疗保障制度在“三医联动”中发挥的作用日益凸显，党的十九大对全面建立中国特色医疗保障制度作出了决策部署，2020 年 3 月，中共中央、国务院发布《关于深化医疗保障制度改革的意见》（以下简称《意见》），为我国的医疗保障制度体系作出了顶层设计，并且分别明确了医疗保障制度改革在未来 5 年和 10 年的发展目标。

《意见》中对于我国的医疗保障体系有两种表述：一种是“覆盖全民、城乡统筹、权责清晰、保障适度、可持续的多层次医疗保障体系”，另一种则是在改革发展目标中提出的“以基本医疗保险为主体，医疗救助为托底，补充医疗保险、商业健康保险、慈善捐赠、医疗互助共同发展的医疗保障制度体系”。前一种表述针对的是多层次医疗保障体系的目标和内涵，后一种表述针对的则是多层次医疗保障体系的具体结构，也正是后一种表述正式明确了我国多层次医疗保障制度体系的各个组成部分^[1]。



图 3 发展目标确定后的多层次医疗保障体系（2020 年）



第二章 |

2021 年多层次医疗保障 体系发展回顾

2021 年是“十四五”规划实施的开局之年，同时也是我国医疗保障制度改革持续深化的关键一年。面对百年未有之大变局和新冠疫情的持续影响，我国的医疗保障体系在统筹疫情防控和民生保障中发挥了重要的支撑作用。2021 年 2 月，我国正式启动居民免费接种新冠病毒疫苗，疫苗采购和接种费用主要由医保基金和财政共同负担。截至 2021 年底，全国范围内新冠病毒疫苗累计接种 28.3 亿剂次^[12]。

根据国家医保局数据^[13]，2021 年我国基本医疗保险参保人数 13.6 亿人，参保率持续稳定在 95% 以上，全民医保覆盖的格局更加稳固；基金收入和支出同比分别增长了 15.6% 和 14.3%，收入稳步增长，收支保持平衡。

医疗保障部门的角色定位也持续从事后付费者向战略购买者转变，2021 年，医保目录协议期内共有 221 种谈判药品，累计报销 1.4 亿人次，通过谈判降价和医保报销，累计为患者减负 1494.9 亿元^[12]。

与此同时，作为我国多层次医疗保障体系中的重要补充制度，商业健康保险在 2021 年也在持续发展，尽管保费规模增速明显放缓，但保障的作用似乎得到了进一步的提升。根据中国银保监会的统计^[14,15]，2021 年我国健康保险原保费收入 8447 亿元，同比增长 3.4%；赔付支出 4029 亿元，同比增长 37.9%。

这些数字的背后有很多的原因，其中政策引导、推动的作用不可忽视，回顾 2021 年，我国的多层次医疗保障领域政策发布频繁，涵盖医疗保障制度的方方面面。

一、政策发展回顾

（一）医疗保障法治化进程明显加快

从日本、德国等医疗保障制度比较完善的国家实践经验来看，法治化是医疗保障制度发展的内在要求和国际通行的准则^[16]。我国医疗保障领域的立法进程一直相对滞后，目前与医疗保障有关的唯一一项法律仍是 2010 年制定的《社会保险法》，在法规层面也仅有两项“暂行”的行政法规，分别是 1999 年国务院颁布的《社会保险费征缴暂行条例》和 2014 年国务院制定的《社会救助暂行办法》^[17]，这也意味着一直以来我国都没有单独的医疗保险法和医疗保障行政法规。

2021 年，我国医疗保障的法治化进程出现了明显的加速：2 月 19 日，医疗保障领域内第一部行政法规《医疗保障基金使用监督管理条例》发布，并于 2021 年 5 月 1 日起正式施行。同时国家医保局还在 1 月 8 日发布了两部部门规章——《医疗机构医疗保障定点管理暂行办法》和《零售药店医疗保障定点管理暂行办法》，均从 2021 年 2 月 1 日起施行。以上“一条例两办法”的颁布实施，为医保制度步入法治化轨道奠定了基石。

2021 年的医疗保障法治化进程中更重要的一步是《医疗保障法（征求意见稿）》的公开征求意见。《医疗保障法》的立法定位于我国医疗保障领域的“基本法”、“综合法”，对于未来医疗保障制度的定型和走向至关重要，将会为我国多层次医疗保障体系的建设与实施提供基本的法律依据^[18]。全国人大将其列入 2021 年度立法工作计划后，国家医疗保障局组织专班起草医疗保障法草案，并于 6 月向社会公开征求意见。尽管距离正式颁布并实施尚需时日，但这已经是我国在医保制度走向成熟的道路上迈出的坚实一步。

此外，2021 年全国“两会”结束后，全国人大常委会还正式启动了慈善法的修订工作，民政部也将推动修订《中华人民共和国慈善法》写入工作规划^[19]，对于慈善捐赠这一重要补充保障制度的发展和完善也有重要作用。

（二）医疗保障发展规划进一步明确

2020年发布的《关于深化医疗保障制度改革的意见》对我国的多层次医疗保障制度进行了顶层设计，并提出未来5-10年的发展目标。作为对医保改革五年发展目标的落实，2021年9月29日，国务院办公厅发布了《“十四五”全民医疗保障规划》（国办发〔2021〕36号，以下简称《规划》），重申了到2025年我国医疗保障制度要达到的目标，并将其细化为“五个医保”——公平医保、法治医保、安全医保、智慧医保和协同医保^[20]。这也是我国首次编制针对医疗保障领域的五年专项规划，将成为“十四五”期间指导我国医疗保障制度发展的行动指南。

《规划》明确了我国医疗保障制度发展的方向是“全民医保”，要加快建设覆盖全民、统筹城乡、公平统一、可持续的多层次医疗保障体系；提出了我国医疗保障三大体系的建设任务，分别是多层次医疗保障制度体系、医疗保障协同治理体系和医疗保障服务支撑体系，其中多层次医疗保障制度体系是实现“全民医保”覆盖、更好地保障病有所医的制度基础。《规划》也明确了在健全多层次医疗保障体系的过程中，对基本医疗保险制度要坚持“公平适度、稳健运行”，并持续完善；对商业健康保险、慈善捐赠、医疗互助则予以鼓励支持，促进其协调发展。

（三）医疗保障安全网构建受到关注

2020年我国实现了全面脱贫，也意味着医疗保障脱贫攻坚取得了决定性成就，在此期间我国已经基本实现基本医保、大病保险、医疗救助三重保障制度对贫困人群的全覆盖；随着脱贫攻坚转为乡村振兴战略，医疗保障制度要在新的时代背景下继续发挥民生保障的作用。2021年，政策对于医疗保障安全网的建立和完善有了更多的关注。

2021年4月23日，国家医疗保障局、民政部、国家卫生健康委等七部委联合发布《关于巩固拓展医疗保障脱贫攻坚成果有效衔接乡村振兴战略的实施意见》，提出要“逐步实现由集中资源支持脱贫攻坚向统筹基本医保、大病保险、医疗救助三重制度常态化保障平稳过渡”。

《“十四五”全民医疗保障规划》中要求“完善和规范城乡居民大病保险制度，加强与基本医疗保险和医疗救助的衔接，提高保障能力和精准度”，并且提出了从精准识别救助对象、监测预警高额医疗费用支出、引导合理诊疗和有序就医以及发挥不同保障制度的作用四个方面推动实施重大疾病救助工程。尤其是在发挥不同保障制度的作用方面，不仅强调了医疗救助的安全托底作用，还希望发挥包括商业健康保险、慈善医疗救助在内的社会力量的作用，稳步提高重大疾病患者的保障水平，合力防范因病致贫、因病返贫。

9月7日，中国银保监会办公厅印发《关于支持国家乡村振兴重点帮扶县工作方案的通知》，鼓励保险公司在承办的大病保险、医疗救助中，配合地方政府对重点帮扶县的特困人员、低保对象、致贫返贫人口给予更大的政策倾斜。

11月19日，国务院办公厅又发布了《关于健全重特大疾病医疗保险和救助制度的意见》，指出“做好重特大疾病医疗保障，是进一步减轻困难群众和大病患者医疗费用负担、防范因病致贫返贫、筑牢民生保障底线的重要举措。”并且进一步明确了在强化基本医保、大病保险、医疗救助三重制度的综合保障之外，也要促进三重制度综合保障与慈善救助、商业健康保险等协同发展和有效衔接。

第二章 2021 年多层次医疗保障体系发展回顾

与此同时，银保监会也在若干文件中强调了商业健康保险在重大疾病保障方面应当发挥更加积极的作用，例如在《关于进一步丰富人身保险产品供给的指导意见》中提出“扩大商业健康保险服务覆盖面，提高重大疾病保险保障水平”。

（四）医疗保障的协同治理持续深入

在完善保障制度体系建设的同时，围绕医疗保障支付机制、医药价格形成机制、基金监管体制机制以及保障制度衔接机制等方面的政策也在陆续完善，持续深入地推进我国医疗保障制度的协同治理。

医疗保障支付机制的完善，一方面体现在门诊共济保障机制的建立，另一方面体现在医保支付方式改革的深化。国务院办公厅发布《关于建立健全职工基本医疗保险门诊共济保障机制的指导意见》（国办发〔2021〕14号），要求建立完善职工医保普通门诊费用统筹保障机制，推动职工医保门诊保障由个人积累式保障模式转向社会互助共济保障模式^[21]，同时通过将普通门诊费用纳入统筹基金报销，来提升基金的使用效率，增强医保基金的保障功能。医保支付方式改革在2021年也进入全面推开的阶段，年初国家医保局在《关于做好2021年医保支付方式改革试点工作的通知》中将DRG和DIP试点列为年度重点工作；11月26日，国家医疗保障局印发《DRG/DIP支付方式改革三年行动计划》，计划在三年内建立“管用高效”的支付方式。截至2021年底，全国30个DRG付费国家试点城市和71个DIP付费试点城市已全部进入实际付费阶段。

在医药价格形成机制的完善方面，国家医保谈判、药品集中带量采购常态化开展。国家医保局联合国家卫健委先后于5月和9月发布两项落实谈判药品工作的文件，分别是《关于建立完善国家医保谈判药品“双通道”管理机制的指导意见》（医保发〔2021〕28号）和《关于适应国家医保谈判常态化持续做好谈判药品落地工作的通知》（医保函〔2021〕182号），在推进国家谈判药品落地、提高谈判药品可及性和报销便利性方面有着积极的指导作用。8月31日，国家医保局、国家卫健委等八部委联合印发了《深化医疗服务价格改革试点方案》，提出通过3到5年的试点，探索形成可复制可推广的医疗服务价格改革经验。到2025年，深化医疗服务价格改革试点经验向全国推广，分类管理、医院参与、科学确定、动态调整的医疗服务价格机制成熟定型，价格杠杆功能得到充分发挥。这也是我国在医保与医疗服务改革协同推进方面的重要探索。

在保障制度衔接机制的完善方面，主要是医疗保障待遇清单制度的实施和推进。1月21日，国家医保局会同财政部印发《关于建立医疗保障待遇清单制度的意见》，确定了基本保障的内涵，明确了政策调整的权限，厘清了待遇支付的边界。随后又在6月份发布《贯彻落实医疗保障待遇清单制度三年行动方案（2021-2023年）》，对落实医疗保障待遇清单制度进行了详细的部署，计划用3年时间全面实施清单制度。待遇清单制度的落实有助于划清政府和市场的边界，为商业健康保险、慈善捐赠等留出更多的发展空间，促进多层次医疗保障体系更加协调的发展。

（五）商业健康保险的规范得到强化

2021年，我国的商业健康保险领域也在持续深化改革，银保监会发布了多项规范性文件，作为落实《健康保险管理办法》的配套制度。规范涉及健康保险的多个领域，既包括传统的纯商业健康保险，也包括带有一定政策属性的“惠民保”。近年来健康险发展迅猛，增速远超其他险种，随之也出现了一些需要关注的风险和问题，强化对商业健康保险监管和规范的一个重要目的就是防范风险和解决问题，同时引导商业健康保险的高质量发展。

1月,《关于规范短期健康保险业务有关问题的通知》发布,要求规范短期健康保险的产品续保,不得使用“自动续保”、“承诺续保”、“终身限额”等容易与长期健康保险产品混淆的表述,以免误导投保人。对于通知印发前已经审批或备案的短期健康保险产品,如果不符合通知要求,必须在2021年5月1日前停止销售。结合近年来发布的《健康险管理办法(2019年修订版)》、《关于长期医疗保险产品费率调整有关问题的通知》等文件来看,监管机构“限短促长”、引导商业健康保险发展方向的用意更加明显,商业健康保险要实现高质量的发展,仍然需要在产品的保障能力提升方面着力。

6月,《关于规范保险公司城市定制型商业医疗保险业务的通知》发布,针对近年来呈现出爆发式增长的“惠民保”产品,在保障责任设计、经营风险、市场竞争秩序以及业务可持续性等诸多方面提出了明确的规范要求,以确保消费者合法权益受到保护,促进保险业更好地参与多层次医疗保障体系建设。例如明确“惠民保”业务实行市场化运作,保障方案的制定要科学合理,坚持经营和风险可控的原则,同时体现地域特征,契合当地群众实际医疗保障需求;鼓励将医保目录外医疗费用、健康管理服务纳入保障范围,更好地满足基本医保以外的保障需求。

围绕商业健康保险的规范,监管机构还发布了《人身保险产品“负面清单”(2021版)》、《关于近期人身保险产品问题的通报》等文件,其中短期健康保险关于续保的表述不规范问题被一再提及。商业健康保险等待期设置、保障责任设定、产品费率厘定等方面存在的问题也在负面清单中列出,要求所有的保险公司严格按照监管要求,切实承担产品管理的主体责任,更好地发挥保险的保障作用。

回顾2021年医疗保障领域的政策,可以看到我国多层次医疗保障制度改革的全面推进,随着以“三医联动”协同治理为核心的中国医改步入深水区,我国的多层次医疗保障制度体系改革也真正进入了系统集成、协同高效的发展阶段。

二、参与主体发展回顾

随着医保领域改革的不断推进和治理水平的不断提高,顶层设计更加注重发挥各层次保障体系之间,以及决策主体与市场主体之间的系统合力。相应地,在政策的积极引导和规范下,医疗保障领域的各个参与方也在应对内外部环境变化的过程中,持续地寻找自己的定位、突破现有的瓶颈、尝试更多的转变、谋求更好的发展。

(一) 基本医保向战略购买者角色转变

自2016年首次开展国家药品价格谈判以来,医保谈判逐步体系化、常态化,尤其是2018年国家医保局成立以来,国家医保谈判的标准和流程都更加规范,创新药品获得了更快的医保目录准入机会。国家医保谈判的目的是充分发挥医保基金战略购买的作用,以“全国医保使用量”与企业磋商议价,最大限度地提升基金使用效率、发挥医保资金的保障效能。与此同时,医保基金战略购买作用的发挥也可以引导医药产业围绕价值开展更多的创新。

2018-2021年,经过四轮谈判,国家医保局累计将250种具备较高临床价值的独家创新药品纳入了国家医保药品目录,涵盖肿瘤、罕见病、神经系统、呼吸系统等多个治疗领域,平均降价幅度超过50%。其中2021年新增了67种独家药品,包括17个抗肿瘤药、16个抗感染药、7个罕见病药和5个自身免疫疾病用药。

尽管数量略低于前两年，但谈判的成功率高达 78.8%，仅低于 2018 年开展的抗癌药专项谈判，而谈判成功的药品平均降价幅度则为历次国家谈判中最大。由此也反映了创新药企业对于医保谈判的参与度和接受度得到了进一步的提升。

表 2 历次国家医保药品谈判情况

年份	谈判名称	主导部门	计划谈判药品数量	谈判成功药品数量	谈判成功率	平均降价幅度
2016	国家药品价格谈判	卫计委	5	3	60%	58%
2017	国家医保药品准入谈判	人社部	44	36	81.8%	44%
2018	抗癌药医保准入专项谈判	医保局	18	17	94.4%	56.7%
2019	国家医保药品准入谈判	医保局	119	70	58.8%	60.7%
2020	国家医保药品目录调整	医保局	138	96	69.6%	50.6%
2021	国家医保药品目录调整	医保局	85	67	78.8%	61.7%

* 数据来源：国家医保局，艾社康整理

国家药品集中带量采购（简称“药品集采”）是与国家医保谈判并行的、另一项体现医保基金战略购买作用的制度安排。自 2018 年在“4+7”试点城市开展以来，截至 2021 年底已完成六批共七轮国家药品集采（包括一轮“4+7 扩围集采”），累计覆盖 234 种药品，涉及金额约 2400 亿元，实施范围从 11 个城市扩大至全国；单批集采涉及的药品品种也从试点之初的 25 种扩大至 2021 年第五批的 61 种，并在第六批集采中首次将范围拓展至生物药领域（第六批为胰岛素专项采购）。

表 3 历次全国药品集采情况

批次	时间	涉及药品品种数量	平均降价幅度
“4+7”试点	2018 年 11 月	25	52%
“4+7”扩围集采	2019 年 09 月	25	59%
第二批全国集采	2019 年 12 月	32	53%
第三批全国集采	2020 年 07 月	55	53%
第四批全国集采	2021 年 01 月	45	52%

批次	时间	涉及药品品种数量	平均降价幅度
第五批全国集采	2021年06月	61	56%
第六批全国集采	2021年11月	16	48%

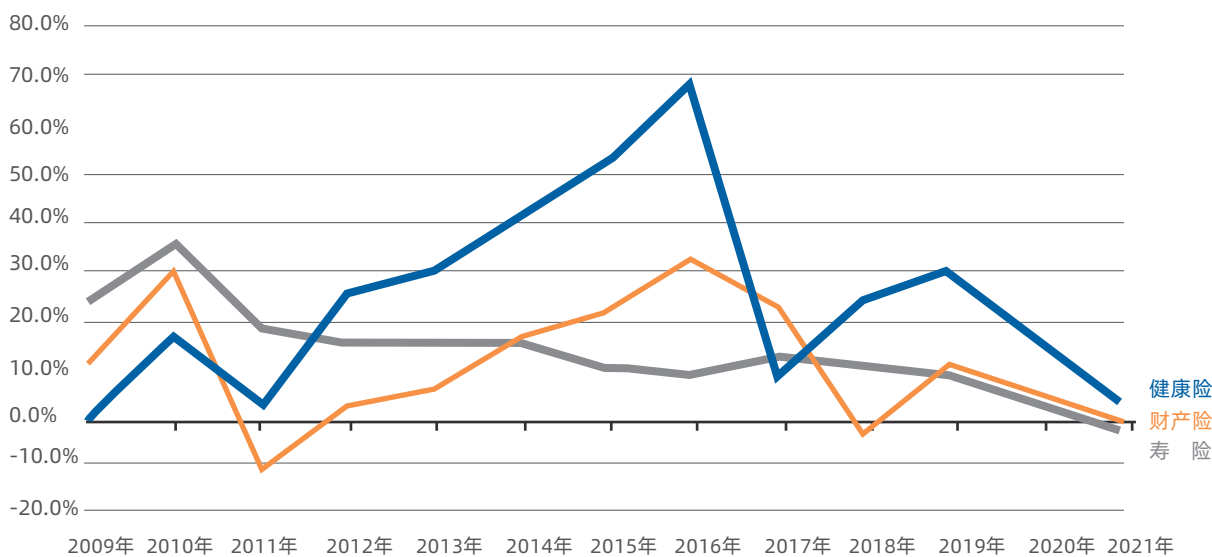
*数据来源：国家医保局，艾社康整理

与此同时，继2020年集采首次拓展至冠脉支架，开创高值医用耗材集采先例之后，2021年人工关节也被纳入国家集采范围。

相比于集采开展之初整个医药行业闻之色变的状况，如今面对集采制度化、常态化的趋势，药企也逐渐可以更加客观地看待集采的影响并且寻求更加积极主动的应对方式，从营销导向转为研发导向，创新转型成为药企的共识^[22]。这背后的重要原因便是医保基金作为战略购买者角色所发挥的引导作用。

（二）商业健康保险在规范中持续发展

2021年，保险行业的增速继续下滑，行业累计实现原保费收入4.49万亿元，同比下降0.79%。相较于寿险和财产险业务分别为-2.16%和-1.71%的增长率，健康险业务同比3.35%的增长幅度已经是非常亮眼的表现。在赔付端，2021年健康保险赔付支出4028.5亿元，同比增长37.9%，更是远超其他两大险种（寿险和财产险赔付支出的增长率分别为-4.7%和10.5%）；2021年健康险赔付支出占卫生总费用的比重为5.33%，较2020年的4.05%也有显著的增长。总体而言，健康险在减轻参保人经济负担方面发挥的作用有所加强。



*数据来源：国家统计局，艾社康整理

图 4 2009-2021 年我国三大险种保费增速 (单位：%)

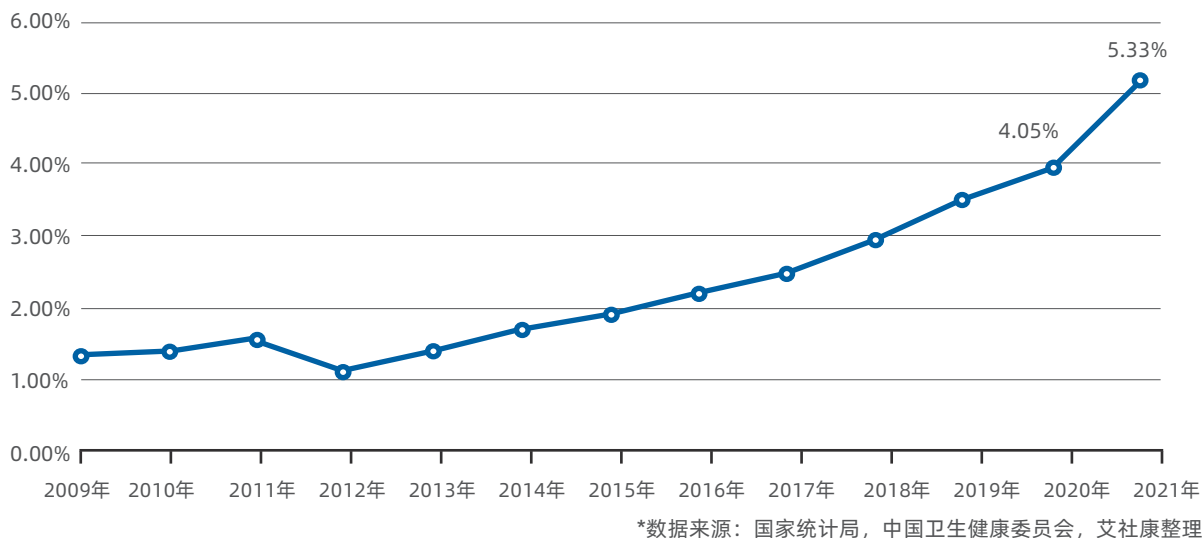


图 5 我国商业健康保险赔付支出在卫生总费用中的占比

尽管根据《健康保险管理办法》中的定义，我国的健康保险主要包括医疗保险、疾病保险、失能收入损失保险、护理保险以及医疗意外保险等，但医疗保险和疾病保险是目前市场上的主流健康保险产品。根据中国保险行业协会产品库中的数据，我国在售的健康险产品共有 5402 款，其中疾病保险 2127 款，医疗保险 3108 款，相比之下，其他几种健康保险的产品数量极为有限，护理保险有 116 款，失能收入损失保险和医疗意外保险分别仅有 29 款和 22 款。

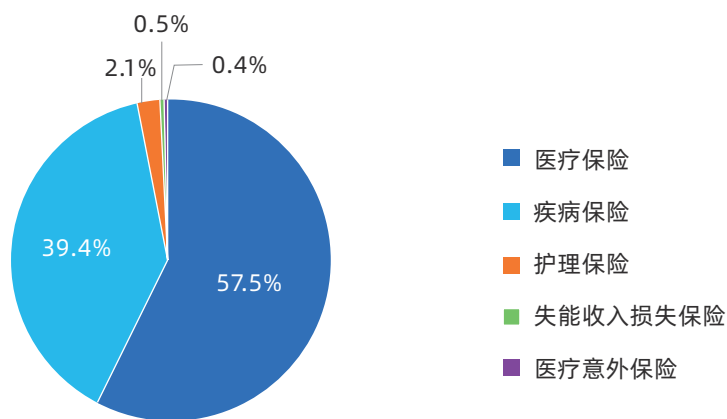


图 6 我国商业健康保险产品构成

在健康保险的保费构成上，疾病保险和医疗保险几乎构成了我国商业健康保险市场的全部。根据 BCG 报告数据，2019 年疾病保险和医疗保险分别占据了健康险保费 64% 和 35% 份额，护理保险和失能收入损失保险

合计占比约 1%^[23]。而在疾病保险中又以重大疾病保险（简称“重疾险”）为主要险种，已经占据我国商业健康保险主力产品的位置多年，在整个健康险保费中占比一度超过 60%。放眼 2021 年，根据中国银保监会数据，我国重疾险保费收入为 4574.6 亿元，占整个商业健康保险市场规模的 54.2%，显然我国商业健康保险的市场仍然以重疾险为主，但自 2017 年以来，重疾险保费增速已经出现了“五连降”。受到《重大疾病保险的疾病定义使用规范（2020 年修订版）》对重疾新定义的影响，在 2021 年 1 月新旧重疾定义切换之前，市场上出现了一波突击销售旧定义重疾险的现象，提前透支了一部分重疾险客户资源。新定义实施后，代理人的知识储备和销售技能都需要更新以适应新的要求，而疫情对保险代理人增员甚至留存都产生了极大的影响，造成代理人大量流失，销售的渠道受限自然会对重疾险这一最常规的产品产生更加显著的影响，以至于在整个 2021 年，重疾险保费首次出现负增长。

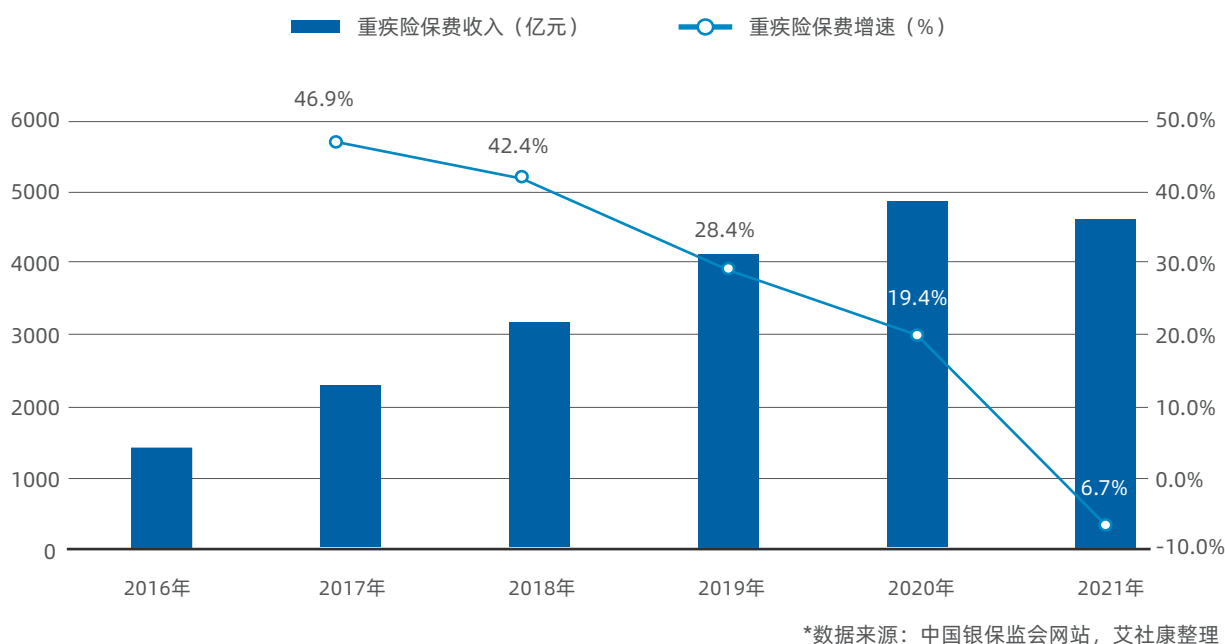


图 7 2016-2021 年重疾险保费收入及增速

但 2021 年的重疾险领域也并非单纯地被动接受来自疫情、互联网普及等因素的冲击，各保险公司也在产品责任设计和产品结构设计中主动地寻找突破。例如普遍将中症责任作为产品的标配，同时提供包括失能、护理、高费用重疾、地区性疾病等在内的各类额外保障责任；或是更多地开发提供多次给付责任的重疾险产品；亦或是将各种额外保障责任以附加险模块的方式为每个客户进行定制^[24]。

从保险的属性来看，重疾险的寿险属性较强，尤其是涵盖死亡风险的重疾险有明显的储蓄特征，使得重疾险的件均保费较高，保障额度相对较低。同时相较于疾病保险一次性赔付（目前部分重疾险产品提供多次赔付）的特点，医疗保险可以在保障期间与客户发生多次连接和互动，并且随着保险公司越来越注重医疗生态圈的建设，经营健康险的公司都希望从单纯的“健康风险的接受方和支付方”向“健康风险的管理方”角色转变，因此在医疗险的发展上投入了更多的精力，而医疗险也成为近年来发展迅速、创新频出的险种。

1. 长期医疗保险

由于医疗通胀的存在，而保险公司在保证续保期间不能拒保或调价，从而需要承担较大的经营风险，因此长期医疗保险的发展一直受到很大的制约。随着 2020 年银保监会印发《关于长期医疗保险产品费率调整有关问题的通知》，开始有保险公司试水费率可调整的长期健康保险。当年共有 9 款产品上市，根据保证续保的期间划分，有 10 年、15 年、20 年以及终身四种类型。2021 年，尽管费率可调整的长期健康保险仍然集中在少数几个保险公司中，但新产品的数量有所增加，共有 12 款新产品上市，且出现了针对未成年人设计的产品，保证续保的期间也从 15 年起步。2022 年上半年更是有 7 款产品上市，呈现出热度持续上升的趋势。

另根据中国保险行业协会发布的《2020 年度及 2021 年一季度商业健康保险发展形势调研报告》，在长期费率可调整医疗险监管规定出台后，2021 年一季度长期医疗险新单保费增长迅速^[25]。

表 4 费率可调整的长期医疗险产品

保险公司	上市时间	产品名称	保证续保期间	投保年龄	保障责任
人保健康	2020 年 5 月	悠长保互联网癌症医疗保险	终身	0-70 岁	癌症住院医疗 + 院外特药
太平洋人寿	2020 年 8 月	安享百万医疗保险	15 年	0-65 岁	住院医疗 + ICU 津贴
平安健康	2020 年 9 月	e 生保长期个人住院医疗保险	20 年	0-55 岁	住院医疗 + 特定疾病
平安人寿	2020 年 9 月	e 生保长期医疗保险	20 年	0-55 岁	住院医疗
新华人寿	2020 年 9 月	康健华尊医疗保险	10 年	0-60 岁	住院医疗 + 特疾
新华人寿	2020 年 9 月	附加住院安心医疗保险	10 年	0-60 岁	住院医疗
平安健康	2020 年 11 月	i 康保长期个人癌症医疗保险	终身	0-70 岁	癌症住院医疗 + 院外特药
人保健康	2020 年 11 月	悠优保互联网医疗保险	20 年	0-60 岁	住院医疗 + 院外特药
平安健康	2020 年 12 月	长期个人癌症医疗保险	终身	0-70 岁	癌症住院医疗 + 院外特药
太平洋人寿	2021 年 2 月	安享宝贝少儿长期医疗保险	至 18 岁	0-12 岁	住院医疗 + 意外伤害门诊
中宏人寿	2021 年 2 月	附加百万无忧长期医疗保险	15 年	0-65 岁	住院医疗 + 特殊门诊 + 特疾 + ICU 津贴
泰康人寿	2021 年 3 月	泰享年年医疗保险	20 年	0-64 岁	住院医疗 + 特疾住院日额
人保健康	2021 年 4 月	青春启航互联网医疗保险	至 17 岁	0-17 岁	住院医疗 + 少儿特疾
人保寿险	2021 年 4 月	关爱百万长期医疗保险	20 年	0-55 岁	住院医疗

保险公司	上市时间	产品名称	保证续保期间	投保年龄	保障责任
人保寿险	2021 年 4 月	关爱百万（孝心版） 长期医疗保险	终身	0-70 岁	癌症住院医疗
泰康人寿	2021 年 5 月	附加医佳保恶性肿瘤医疗保险	终身	0-64 岁	癌症医疗 + 特药 + 癌症提前给付
泰康人寿	2021 年 5 月	健康尊享 2021 医疗保险	20 年	0-64 岁	健康尊享转保产品， 保障责任差异较大
泰康人寿	2021 年 5 月	悦享中华 2021 高端医疗保险	20 年	0-64 岁	住院医疗 + 普通门诊 + 特殊门诊
泰康人寿	2021 年 5 月	附加医佳保医疗保险	20 年	0-64 岁	住院医疗 + 癌症提前给付
太平洋健康	2021 年 10 月	个人长期医疗保险（互联网）	20 年	0-65 岁	普通住院医疗 + 特疾 + 重疾 + 院外特药（可选项）
太平洋人寿	2021 年 11 月	心安怡（长期版）医疗保险	10 年	0-65 岁	住院医疗 + 特殊门诊 + ICU 津贴
平安健康	2022 年 1 月	e 生保互联网长期医疗保险	20 年	0-55 岁	住院医疗 + 特定疾病
平安健康	2022 年 1 月	平安互联网长期癌症医疗保险	终身	0-70 岁	癌症住院医疗 + 院外特药
泰康人寿	2022 年 1 月	附加健康心享医疗保险	20 年	0-55 岁	住院医疗 + 特殊门诊 + 特疾
泰康人寿	2022 年 3 月	泰享年年互联网医疗保险	20 年	0-55 岁	住院医疗 + 特殊门诊 + 特疾住院津贴
人保健康	2022 年 4 月	青春无忧互联网医疗保险	至 17 岁	0-17 岁	住院医疗 + 少儿特疾
平安人寿	2022 年 4 月	附加 e 生保（尊享版） 长期医疗保险	20 年	0-55 岁	住院医疗 + 重疾 + 特定门 诊 + 重疾 / ICU 住院津贴
平安人寿	2022 年 5 月	e 无忧优享版长期医疗保险	10 年	0-60 岁	住院医疗 + 重疾 + 特定门 诊 + 重疾 / ICU 住院津贴

2. “惠民保”

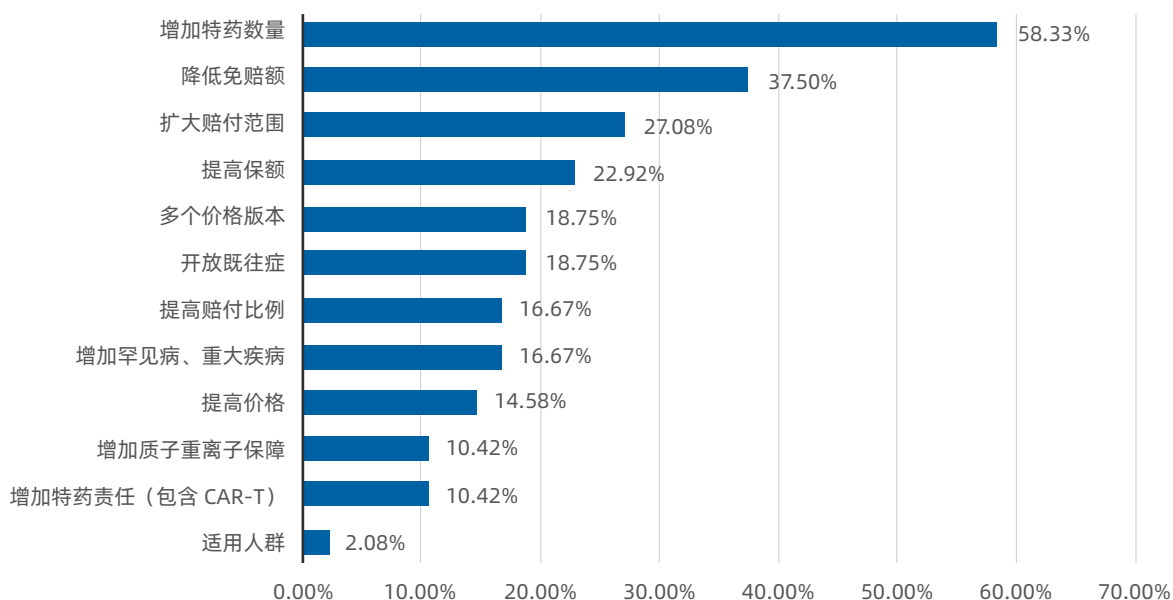
如果要推选近年来发展最迅速、关注度最高的保险产品，“惠民保”无疑是现象级的。凭借其投保门槛低、保费低、保额高、政府支持、与基本医保衔接等独特的优势，自 2020 年以来呈现出爆发式增长的势头。传统的健康保险对投保年龄、既往症等有诸多限制，一些以往由于年龄或既往症等因素被拒之门外的老年人和“带病体”，可以通过“惠民保”来增加一层保障；而对所有的参保人而言，用几十块钱的保费撬动上百万的保障杠杆，也是一个很具性价比的选择；对于保险公司而言，“惠民保”有效填补了大病保险、重疾险以及“百万医疗”不能触达的细分人群市场空白，带来了新客户的转化。各种因素的综合影响以及各个参与方的诉求得到一定程度的满足，共同推动了“惠民保”的高速扩张。

根据中再寿险和镁信健康联合发布的报告统计^[26]，截至 2021 年底，“惠民保”累计覆盖了全国 27 个省、直辖市以及 110 个地市，其中有 94 款产品在 2021 年上市，参保人数突破 1 亿，相较于 2020 年 4011 万的参保人数规模，增长率达到 152%；2021 年上市的“惠民保”项目在参保率上也较前一年有显著提升，从 4.2% 提高到 9.1%；参保率超过 10% 的项目占比从 2020 年的 29% 提高到 2021 年的 47%；政府的深入参与也使得更

多的城市开放了基本医保个人账户购买“惠民保”的权限。无论是城市覆盖面、项目参保率，还是政府参与度、保险公司积极性，在 2021 年都得到了进一步的提升。

随着大部分产品进入第二甚至第三个投保周期，各地的“惠民保”项目也在保障责任或附加服务方面进行了迭代升级。整体来看，2021 年之前的“惠民保”保障责任多以医保目录内医疗责任叠加特药责任为主，进入 2021 年后，保障责任更多地覆盖了医保目录外的医疗责任，特药责任仍然保留甚至进一步扩展了特药目录。针对参保人因既往症而发生的医疗费用是否可以获赔，各地的“惠民保”有不同的处理方式，2021 年后，对既往症既可保也可赔成为了比较普遍的一种模式。

总体来看，“惠民保”在 2021 年的发展更加趋于成熟和规范，并且在保障责任方面也较 2020 年有了进一步的提升。



*数据来源：中再寿险、镁信健康，《中国惠民保业务发展与展望系列研究报告——2022惠民保可持续发展趋势洞察》

图 8 2021 年“惠民保”产品升级迭代分类占比

3. 特药险

2018 年的一部电影将全社会的目光吸引到了肿瘤患者群体身上，用药难、买药贵是长期困扰众多肿瘤患者的一个问题，而且由于创新药在中国的上市时间通常晚于全球，一部分患者还面临无药可用的难题。为了解决这部分人群的用药保障问题，“特药险”这一细分产品应运而生，对一些治疗重特大疾病所需的高价、高值药品提供费用报销，主要包括治疗癌症、罕见病等所需的靶向药物、免疫药物等。但所谓的“特药险”并不是一种官方定义，只是行业内对于这一类为医保目录外的特药提供保障的保险产品的约定俗成的称呼。

2020 年后，特药险搭上了“惠民保”的顺风车，开始在全国各地迅速铺开。加之海南自由贸易港博鳌乐城国际医疗旅游先行区在快速引进临床急需的海外创新药械方面拥有的政策优势，将数十种还未在国内获批上市的

特药引入先行区，使得特药险可以覆盖的药品种类进一步丰富。2021 年海南乐城发布的海外特药清单中就包括了 75 种尚未在国内上市的特药，主要集中在肺癌、乳腺癌、白血病、黑色素瘤、多发性骨髓瘤等疾病领域。

特药险与“惠民保”事实上形成了一种相互促进的关系，一方面，设置特药目录、提供特药保障成为“惠民保”的一个重要特征和创新突破之处，根据新浪健康保险研究院统计，截至 2021 年底，全国 157 款惠民保产品中包有 127 款包含特药保障和特药目录，比例超过 80%^[27]。另一方面，特药险也随着“惠民保”的普及逐渐实现了自身配套服务的完善，除了提供药品本身以及相应的药品费用报销外，还整合了用药指导、用药跟踪以及药品配送等一系列药品服务。

4. 专病险

与特药险类似，专病险也不是一个官方定义的险种，而是行业内对于为特定疾病带病人群或高风险人群提供保障的保险产品的统称。2018 年，平安人寿针对血糖异常的人群推出了专项保险产品“糖保保”，之后陆续有其他专病险上市。一直以来，带病人群都面临保障不足的问题，他们有着强烈的保障意愿，却由于种种原因无法获得额外的保障。而另一方面随着社会人口老龄化的加剧、慢性病发病人群的年轻化，保险公司也迫切地需要在高风险人群中获取增量市场。

进入 2021 年后，更多的保险公司加入了专病领域，将目光聚焦到各种常见慢性病的患病人群或高风险人群。例如慢性肾脏病轻症患者可投保的住院医疗保险、专门针对亚健康人群的重疾险、针对乳腺癌患者复发进行保障的医疗险等。众安保险更是针对糖尿病、高血压、甲状腺疾病、乳腺疾病、肝病、肾病人群，累计推出 42 个慢性病相关的产品。此外，专病险的保障也在持续的创新和升级。以女性患病率最高的癌症——乳腺癌为例，随着医学技术的发展，乳腺癌的生存率有了极大的提高，但乳腺癌仍然有着较高的复发率，且一旦复发往往就面临更复杂的治疗以及更加高昂的费用。从 2018 年底开始，陆续有保险公司开始为患有乳腺癌的女性定制专属的保障，购买相应保险产品的患者，未来一旦发生复发或者转移，就可通过保险公司获得医疗费用的补偿或者定额的理赔金。2021 年，受益于海外特药的引入，让乳腺癌专病险保障范围有了进一步的突破。

与专病险有关的另一个发展趋势是保险产品中更多地附加了健康管理服务。如平安人寿推出的“臻享 run”服务，从“预防”入手，将风险的管理前置。类似的，众安保险也联合阿里健康等推出了面向乙肝患者的慢病保障计划；友邦人寿针对患有“三高、糖尿病、甲状腺疾病、乳腺疾病”等慢性疾病的老年人群，推出了《友邦智选康惠慢病版医疗保险》，同时配合该产品还推出相应的健康管理服务，提供包含“入组管理、日常咨询、问卷追踪、治疗康复”等在内的慢性病管理服务。

(三) 慈善捐赠医疗互助努力成为补充

相较于其他保障形式，慈善捐赠和医疗互助在规模、体量上与基本医疗保险以及商业健康保险还有不小的差距，但作为我国多层次医疗保障体系的一个补充形式，慈善捐赠也在持续的发展之中，努力发挥其应有的作用。近年来，我国的社会捐赠总量稳定在千亿元以上，社会组织总量和慈善捐赠总量均持续增长，从捐赠意向来看，医疗救助及健康帮扶是我国慈善捐赠的主要方向之一^[28]。

据中国慈善信息平台数据，2021 年我国共有 10098 家符合条件的慈善组织，2482 家具有公开募捐资格，

第二章 2021 年多层次医疗保障体系发展回顾

其中，开展医疗救助、医疗服务、药品器械捐赠是医疗类慈善组织的活动重点^[29]。

另据中国公益研究院的报道，2021 年的 99 公益日期间，疾病救助领域项目共获得超过 10 亿元企业和公众捐款；近三年，200 余家慈善组织年均募集资金及药品总额超过 300 亿元，水滴筹、轻松筹等个人大病筹款平台年均筹款总额均超过 100 亿元^[30]。慈善救助和医疗互助正在成为我国多层次医疗保障体系的有效补充。

（四）多方参与积极性得到进一步提升

受到政策的鼓励以及近几年健康保险尤其是“惠民保”迅猛发展的影响，各方对于参与多层次医疗保障体系建设的积极性也在持续地提升^[31]。各个专业类别的商业保险公司，包括人身险公司、财产险公司、健康险公司以及养老险公司，都在积极地投身于多层次医疗保障体系的发展和完善中。更重要的是，除了保险公司以外，保险科技公司、互联网平台企业、医疗大数据公司、保险运营平台、特药服务商、健康管理服务商等众多的第三方服务公司（TPA）也在不断地涌入。据统计，2021 年参与到“惠民保”领域的第三方服务公司共有 58 家，2020 年这一数字则为 37 家^[26]。除此之外，不少药企也成立了创新支付部门，或是商保准入部门，通过与商业保险公司或者第三方保险平台合作，探索解决创新药可及性和可支付性的新思路，围绕某些特定的疾病或某个特定的药品探索创新支付的模式，更加深入地参与到多层次医疗保障体系的建设当中。

为了推进行业高质量发展，2021 年还有一项具有深远意义的工作在各方的参与下有序推进。4 月，中国保险行业协会牵头中国卫生信息与健康医疗大数据学会、中国医药卫生文化协会，启动了《商业健康保险目录的标准制定与长期发展》课题研究，旨在通过理论研究，为后续商保目录的落地实践奠定基础。在研究过程中，国内保险、医疗、医药等领域的诸多学术专家，以及保险、医疗、医药、第三方服务等领域的产业专家都深度参与，为课题研究输出了行业观点，逐步形成了价值共识。

第三章 |

多层次医疗保障体系

发展面临的问题

第三章 多层次医疗保障体系发展面临的问题

从多层次医疗保障体系概念的提出到建设目标的明确，期间经过了二十余年，在此过程中，我国建立了庞大的医疗保障网络，明确了全民医保目标下的多层次医疗保障体系框架。基本医保的战略购买作用不断强化，商业健康保险的保障作用持续优化，慈善捐赠医疗互助等制度的发展也在有序推进，多层次医疗保障体系的民生保障作用日益凸显，同时与医疗、医药行业的连接互动也日渐频繁。但展望 2030 年的远景目标，我们距离真正建成“覆盖全民、城乡统筹、权责清晰、保障适度、可持续的多层次医疗保障体系”尚有很长的路要走，当前在多层次医疗保障体系建设发展的过程中还面临不少问题。

一、保障能力仍有短板，不充分不平衡发展问题凸显供需矛盾

经过一系列自下而上的改革试点和自上而下的政策试验，我国逐渐走出了一条具有中国特色的医疗保障体系改革道路，以基本医疗保险为主体，医疗救助为托底，补充医疗保险、商业健康保险、慈善捐赠、医疗互助等共同发展的多层次医疗保障制度框架基本形成。但在探索性、渐进性的改革进程中，由于医疗保障领域在一定程度上存在改革路径缺乏统筹考虑、行政管理体制分割、法制化程度不足以及城乡间、地区间发展状况不平衡等问题，造成了医保统筹层次较低、筹资责任失衡以及区域间、群体间存在待遇差异等显性挑战，这些问题凸显出人民日益增长的健康保障需求与不平衡、不充分的医疗保障体系之间的矛盾，也仍然在很大程度上制约着当前多层次医疗保障体系的优化完善。

（一）基本医疗保险仍然存在制度性不足

群体分割和区域分割现象明显，基本医疗保险的统一性和公平性仍有待提高。首先，尽管目前城镇和农村居民医疗保险制度已经实现两保合一，但职工和居民医保在筹资水平、保障待遇、给付标准上仍然分列设置。其次，统筹层次较低导致医疗保险基金在区域之间的调剂平衡、互助共济功能难以有效发挥，导致了不同地区之间医保基金余缺的两极分化，造成了资源闲置和浪费，资源配置效率较低。

筹资责任分担失衡，现行制度安排重政府与用人单位而轻个人，重平均而轻公平。在当前我国基本医疗保险的筹资结构设计中，不断提高政府和用人单位的缴费比例，一定程度上模糊了风险分担主体之间的责任承担预期，存在一定的泛福利化倾向，既不利于个人健康责任意识的养成，也不利于医保基金的良性可持续运行。同时，目前采取的按人头实行定额且等额缴费制，未能将缴费义务与参保人收入挂钩，忽略了医保缴费对不同收入水平家庭带来的负担，长期而言将使得基金筹集规模受限，基本医疗保险的公平性原则实际上受到损害。

（二）医疗救助的托底保障功能发挥有限

首先，医疗救助同样存在制度碎片化、统筹层次低的问题。由于医疗救助制度框架本身是由各地区在结合群众救助需要和财政支付能力的情况下自行探索确定，因此统筹层次往往集中在市或县（区）一级，这就导致了地区之间在界定救助对象、确定救助水平、费用保障范围、救助待遇标准、补偿模式等多个方面存在差异，不利于医疗救助获得的公平性和资金筹集的可持续性。这不仅影响医疗救助托底保障功能的正常发挥，更不利于针对医疗救助对象的动态管理、风险研判和费用监测。

其次，医疗救助筹资和保障水平仍然较低。投入力度不足导致的供需矛盾已经成为当前医疗救助工作开展面临的首要问题。现阶段医疗救助资金仍然主要依靠中央及省级财政投入，筹资渠道单一、社会筹资力度弱，

资金总量不足，在扩大救助对象和救助病种范围的要求下，可能难以满足困难人群的就医费用负担。而在我国实现脱贫攻坚战的决定性胜利以后，如果健康扶贫的相关政策无法得到有效衔接和延续，将面临明显的因病致贫和因病返贫压力。

再次，医疗救助与补充性保障间衔接配合不足。尽管目前慈善组织和其他社会组织已经推出了一系列针对罕见病人群的阳光救助项目，但政策面鼓励慈善救助参与医疗救助保障的激励机制仍然不足，对于社会面慈善帮扶和志愿服务的资源整合能力也有所欠缺。由于项目资金独立运行，商业健康保险和平台医疗互助与医疗救助制度本身仍然难以有效衔接，资金使用效率和救助水平仍然需要进一步优化提升。

（三）商业健康保险保障水平和保障能力存在局限

首先，增速快但规模有限，健康险市场仍未成熟。根据银保监会数据，我国健康险密度（人均保险费用，反映某地国民参与保险的程度）由2011年的51.3元/人增长至2021年的598.0元/人，健康险深度（某地保费收入与国内生产总值GDP之比，反映保险业在国民经济体系中的地位），则由2011年的0.14%增长至2021年的0.74%，尽管行业增速和发展前景可观，但也要意识到我国商业健康保险市场总体仍处于规模小、空间大的瓶颈期，健康险密度指标相较于保险市场较发达的日本、德国等差距明显，从健康险行业规模占比来看，我国健康险保费占总保费比重为18%，而美国占到了40%，我国商业健康保险覆盖范围和保障层次均未能与我国日益增长的群众健康需求相匹配^[32]。

其次，赔付支出水平较低，较发达国家仍有差距。统计数据显示，2021年我国健康险赔付支出为4029亿元，占全国卫生总费用比重约为5.3%。这一水平相较OECD国家仍存在一定差距，如德国、加拿大、法国的健康险赔付支出占比均在10%以上，美国则高达37%。从健康险赔付支出与保费收入的比值来看，2021年我国商业健康险综合赔付率约为47.7%，但从国际水平来看，德国商业健康险整体赔付率大约在85%左右，美国公共医疗保障中Medicare Advantage计划则将赔付率标准定为不低于85%，皆远高于我国赔付率水平。

再次，商业健康保险仍然普遍采用后付制，易产生诱导需求。按服务项目付费的后付制作为一种传统的医疗费用结算方式，医疗服务机构不需要承担治疗疾病的成本风险，参保者也没有主动要求医疗机构控制医疗费用的动力，容易产生供给方诱导需求现象，导致医疗服务机构的过度医疗行为，从而造成医疗费用的不合理增长，实际上加重了参保人负担，不利于健康保险的可持续运行。

（四）其他补充性医疗保障运行机制尚未成熟

首先，职工医疗互助和网络互助作为多层次医疗保障体系的有益延伸，仍然缺乏顶层设计和发展规范。近年来医疗互助项目逐渐引发社会关注，特别是基于互联网的网络互助、大病网络众筹等由于参与成本低、投保门槛低等因素获得快速发展，但在实际运行过程中，仍然缺乏对其业务边界进行界定的相关法律和监管政策，经营模式的非规范性导致了吸纳资金的行为和资金滞留等问题，传统的监管方式则难以适应线上化需求。同时，不同网络互助项目的筹资、支付和待遇保障标准均有差异，没有形成明显的风险分担和化解机制，难以解决逆向选择问题。

其次，以慈善组织为主体的医疗捐助机制缺乏规范化，慈善主体的救助定位尚未明确。目前来看，慈善组

织能够从救助范围上更多关注特殊困难人群,从救助水平上能够更多纳入基本保障有限的重特大疾病、罕见病等,从健康保障需求出发提供相应救助保障,而由于我国慈善组织组织管理机制仍不完善、项目信息公开尚不透明等原因,导致群众对捐助主体的信任程度不足,同时筹资渠道资源有限、持续保障力度有限等问题,也在限制我国慈善医疗捐助发挥应有保障作用。

二、商业健康保险产品有待优化,供给侧亟需创新实践

(一) 多元化产品链条尚未形成,产品数量众多但同质化严重

从商业健康险市场产品结构来看,目前医疗险和疾病险仍然为健康险主要产品,其中重疾险和百万医疗险占比达到99%,而护理险、失能收入险产品保费收入占比较低。由于目前保险公司普遍缺乏与医疗服务体系深度融合、精细化风险管控、精准捕捉细分客户需求等核心能力,导致其从源头上难以开发出激发市场需求的产品,与日趋增长的群众多样化健康需求产生错配。而由于产品趋于同质化,激烈的同类型产品竞争也导致商业健康保险公司陷入价格战而非价值战,不利于形成良好的市场创新氛围。

导致产品同质化的原因很多,包括数据获取难度大导致产品设计难、对医疗行为风险控制能力较弱等客观原因,也包括行业自身并未形成良性的创新和竞争生态等主观原因^[33]。当前健康险产品不仅保障范围、保障对象高度相似,很多产品还都设置了较高的免赔额和一定的自付比例,以减少理赔。在产品同质化竞争的情况下,若要追求利润只能压缩理赔空间。

(二) 健康保障范围有待扩大,缺乏高风险人群保障及长期保障

首先,针对带病人群、老龄人群的高风险保障产品匮乏。目前市场上现存的疾病险产品通常不允许既往症投保,大多数产品也将投保年龄上限为50-55岁。企业补充医疗险虽然允许既往症投保,但通常仅为在职员工投保。个人医疗险以个人购买为主,大部分不允许既往症投保且设置年龄上限。因此,最需要得到保障的高风险人群如老年人、带病体以及亚健康人群(如肥胖、生理功能减退等)很难参保健康险且得到理赔。而个人参保人群主体为健康人及年轻人而非切实需要保障的高风险人群,因而实际赔付率较低,商业健康保险应有的风险共担机制实际上尚有缺口。

其次,针对慢性病、重病的长期保险产品匮乏。目前我国除老年人高发的恶性肿瘤外,慢性疾病也是老年高危人群的保障“空白区”,目前约有2.6亿老龄慢病人群难以得到商业保险保障,尽管高龄人群对健康管理和医疗服务、医疗和重大疾病保障和失能护理保障等都表现出较大需求,但目前市场上可供选择的保险产品均存在投保年龄受限、保障周期短、专属产品不足等问题^[34]。根据麦肯锡提供的数据,2020年全年的长期医疗险整体保费规模仅约28.2亿元,仍处于市场探索阶段^[35]。实际上,就重疾险而言,身患重疾的患者需要接受长期的治疗,如果无法在确诊并获得赔付后获得续约或获得后续健康管理支持,患者将难以承担长期的医疗费用重压。

再次,针对基本医保目录范围外的保障产品匮乏。目前市场上的商业健康保险产品保障范围大多数仍然仅针对医保目录内药品,目录外药品保障部分仅占总健康险赔付额的5%左右^[36]。包括惠民保在内的衔接基本医保的保险产品目前也未满足消费者在基本医保范围以外的诸如创新药品、创新医用耗材与治疗方式等需求。

（三）部分健康险种参与不足，健康管理服务融合模式尚未成熟

首先，商业长期护理保险、税收优惠型商业健康保险等健康险种发展缓慢，政策端激励不足，行业端未能清晰掌握产品逻辑。从长期护理保险的商保参与来看，由于经验数据积累不足、个体预期寿命增长提升赔付额度、民众参保认知不足，商业长期护理保险合理定价的难度客观存在，这也抑制了保险公司开发产品的积极性；同时服务链条长带来的专业营销能力需求，以及失能等级评估认定缺乏共识等问题，也是此类产品销售和理赔的重难点。从税收优惠型商业健康保险的发展来看^[37]，税收相关政策过于笼统，未能形成针对性的优惠力度，导致产品吸引力不高；同时行业主体未能开发出既具有盈利能力，又能有效衔接和补充基本医疗保障的税优健康保险产品，目前在售产品也同样存在投保流程过于繁琐、产品同质化严重等问题。

其次，商业健康保险与健康管理服务融合是老龄化背景下需求驱动和风险控制的必然路径，但融合模式的探索仍然面临诸多问题。尽管目前行业已出现一些参考案例，但由于健康管理在现阶段商业健康保险领域中仍受功能定位不清晰、缺乏政策引导、专业化程度不高等因素影响，其健康保障价值未能充分体现。保险公司与健康管理主体提供联动服务的过程中，也面临服务割裂的问题，难以对患者进行事前预防干预、事中诊断治疗以及事后用药康复全流程一体化的管理。从已有的保险公司与健康管理公司或药企合作的经验来看，保险公司由于难以掌握客户资源从而缺乏话语权，与合作主体难以形成利益共同体，盈利途径并不清晰。从保险公司与医院合作的经验来看，同样未能实现有效地介入对健康管理的管理。从保险公司自建医疗机构的经验来看，可能会因重资产模式导致保险业务拓展受影响，面临更高的经营风险和成本压力。

（四）健康险营销亟需转型升级，专业化经营水平面临挑战

代理人渠道作为我国商业健康保险目前主要的营销渠道，是一种通过接续发展新代理人实现保费收入规模倍增的传统方式。但在这种经营模式下，保险公司承担较高管理成本并支付较高佣金，而代理人受业绩考核压力、服务专业性欠缺等因素影响着极高的人员流动性，对保险公司成本控制和长期服务造成影响。以销售驱动为主的健康险运营模式依然显著，这与商业健康险的产品设计合理性、获客成本、核保理赔风险、与相关产业的联动等因素有关，从而导致了商业健康险行业整体陷入低价竞争、理赔率低但成本高的不利局面。

与传统寿险相比，商业健康保险具有保障期较短、出险认定专业性强、事故发生率和赔付率较高等鲜明特点。这些特点决定了商业健康保险需要更加专业化的经营模式、人才队伍和信息化建设标准，但目前我国的专业健康保险公司在业务开展方面并未体现出与财产险、寿险公司的明显差异，健康险业务的运营还未形成与其特征相契合的经营模式，这使得其经营成本的管控效果欠佳，在客户体验方面缺乏有针对性的设计，并不利于经营效率的提升。

三、产业协同基础薄弱，医险联动有赖行业生态环境改善

（一）数据共享机制和标准不完善，难以发挥联动效能

数据联通不足、数据共享有限、数据治理难以落实是商业健康保险发展面临的核心痛点。在业务进展过程中，我国商业健康保险行业并未树立对数据应用价值的充分认可。从基础设施建设来看，医院、医保和商保数据具有各自孤立的数据收集与汇总平台，形成明显的“数据烟囱”和数据孤岛，行为数据、信用数据并未纳入统一的数

据采集和共享平台，且历史数据记录不规范导致以往业务信息缺失，难以形成完整、系统、可追溯的资料系统。而在数据联通共享机制建设方面，保险公司和医疗机构基本依赖于自己的单方数据库，既没有数据资产的分级分类和标准匹配方案，也没有在产生数据交互需求时形成协同的职责流程，数据价值难以得到有效体现。同时，健康领域数据往往涉及个人隐私情况，确有其特殊性和敏感性，如何在保证数据安全的前提下发挥健康数据和保险数据的交互效能，依然需要进一步探索和尝试。

（二）医疗机构合作意愿和动力不足，商保介入存在壁垒

在我国医疗卫生服务体系以公立医院为主体的背景下，公立医院往往具有更高的议价能力和优势地位，商业健康保险与医疗机构的合作往往有赖于医疗机构一方的合作意愿，一部分医院为了保证程序合规和结果正当，在没有明确政策推动的情况下为规避可能出现的风险尽量减少合作。即使医院具有合作意愿，商保公司也往往处于信息不对称的劣势地位，难以监督和约束医院因诱导需求而出现的过度医疗可能性。因此总体来看，商业健康保险主体仍然无法和医院形成“风险共担、利益共享”的合作共同体。



第四章 |

多层次医疗保障体系创新发展案例

尽管多层次医疗保障体系的发展还不完善，我们仍然面临诸多的问题和挑战，但也正是在应对挑战的过程中，在政策的引导下，市场端涌现了一系列多元化、多样性的健康保险产品和服务，这些创新的实践或是在筹资渠道、或是在待遇保障、亦或是在支付机制方面进行了一些探索尝试。并且，随着医疗保障在“三医联动”中的杠杆作用日益突出，医保、商保之间的界限逐渐明确，多层次医疗保障体系建设的参与方已经不再局限于保险公司和慈善机构，第三方服务商、医药企业也在积极地进行创新的尝试。本案例集就从产品形式、服务赋能以及支付方案三个维度梳理了2021-2022年期间出现的有一定代表性的案例。

一、聚力惠民：产品形式创新案例

（一）海南乐城特药险

1. 案例概述

2019年4月，海南省人民政府印发了《海南博鳌乐城国际医疗旅游先行区临床急需进口药品管理暂行规定》，规定先行区特定医疗机构可以使用已在国外上市但未在国内注册的药品（不包括疫苗等实施特殊管理的药品），极大地提高了创新药在国内的可获得性，但高昂的价格给患者带来较大的经济负担，影响着药品的可及性。

2020年8月2日，乐城先行区推出了我国第一款省级定制的普惠型全球特药保险，面向海南省基本医保参保人提供特药保障；同年11月11日，又推出乐城全球特药险（全国版），将可投保人群扩展至全国。

2021年8月2日，乐城全球特药险2021版上市，在2020年的基础上，对药品清单、可保人群、保障责任和健康服务等方面进行了迭代升级，惠及更多患者。

2. 模式创新

2.1. 拓展多方参与的筹资渠道

乐城特药险可以通过个人或团体方式进行投保，但相较于部分惠民保产品可通过个人账户购买，乐城特药险的筹资渠道相对独立和单一，不通过医保统筹基金或个人账户筹资，更接近纯商业健康保险。

除资金筹集之外，乐城特药险引入了慈善基金，通过慈善基金会授捐药品实物，特药险的患者出险后可申请使用授捐药物。在乐城特药险上市初期即有十余家企业参与了药械捐赠。

2.2. 因势利导实现保障扩围

与其他特药险类似，乐城特药险针对恶性肿瘤及罕见病等特种药品提供保障，并不设免赔额。被保险人可享受年度特种药品费用保险金最高100万元，在规定范围内给予100%赔付，并保障确诊后1年内的用药。2021年版的乐城特药险还在带病投保方面有所突破，对于既往症也提供一定比例的赔付。乐城特药险还为参保人提供首次挂号免费、首次用药基因检测以及慈善用药申请等服务。

乐城特药险是我国第一款省级定制的普惠型全球特药保险，相较于市场上已有的特药险，其最大的创新之处在于充分利用了自贸港的特殊政策，在保障的药品清单上实现了突破：2020年版的乐城特药险覆盖了49种

未在我国境内上市或超出境内适应症用药范围的创新药以及 21 种国内医保目录外特药，覆盖常见的 35 种癌症；2021 年版在此基础上进一步扩展至 75 种海外特药和 25 种国内医保目录外特药，覆盖 42 种癌症及罕见病，此外还提供 10 种海外医疗器械保障以及 12 项健康管理服务。

2.3. 多维服务模式助力患者健康

不同于传统的医疗保险，特药险不是提供直接的费用补偿，而是为参保人提供包括药品本身以及用药指导、药品配送等在内的一系列药品服务。

通过成立患者服务中心，乐城特药险为患者提供看病、咨询、随访、投诉处理服务一站式管理服务。参保人可在线申请预约就医，经诊断符合用药条件的，即可合法使用在国内未上市的海外特药。针对保单内所覆盖的已上市的国内特药，投保用户也能够享受极速理赔、直营药房药品直赔等服务。

乐城特药在支付方面还引入了商保支付平台，为患者用药提供分期支付方案，使用全球创新药械的患者，可以通过博鳌乐城创新商保支付平台申请免息金融分期服务，最高一年可获得 70 万元的免息金融分期服务。

3. 实践效果

3.1. 完善了“医保+商保”多层次保障体系

乐城特药险的保障范围是医保不予报销的特许药品费用，完全是对基本医疗保险的补充，并且通过提供全球创新药械服务，保障了基本医疗服务之上的个性化医疗需求。

3.2. 发挥政策优势为广泛的人群提供保障

通过推出“乐城版”和“全国版”两个版本的特药险产品，乐城特药险一方面为海南省内的参保人提供了具有普惠性质的特药保障，满足当地居民的医疗保障需求，2020 年海南省内参保人数超过 75.2 万人；另一方面通过差异化的定价，实现了未在中国境内上市的抗癌新药对全国范围内参保人的可及，全国范围内的参保人数超过 170 万人（2020 年）。

除此之外，乐城特药险还与其他省市推出的惠民保合作，进一步提升了清单内创新药品在其他地区的可及性。据不完全统计，目前已有北京、山西、湖南、河北、湖北随州、甘肃兰州等省市将乐城特药纳入当地惠民保的保障范围。

3.3. 创新探索为行业发展积累宝贵经验

乐城特药险在产品的定价、药品目录创新、以及药品使用和监管方面都有一定的创新探索，有助于推动保险及医药行业的创新发展。在保险产品定价方面，乐城特药险改变了传统健康保险单一依赖“疾病发生率”的定价方式，综合考虑出险及理赔情况、疾病发生率、特药使用率、特药适应症、瘤种治疗过程中分期进展情况、药品价格和剂量、特药适配性、特药易得性、临床治疗有效性、特药配送效率等多因素集成定价。借助于先行区的保险综合服务平台，将患者就医用药的真实世界数据反馈药企，为其提供真实的药效数据，助力创新药械的临床评价与监管决策。

（二）广州市“穗岁康”商业补充健康保险

1. 案例概述

广州市医保局于2020年12月试点推出2021版“穗岁康”商业补充健康保险，由政府部门深度参与，对参保范围、保障水平和保费标准进行统一限定，符合投保条件的参保人在投保和理赔时均不受年龄和既往症的限制。“穗岁康”重点对医保目录范围外的自费医疗费用以及医保目录范围内的个人自付费用予以保障，并通过与医保系统的对接实现商保和医保的一站式结算。

2022年“穗岁康”商业补充健康保险又在投保方式、参保人群、待遇保障等方面进一步创新升级。

2. 模式创新

2.1. 依托团险及公益筹资契合人群健康保障需求

“穗岁康”的筹资渠道以个人支付为主，由个人通过互联网渠道进行购买，城镇职工基本医保参保人可使用个人账户资金为本人及直系亲属缴纳保费，在一定程度上减轻了个人现金支付的压力，同时也提高了个人购买的意愿。2022年“穗岁康”又新增了团体投保方式，用人单位可为员工投保，各类社会团体也可通过接受捐赠或自筹资金等方式，为属于“穗岁康”适用人群的人员投保交费。

广州市慈善会、广东省扶贫基金会与腾讯公益慈善基金会就针对广州市户籍的低保人员、低收入困难家庭成员以及特困人员等困难群体推出“穗岁康爱心保公益计划”，通过慈善捐赠的方式为经济困难的人群投保，这也体现了商业健康保险与慈善捐赠之间协同的探索尝试。

2.2. 覆盖范围和保障水平更加凸显普惠性

在首年推出之时，“穗岁康”针对的参保人群限定为广州市基本医保参保人，这与其他惠民保产品的保障人群相同。2022年版“穗岁康”则适当地扩大了覆盖人群范围，新增三类可投保人群，减少了户籍和医保的限制，基本实现了对当地常住居民的全覆盖。

作为一款定位于与医保衔接的普惠型商业补充健康保险，“穗岁康”重点保障医保目录范围外的自费医疗费用和医保目录范围内的个人自付费用，针对自费药品的报销不限制病种范围、不限制药品品种。2022年度“穗岁康”适度降低了不同补偿项目的免赔额，提升了保障水平。免赔额的降低，预计会新增待遇享受人员约2万人。

“穗岁康”在待遇保障方面的新颖之处在于新增了特殊人员优待政策，对符合一定条件的精神分裂症患者使用长效针剂的个人负担部分予以100%报销，取消免赔额和封顶线；对于认定为本市行政区域内的见义勇为

注：2022年“穗岁康”新增的三类可投保人群：

- ① 本市户籍人员，不受医保的限制，如随子女将户口迁至本市的老人、本市户籍在外地上学和工作的人员等；
- ② 在本市办理并持有《广东省居住证》连续满2年的人员，不受户籍和医保的限制；
- ③ 经本市有关部门认定在本市行政区域内见义勇为的人员，不受户籍、医保和居住证的限制。

人员，因见义勇为遭受人身伤害而发生的合规医疗费用予以 100% 报销，并且不设免赔额，年度最高支付限额 10 万元。

2.3. 实现与基本医保相衔接的“一站式”结算

“穗岁康”的经办服务实现了与医保的有效衔接，费用结算则实现了与基本医疗保险的“一站式”结算。参保人在定点医疗机构发生的住院、门急诊治疗费用，通过医保信息系统结算后，符合“穗岁康”理赔条件的医疗费用可同步结算，避免了患者垫付带来的现金压力。

3. 实践效果

3.1. 有效扩大保障惠及面

上线首年，“穗岁康”投保人数达到 367 万人，占广州市基本医保参保人数的 28.2%，保费合计 6.6 亿元，覆盖的人群年龄跨度从最小的出生 10 天至最大的 116 岁，在参保人构成中，60 岁以上的老年人占比为 22.6%，其中包括 157 位百岁老人。2022 年通过扩大可投保人群的范围，新增约 200 万可投保人，进一步扩大了保障可能的惠及面。

3.2. 显著减轻个人负担

“穗岁康”赔付主要集中在住院自费药费和检验检查费补偿，约占总赔付金额的 80%，充分体现了保障大病和自费医疗费用的特色。根据 2021 年理赔年报数据，“穗岁康”2021 年全年实现赔付 4.7 亿元，赔付 17.3 万人次，减轻个人负担率 37.1%。尤其对于重特大疾病患者的负担减轻作用更加明显，在所有的赔付案件中，涉及罕见病患者的赔付共计 2759 人次，覆盖 29 个罕见病病种，赔付金额 1604 万元，减轻个人负担率达 68%。

通过“一站式”结算获得直接赔付的人次占比超 99%，这也有效地减轻了参保人垫付的压力，提高了个人对于经济负担减轻的感受度。

（三）“沪惠保”——上海城市定制型商业补充医疗保险

1. 案例概述

由上海市医疗保障局指导、上海银保监局监督、上海市大数据中心技术支持、上海市保险同业公会协调，9 家保险公司共同承保的上海首款城市定制型商业补充医疗保险“沪惠保”于 2021 年 4 月推出。

“沪惠保”是根据上海医疗和生活水平，专为上海定制、紧密衔接社会医疗保险，以普惠价格为上海市基本医疗保险参保人员提供的百万级保险保障和便民化健康服务，旨在提升上海市民的健康保障水平。“沪惠保”投保不限户籍、年龄、职业和健康状况。无论是已患某种重大疾病，还是做过重大手术，只要是上海市基本医疗保险参保人皆可参加。

在 2021 年度的保障基础上，2022 年度“沪惠保”实现了“两增一扩”，继续为上海市民加固健康保障的壁垒。

作为行业领军创新型医疗健康服务平台，镁信健康连续两年为“沪惠保”提供定制化药品服务支持，并助力“沪惠保”焕新升级，动态纳入医保目录外创新药品，不断提升参保人对创新药物的可及性，助力减轻患者医疗费用负担。

2. 模式创新

2.1. 助力打造新市民金融服务“上海模式”

“沪惠保”的筹资渠道以个人支付为主，主要由个人通过“沪惠保”官方公众号、随申办、支付宝等线上渠道进行购买，参保人可使用医保个人账户余额，为本人及直系亲属（父母、配偶、子女）缴纳保费，在一定程度上减轻了个人现金支付的压力，同时也提高了个人购买的意愿。

除了面向上海基本医保参保人的普通版外，2021年“沪惠保”还开发了关爱版，如果投保人或家属持有外地医保，且已参加上海市市民社区医疗互助帮困计划，可投保“沪惠保·关爱版”。

为提升新市民金融服务水平，2022年“沪惠保”首次开放新市民参保，除了全体参加上海市基本医保的在保人员、参加上海市市民社区医疗互助帮困计划的人员外，在上海部分大型企业（试点物流配送、外卖快递等保供平台企业）工作并参加当地基本医疗保险的务工人员也可参保。在探索打造新市民金融服务“上海模式”之下，“沪惠保”的扩容在一定程度上解决了新市民医疗保障不足的痛点。

2.2. “两增一扩”实现保障范围及待遇升级

“沪惠保”是为上海基本医保参保人员在罹患重病大病时，在现有医保之外，再增加一份大额自费医疗费用的补充保障。

具体在保障责任上，在2021年度医保目录外住院医疗、国内特定高额药品和质子重离子医疗三大保障基础上，2022版“沪惠保”保障升级，实现了“两增一扩”：

- 一是“增”前沿医疗。新增CAR-T医疗保障，提升创新药物可及性，让参保人能享受到前沿先进医疗技术，该责任0免赔额，最高赔付金额达50万元。
- 二是“增”海外特药。新增15种海外特药保障，可报销患者在海南博鳌乐城指定医疗机构就诊并开具的国外上市但国内未上市、且必须使用的临床急需进口药品，同样0免赔额，最高赔付金额达30万元。
- 三是“扩”国内特药。在原有国内21种特药保障的基础上，增补更替已纳入医保目录7种特药，并扩展药品至25种，适应症由原来的17种扩充至23种，进一步满足群众急需的高额药品保障。

2.3. 赔付模式推动高龄高风险人群切实受惠

高赔付是“沪惠保”最大的惠民特色。截至2022年6月27日，2021版“沪惠保”累计赔付金额超7亿元，赔付件数达到18.9万件，平均结案时效为2.4天。按照2021年版“沪惠保”总保费收入8.5亿元计算，首年赔付率达82%。根据公开资料的比较，沪惠保赔付率是目前同类产品中赔付率较高的惠民保产品，真正地体现了惠民特征。

从年龄结构来看，获得沪惠保赔付的对象中，66 周岁及以上年龄群体占比达到 45.36%，成为沪惠保主要的受惠群体，为老年人的健康保障提供了保险支持。

3. 实践效果

3.1. 基于上海属地化特征完善特药目录 不断提升参保人的用药可及性

镁信健康发挥“互联网+医+药+险”先行者优势，连续两年为“沪惠保”提供定制化药品服务支持，助力完善特药目录，动态纳入医保目录外创新药品，不断提升参保人对创新药物的可及性，推动“沪惠保”可持续发展，持续为上海市民的健康生活保驾护航。

2021 版“沪惠保”首批列入赔付范围的医保目录外特定高额药品共 21 项，覆盖肝癌、肺癌、乳腺癌等本地高发重疾。镁信健康充分利用控股方上药集团在医药领域的优质资源，与全球顶尖药企达成深度合作，合作的 DTP 药房超过 3400 家，保证稳定充足的药物来源。

2022 版“沪惠保”的药品清单从上海市民的实际临床需求出发，符合上海地区的疾病发生特点，针对的适应症也与医保目录内有所错开，进一步填补了 2021 版“沪惠保”的药品保障缺口，更精准地惠民、利民。具体体现在：

- 考虑到医保目录变更对商保人群的保障待遇影响，2022 版“沪惠保”新增了 11 款不同领域的肿瘤及罕见病药品，还新增了对胃肠道间质瘤、神经母细胞瘤等疾病的覆盖，进一步扩大了保障范围。
- 扩增药品的临床应用价值也非常高。比如用来治疗新肿瘤“胃肠道间质瘤”的擎乐，是目前国内获批的唯一一款可以用于四线胃肠道间质瘤用药，在胃肠道间质瘤后线治疗中发挥着不可替代的作用，加入 2022 版“沪惠保”药品清单后，大幅降低了患者用药门槛，让更多患者用得上、用得起好药。
- 扩增药品还进一步增强了对高发癌种的保障。比如，有两款肺癌用药加入了 2022 版“沪惠保”的药品清单。其中，沃瑞沙是国内唯一获批的 MET 酪氨酸激酶抑制剂，对该靶点突变的患者，沃瑞沙的疗效显著优于其他治疗方式。此类药品的增加给予了参保人在疾病治疗的过程中更充分的选择空间。

3.2. 践行“患者为先”一站式理赔省时更省力

作为“沪惠保”的药品服务方，为更好贯彻“患者为先”的服务理念，镁信健康在多家定点药房铺设“康付智保”智能终端。“康付智保”智能终端的投入满足用户、尤其是老年人对线下、场景化服务的诉求，用户只需在药房刷身份证或二维码，即可核销领药，帮助用户便捷理赔、快速拿药，满足场景化智能服务。

为提升用户的理赔服务体验，镁信健康为“沪惠保”参保人提供特药直付一站式结算服务，用户无需先行垫付，根据指引上传理赔资料，审核通过后，用户到店提供纸质资料与领药二维码，核销后即可在合作的 DTP 药房支付个人自付部分，就近取药或享受送药上门服务。

3.3. 国内首家医院内一站式健康中心落成“沪惠保”用户享“海南特药直通车”专项服务

2022 年 6 月，镁信健康与上海交通大学医学院附属瑞金医院海南医院联袂打造的，国内首个设在医院内

第四章 多层次医疗保障体系创新发展案例

部的集患者服务、健康宣教、健康管理、商保服务、生活配套等服务为一体的瑞康健康中心正式落成。瑞康健康中心将综合性商保服务一揽子打包到康付健康·商保服务专区，囊括了保险福利、药械福利、医疗福利和健康福利等。

康付健康·商保服务专区针对各地惠民保投保用户提供“海南特药直通车”专项服务。依托医院与镁信的双方合作，来自全国 70 余座城市，超 7500 万参与惠民保险的投保者，都可以在瑞康健康中心内接受惠民保险直保服务：在助力降低患者医保目录外医疗负担基础上，足不出院就可以享受目录范围内的新药新械直付报销待遇，大大提升就医体验。依托海南瑞金医院权威品牌和专家团队，更依托海南国际自贸港对接全球先进医疗资源，凡购买了“沪惠保”即可享受此项服务。

（四）众安保险——“慢病系列保险”

1. 案例概述

在全面推进健康中国建设的过程中，慢性病防治已成为关键。《“健康中国 2030”规划纲要》中明确指出，要将慢性病管理上升到国家战略，提出到 2030 年实现全人群、全生命周期的慢性病健康管理的目标。2022 年《“十四五”国民健康规划》再次重点提及要实施慢性病综合防控策略，并明确提出推动互联网在慢病管理、医疗服务等方面的应用。

为了帮助慢病患者更好的进行健康管理，众安保险联手互联网医疗领域的行业伙伴，创新打造覆盖全疾病周期、从医到药到保的一体化健康管理和保障服务，于 2021 年起针对各类慢病人群首创推出“慢病系列保险”。2021 年 6 月至 2022 年 7 月期间，已分别面向肝病、三高、癫痫病、糖尿病等慢病患者人群设计推出行业首个“医+药+保”一体化的百万医疗保障，融合“保险保障+健康管理”，在给慢病人群提供经济保障的同时，提供一站式、体系化的综合健康管理服务，满足慢病患者全病程的治疗和康复需求。

2021 年度报告显示，众安保险持续关注慢病人群健康并为他们的医疗保障加码，已针对糖尿病、高血压、甲状腺疾病、乳腺疾病、肝病、肾病人群，累计推出慢病产品超 42 个。

2. 模式创新

2.1. 利用线上投保方式提升可及性

筹资渠道以个人支付为主，个人可主要通过互联网渠道进行购买。

2.2. 针对不同慢病风险人群提供精细化保险产品

2021 年 6 月，“慢病系列保险”推出首个产品为“乙肝保”，“乙肝保”是国内首个肝病百万保险，也是全国首个面向乙肝患者的“医+药+保”一体化的百万医疗保障服务，投保人通过一张保单可获得“医疗赔付、住院津贴、药品服务、肝功能检测、肝癌早筛、名医会诊”为一体的多重守护。

2022 年 3 月，上线行业内首款癫痫人群可购的百万医疗险——“癫痫保”，为癫痫患者提供一体化的健康管理和保障服务。保险责任除住院医疗、手术意外保障之外，还包括特定药品医疗费用保障，以及癫痫手术

服务包、全病程癫痫专家问诊、专家会诊、线上健康管理等十大专属健康服务。同时，该保险产品还与北京、上海等地知名医院癫痫中心合作，为用户提供更为便捷、优惠的癫痫核磁与脑电图检查服务。参保人能够根据自身需求选择不同的保障方案，手术意外保险金、特定药品费用保险金、健康服务等均为0天等待期，投保后次日凌晨立可赔付。

“十四五”国民健康规划提出，要提高心脑血管疾病、癌症、慢性呼吸系统疾病、糖尿病等重大慢性病综合防治能力，强化预防、早期筛查和综合干预。

近期，众安保险“慢病系列保险”还专门针对三高人群、糖尿病人群定制推出定制型保障计划，将更多慢病人群纳入保障范围，增加新型健康保险产品供给。

2.3. 形成“医+药+保”与疾病管理服务一体化模式

安心治病：为慢病患者提供“医+药+保”一体化的保险保障，参保人可获得保险责任范围内的直接费用补偿，直接降低治疗费用负担。

贴心服务：除直接的费用补偿外，还为参保人提供一系列专业的疾病管理服务，包括用药指导、专家问诊、病程管理、疾病早筛、检查、急救、住院费垫付等。

3. 实践效果

3.1. 创新保障模式，为非健康体人群提供定制保障

众安保险“慢病系列保险”区别于传统的慢病保险，直戳痛点，满足了慢病患者对“医+药+保”的全面需求，开创了围绕“慢性疾病”设计健康管理的新模式。既为患者健康管理护航，也为疾病进展兜底，通过保障让用户享受到实惠。

3.2. 完善健康生态，通过创新探索为行业积累经验

众安保险通过“慢病系列保险”探索从普通医疗保障到专病专科保障服务的精耕细作，打通线上线下服务壁垒的同时，将普通百万医疗险的“医+药+保”服务嵌入到专病专科的健康管理中。

通过发挥自身的产品创新和生态链接优势，从企业端改变慢病保险的传统模式，打通健康产业上下游资源发挥合力，为基数庞大的慢病患者群体提供更优质的服务；从用户端在亚健康群体健康管理中更早介入，有效促进亚健康人群健康管理意识的形成，培养长期健康习惯。通过定期检测、早筛等健康权益，协助投保人群早诊早治，主动管理自身健康。

(五) 杭州市民保

1. 案例概述

2020年7月，“杭州市民保”上线，是杭州市首款城市普惠型商业补充医疗保险，首次为既往症人群及高龄人群提供保障，有效补齐了杭州全民保障的短板。此后“杭州市民保”分别在2021年和2022年进行了

两次升级迭代，一方面为参保人提供更高、更全面的保障，另一方面也通过提升保险服务的均等性和便利性，为杭州建设“共同富裕示范区”贡献力量。

2. 模式创新

2.1. 利用公众号投保方式提升便捷性

由个人支付保费，通过“杭州市民保”微信公众号渠道购买。

2.2. 多层次保障能力推动产品体验优化

拓宽保障人群。最新升级后的“杭州市民保”将“新杭州人”纳入被保障群体，突破当地社保限制，不论是来杭务工、自主创业、网红主播，还是来照顾孙辈、颐养天年，只要在杭生活就能参保。

拓宽保障责任。在延续惠民保类产品普遍涵盖的医疗保障责任外，还重点对保障责任进行了扩展，扩大赔付比例及特药种类。除常规的住院医疗费用保障和特定高额药品费用报销保障各 100 万元外，还将特效药种类拓展至 50 种，质子重离子疗法以及 CAR-T 疗法这两大癌症尖端疗法纳入保障范围。

拓宽服务范围。为使患者方便就医，将赔付医院范围拓展至全国三甲公立医院普通部。在增值服务方面，联合杭州市口腔医院集团，增加洁牙、涂氟等医疗保健服务，提升客户的服务体验。

3. 实践效果

“价格低 + 覆盖面广 + 投保门槛低 + 保障全面 + 理赔快”的特点，有效解决了多层次体系下医疗保障缺口的问题，缩小城乡、职业之间不同人群的医疗费用支出差距。根据 2021 年的理赔报告，“杭州市民保”在线上首年累计结案 6162 件，服务超 2.7 万人次，单笔最高赔付金额 75529.22 元，平均理赔时效 7.84 天，最快赔付用时 2.64 小时，获赔的参保人年龄最小的仅 2 岁，最大的 92 岁。无论是减轻患者经济负担，还是提供高效理赔提高患者体验，“杭州市民保”都发挥了积极的作用。

“保险 + 服务”的模式让惠民保不再仅仅是一个保险产品，更是一个健康服务保障。口腔护理、专业用药指导咨询、预约送药上门、高额特药垫付、赠药协助申请、肿瘤预防早筛、基因健康检测、健康教育科普、就医绿通等增值服务的加入，形成“保险保障 + 就医服务 + 健康管理”协同发展的医疗保障体系。

通过在癌症、重症等保障责任方面的升级，响应了中央和地方对于共同富裕示范区建设的政策要求，努力将“惠民保”发展成为“继基本医疗保险、大病保险、医疗救助后，梯次化解群众因病致贫、因病返贫问题的第四道防线。”

(六) 西宁“夏都惠民保”

1. 案例概述：

6 月 29 日，西宁市民专属商业健康保险“夏都惠民保”发布。“夏都惠民保”是西宁市为深化医疗保障制度改革，构建多层次医疗保障体系，促进商业健康保险与基本医疗保险、大病保险、医疗救助功能互补，在

现有医疗保险制度基础上建立的覆盖全民的商业健康保险，由中国银行保险监督管理委员会青海监管局监督，中国人寿保险股份有限公司青海省分公司首席承保，中国人民财产保险股份有限公司青海省分公司共同承保的西宁市民专属商业健康保险产品。

2. 模式创新

2.1. 多元化筹资渠道提高参保率

为避免潜在的“死亡螺旋”风险，提高居民参保率，实现健康人群对患病人群及既往症人群医疗费用的共济分摊，“夏都惠民保”可选择医保个人账户支付、个人自费支付参保。多元化的筹资渠道既能够进一步促进惠民保的普及、规避逆向选择，也能够让医保个人账户资金得到充分利用，避免资源浪费。

2.2. 优质特药服务方案助力保障升级

“夏都惠民保”保障责任不仅涵盖医保目录内 38 种国内特定药品保障（含 3 种罕见病治疗药品），还纳入 10 种海外特定药品保障责任。对医保内外住院医疗费用提供最高保额 200 万元，对医保目录内 45 种国内外特定药品提供最高保额 50 万，对医保目录外 3 种罕见病治疗药品提供最高保额 200 万。

此外，依托于圆心惠保一体化健康保障解决方案和服务能力，“夏都惠民保”还为用户提供全球找药服务（海南博鳌乐城海外药品就医）、临床试验申请（患者招募）服务、癌症基因检测优惠服务、重大疾病早筛、质子重离子医院直通车服务、图文问诊+线上药品商城、国内多学科会诊优惠服务、健康测评以及健康科普中心等 9 项健康服务，进一步满足广大西宁市民的健康保障需求。

2.3. “低门槛、高保障、广覆盖”彰显普惠初心

作为具有社商融合性质的典型惠民险种，“夏都惠民保”不限年龄、职业、户籍、健康状况，只要是西宁市基本医保参保人均可投保。保费为 89 元保一年，可获得单项最高 200 万元保障。同时，在投保门槛的设置上，不设置等待期，免于体检检查，不限制既往症人群参保和报销。在免赔额度的设置上，住院医疗保障免赔额仅设置 1.2 万元，特定药品保障免赔额为 0。

3. 实践效果

“夏都惠民保”的推出，是对西宁市基本医疗保险和大病保险的有益补充，对于完善西宁市多层次医疗保障体系，助力健康西宁建设具有积极推动意义。在各地惠民保加速落地的态势中，“夏都惠民保”进一步贴合群众对健康保障的深度需求，通过赔付升级和健康服务供给以普惠形式服务更多人群，通过设置低投保门槛和低免赔额提高惠民保吸引力和参保率，同步提升惠民保对健康人群的产品价值，实现了价格亲民的普惠性与商业医保的补充性相结合、城市地域的专属性与可保可赔的专属性的结合。

二、响应需求：服务赋能创新案例

（一）“平安臻享 RUN”健康服务计划

1. 案例概述

健康管理作为一种新兴的健康服务理念和服务方式，涵盖健康体检、健康咨询、健康促进、疾病预防、慢病管理、就医服务、康复护理等层面，是对个人或群体健康状况及健康风险因素进行全面检测、评估、干预的过程，在节约医疗资源、控制医疗成本、满足多样化健康服务需求等方面发挥作用。

为满足客户不断增长的健康管理需求，平安于2021年针对符合客户回访条件的老客户推出“平安臻享RUN”健康服务计划，为每位客户配备一名线上家庭医生，以专业家庭医生和专业健康档案为基础，建立专业测评、健康管理激励计划、线下导医和健康管理为核心特色的四大专业服务，提供覆盖健康、亚健康、慢病和疾病四大健康服务场景的管理方案。

2. 模式创新

2.1. 全周期健康管理服务聚焦需求重点

针对问诊、就医和挂号问题，“平安臻享RUN”聚焦门诊预约协助及陪诊服务，通过推荐324个城市、1935家合作核心医院中适合的医院和科室，协助客户在一周内完成门诊预约，切实解决看病就医问题；针对控糖管理服务，“平安臻享RUN”依托专业临床医生、国家注册营养师、心理咨询师、资深健康管理师组成“四师”团队，为客户制定饮食、运动、血糖监测等专业控糖计划，培养客户健康习惯；针对重疾专案管理服务，“平安臻享RUN”配备了由原三甲医院副主任医生领衔、平均临床经验十年以上的重疾专案管理师，根据客户病情，提供专业医学指导、协调就医协助服务和专业康复指导。

上述服务权益均由被保险人本人使用，但由于重疾的严重性和影响程度，对于重疾专案管理中的康复改善视频及心理疏导，被保险人及其家属均可以使用。

2.2. 实行差异化赔付方式和赔付比例

以“平安臻享RUN”对应的“盛世福（优悦版）重疾险”为例，针对被保险人可能遭遇的不同程度疾病推出了差异化的赔付方式和赔付比例。针对120种重疾，可以获得100%保额的1次赔付；针对20种中症，可以获得50%保额的1次赔付；针对40种轻症，可以获得20%保额的6次赔付。

3. 实践效果

3.1. 探索健康险与健康管理服务融合新模式

围绕“保险+健康管理”模式，“平安臻享RUN”依托自身医疗资源和服务整合能力，通过线上线下结合的服务对客户进行持续健康教育和健康管理，形成了贯穿咨询、诊疗、慢病管理、康复、护理全流程的一站式健康管理。在这一模式下，健康管理项目常态化且具有可追踪性，贯穿客户的整个生命周期，既让专业优质的医疗资源得到有效配置，也为节省客户医疗费用、降低医疗赔付打下基础。

3.2. 健康管护效果良好，客户健康水平持续改善

据悉，平安臻享 RUN 推出以来，已服务 1500 万客户，客户满意度高达 98%。具体地，门诊预约服务为例，2021 年门诊预约使用次数近 6 万人次，服务满意度达 99%；在控糖管理防治下，参考 21 年服务数据，参与控糖管理服务的客户中血糖达标率高达 78.75%，并收获 98.54% 的用户满意度和上千条感谢视频及好评。同时，“平安臻享 RUN”通过专业就医指导和完善的保险保障体系，能够主动高效地介入客户健康管理，有效防止客户乱就医、乱吃药，实现疾病早发现、早治疗、少花钱。

（二）医保防贫体系“缙情帮”

1. 案例概述

重大疾病治疗所需的时间长、费用高，常常出现一人得病，拖累全家的现象，也是导致家庭和个人陷入贫困的重要原因。防止因病致贫、因病返贫一直是国家关注的重点问题，政策文件中也多次提及落实社会救助、医疗保障等帮扶措施，防范因病致贫、返贫。2020 年，缙云县因病致贫人员 7513 人，因病致贫率达 48%，高于同期浙江省平均 40% 的因病致贫率。为破解因病致贫，推动实现共同富裕，2021 年 3 月，浙江省缙云县医保局联合水滴公司推出“缙情帮”医保防贫项目，共同打造“1+2+4”的多层次医保防贫体系。

2. 模式创新

2.1. “互联网+”赋能多层次医保精准防贫

“缙情帮”以“互联网+”为支撑，通过建设缙云县医保防贫“一张图”系统，打造“1+2+4”多层次医保防贫体系，即：

- 1 个数据库：多层次医保防贫体系数据库；
- 2 个子系统：医保防贫精准识别系统和“部门救助+商保+慈善医疗救助”一站式救助系统；
- 4 个支撑：开通“缙云·水滴医保防贫救助筹款绿色通道”，上线“缙云·水滴医保防贫缙情帮专项基金”，建设“缙云·水滴医保防贫救助服务站”，搭建“缙云医保防贫研究平台”。

2.2. 整合平台资源开展多渠道筹资

“缙情帮”的筹资渠道包括财政支持、公开募集等。2021 年-2025 年，缙云县财政每年向基金投入 100 万元，缙云县慈善总会通过水滴公益平台公开募集专项资金，水滴公司通过平台流量支持给予资金保障，2021 年筹集 30 万元，2022 年筹集 40 万元，2023-2025 年每年筹集 50 万元。其中“缙云·水滴医保防贫救助筹款绿色通道”和“缙云·水滴医保防贫‘缙情帮’专项基金”是主要的公开资金募集平台。

2.3 因人施策着力帮扶困难群体

“缙情帮”的保障对象包括两类人员：一是因病困难人员，指的是经民政部门认定的因病致贫、返贫困难人员（特困、低保、低边人员）；二是支出型因病相对困难人员，指的是基本医疗保险的参保人员在一个医疗年度内自付医疗费用在 2 万元以上，且在减去自付医疗费用后，家庭人均收入在民政部门确定低边标准 1-3 倍

(含)，其他条件符合低边标准的人员。

对于支出型因病相对困难人员，通过基本医疗保险、大病保险、医疗救助、临时救助、补充医疗保险“浙丽保”、红十字会、慈善总会救助等报销、救助、补助后的自费医疗费用，通过在水滴筹发起个人大病救助，对于仍有较大缺口的，将由“缙云·水滴医保防贫‘缙情帮’专项基金”进行救助。防贫专项基金救助的标准为自付金额3万元以内（含）人员的费用全额化解，3-5万元以内（含）人员40%以内（含）的费用进行化解，10万元以上人员20%以内（含）的费用进行化解，最高补助5万元。

2.4. 系统化构建可持续救助机制

“缙情帮”4个支撑中的“缙云·水滴医保防贫减贫救助服务站”是缙云县医保局、水滴公司联合医院、社区等机构，在线下设立的服务网点，定期面对面服务患者，重点负责收集、审核求助对象的相关材料，提升救助效率，并开展相关宣传活动、进行“缙情帮”专项基金的募捐、协助专项基金拨付等工作。

“缙情帮”个案救助项目所筹集的资金，会全额用于救助对象本人，不收取任何管理费，并可定向汇入医院账户，实现专款专用。

因死亡等特殊原因造成个人医疗救助资金有结余的，会转入“缙云·水滴医保防贫‘缙情帮’专项基金”，用于符合条件的其他患者救助。

3. 实践效果

截至2021年12月，缙云县“缙情帮”医保防贫应用已对15000余名困难人员进行主动标识和过程管理，并以非政府支出形式救助71人次，总金额178万元。“缙情帮”项目累计拨付500余万元，救助200余名困难大病患者。整个2021年，缙云县困难人员自付医疗费用将降低1400余万元，同比降低约12%，年度支出型因病致贫困难人员数则同比下降77%。

“缙情帮”医保防贫应用数字化技术，实现了医保三重保障、商业补充保险、部门救助、社会救助、防贫基金救助的全链条闭环化解，并链接“浙里办”和“浙政钉”，实现与民政、卫健、残联、红十字会、乡镇街道、各医疗机构及社会慈善机构等43个单位的多跨协同和场景集成。

此外，缙云县政府通过出台文件的方式，将“缙情帮”相关的工作制度化，其引入社会慈善、扩大救助对象范围等创新做法被写入《浙江省医疗保障局关于防范因病致贫返贫助力共同富裕三年行动计划》。同时，国家医保局委托中国公益研究院专程到缙云调研，将“缙情帮”作为全国医保防贫可复制的样板进行研究。

三、资源协同：支付方案创新案例

（一）乳腺癌治疗药物的多元支付策略

1. 案例概述

乳腺癌是目前全球第一大癌症，也是中国女性最常见的恶性肿瘤，2020年中国新发乳腺癌病例42万例，

并造成 12 万人死亡¹。在乳腺癌的分子亚型中，HER-2 阳性乳腺癌占比约为 15%-20%²，并呈现疾病进展更快、更易复发和转移、更易出现耐药性、死亡风险更高的特点。目前国内已上市的药物在面对晚期乳腺癌复发或出现耐药性时治疗效果并不理想，部分患者更是面临无药可用的局面。

为了满足患者对海外创新药的用药需求，改善患者的用药可及性，通过与海南乐城国际医疗旅游先行区签署“海南抗体偶联药物领域创新战略合作备忘录”，加速引进创新靶向药物，并通过与多款商业健康保险产品开展合作，探索创新的多元支付方式。

2. 模式创新

2.1. 早期准入实现可及性的突破

2018 年，国务院赋予海南省全国唯一的临床急需进口医疗器械和药品（不含疫苗）的审批权，允许在乐城先行区使用国内尚未注册、但已在欧、美、日等发达地区上市的创新药械产品。借助这一政策优势国内患者可以更早地实现与全球同步的创新药物可及。

2.2. 多元支付合作提升保障水平

与不同类型的健康保险产品开展合作，通过产品之间保障责任的叠加提高了保险对其进行支付的水平。

首先，借助海南博鳌乐城国际医疗旅游先行区的政策优势纳入海南乐城海外特药目录，并与多个省、市的“惠民保”合作，成为北京、上海、深圳、西宁四个城市以及海南、山西、河北、内蒙古四个省级“惠民保”保障的海外特药。各地“惠民保”对于有既往症的患者保障水平不一，有些对既往症导致的用药不予报销，可以报销的也对报销比例有所限制，通常为 20% 或 30%。并且，“惠民保”有明显的地域限制，保障人群仅针对所在省、市的基本医保参保人员。

为了提高对患者复发后所需费用的保障，进一步将创新靶向药物纳入到专病保险产品的用药保障范围，面向全国为接受单侧新辅助治疗或单侧乳腺癌手术的患者复发后治疗所产生的费用，不设免赔额，并给予 100% 的报销（根据保险计划不同分为 20 万和 200 万两个额度），在“惠民保”的基础上进一步提升了保障人群的范围及既往症患者的保障水平。

3. 实践效果

3.1. 提升了乳腺癌患病人群的保障水平

考虑到乳腺癌的高复发风险，目前大部分商业健康保险产品都将癌症患者拒之门外，近年来陆续出现几款

① IARC, GLOBOCAN 2020, <https://gco.iarc.fr/today/home>

② Tarantino P, et al. HER2-Low Breast Cancer: Pathological and Clinical Landscape. J Clin Oncol. 2020;38(17):1951-1962.

针对乳腺癌患者提供保障的产品，积极地推动着乳腺癌患者保障的提升，但受限于药品目录的限制，最多只能覆盖到国内已上市但未纳入基本医疗保险药品目录的特药，无法解决因药品暂未在国内上市而造成的需求缺口问题，乳腺癌患者急需得到疗效更好的药物治疗来挽救生命。创新靶向药物被纳入乳腺癌复发医疗保险特药目录后，在现有保险产品的基础上，为乳腺癌患病人群提供了更多更优的保障选择。

3.2. 为带病人群保险保障提供了创新的思路

药企探索建立的多元支付体系，同时发挥了“惠民保”、特药保险、专病保险的作用，并在不同保险计划之间进行保障责任叠加，为广大参保人群尤其是已经确诊的乳腺癌患者提供了比单一保险更加全面的保障，这也为带病人群的保险产品的设计提供了解决可支付性的创新思路。

3.3. 同时提高了患者用药的可及性和可负担性

中国乳腺癌新发病例高居全球发病数第一，与此同时我国的乳腺癌术后复发率高达30%-40%³，高发率和复发率对患者和社会都造成了极大的负担。在面对国内尚存在未满足的临床需求情况下，响应国家在提高创新药物可及性方面的政策，通过在海南乐城的快速引入以及与商业健康保险的广泛合作，同时提高了患者用药的可及性和可负担性。

(二) CAR-T 疗法综合支付解决方案

1. 案例概述

国家医疗保险定位于保基本，高值创新药物及疗法难以短时间内被纳入医保范围，使广大疑难症患者承受着沉重的就医压力，而单一的支付方式和保险项目也难以真正降低患者的用药负担。以镁信健康为代表的第三方平台，通过统筹整合各方资源、形成产业协作，构建“互联网+医+药+险”生态闭环，从而形成涉及患者、医生、药企、商保多方的综合创新支付方式。

以 CAR-T 疗法为例，2021 年 8 月 20 日，镁信健康便与倍诺达（瑞基奥仑赛注射液）的生产商药明巨诺签署了战略合作协议，致力于建立 CAR-T 治疗多层次保障体系，并几乎同期上线了针对 CAR-T 产品的创新服务项目“倍诺新生”。同年 10 月 8 日，镁信健康联合高博医疗集团启动了肿瘤患者 CAR-T 治疗援助计划，项目设立专项基金配置相关保险，对应肿瘤患者在进行 CAR-T 治疗时，可以获得援助计划中包括治疗费用分期付款、特殊人群费用补贴、疾病进展全额赔付等药品福利相关援助支持。

镁信健康还携手多家保险公司将 CAR-T 疗法纳入多个惠民保、个人商业健康险、CAR-T 权益服务卡等创新型商业健康险项目，为市场解决了创新疗法的可及性问题，让更多有需要的人能以更低的价格，享受到这一

③ 刘玲玲,林芳,韩耀风,等.不同分子分型乳腺癌术后复发转移风险及其时间分布规律*[J].中国卫生统计,2017,34(2月1):7-010+014.

创新疗法的福利。

2. 模式创新

2.1. 围绕疗法痛点提供针对性服务权益

首先是如果患者在使用 CAR-T 疗法三个月后，病情出现明显的进展，将获保险赔付；其次，符合条件的困难患者可以享受金融分期，所有分期均不需要手续费和利息；最后，在药品福利计划方面，医疗团险还将给予患者一定比例的药费减免，患者在支付时即可直接抵扣。

同时，围绕保障缺失、高昂药费、医疗服务衔接复杂等 CAR-T 免疫细胞疗法的痛点，镁信健康与合作伙伴联合开发了镁信 CAR-T 权益服务卡，为广大群众及时弥补了缺失的保障。镁信健康为 CAR-T 权益卡用户提供专属医疗管家、专业医师审单、多学科会诊、专家门诊预约、就诊陪同、在线医生问诊、专家病房安排、博鳌就医绿通、专家复查安排、靶向基因检测、全球特药无忧等十余项全流程、一站式专属管家服务。镁信健康和目前生产 CAR-T 疗法药物的两大药企均建立了战略合作伙伴关系，为后续的 CAR-T 疗法的医疗专业服务提供了坚实的基础。

2.2. 积极应对高值创新药支付困境

针对高值创新药的支付困境，镁信健康与多家医药企业、商保公司达成合作，推出了药品福利、分期付款、疗效保险等创新支付方式。药品福利是患者在福利平台购药时可享受商保理赔类的福利政策，形成以平台客户资源为基础的“以量换价”。分期付款是将患者的用药负担由短期向远期分散转移，保证患者在不影响当前经济生活水平的前提下获得治疗，在一定程度上提升用药可及性。疗效保险是直接和药品的治疗效果相关联，为患者建立治疗信息，给予相关疗效保障，缓解患者疾病治疗中沉重的医疗费用负担，提高高值创新药的临床可及性。

3. 实践效果

拓展保障范围，切实降低肿瘤患者就医用药负担，提升 CAR-T 药物疗法可及性。CAR-T 细胞免疫治疗是继手术、化疗、放疗后，一种可能实现从癌症治疗到治愈的创新方法。当然，受前期海量研发投入、复杂制备工艺、个性化定制等因素影响，目前市场上的 CAR-T 疗法药物普遍定价约为 120 万元，而 2021 年这一天价抗癌药并未能进入医保谈判环节。因此，镁信健康开展的创新支付项目实际上将基本医保难以覆盖的重特大疾病疗法和药物纳入保障范围，通过补充保障降低肿瘤患者用药负担，避免患者因难以承担高额治疗费用而出现致贫、返贫现象，同时也促进了创新疗法和药物的可及性，为创新药物疗法的进一步开发推广获得更多临床诊疗经验。

(三) 肺癌治疗药物的创新支付

1. 案例概述

根据世界卫生组织国际癌症研究机构 (IARC) 发布的 2020 年全球最新癌症负担数据，肺癌依然是我国发病率和死亡率最高的癌种，2020 年我国新发肺癌病例 82 万，造成死亡 71 万例，肺癌死亡人数远超其他癌症，

占癌症死亡总数的比例高达 23.8%⁷。在我国全部肺癌病例中，非小细胞肺癌（NSCLC）约占 85%，ALK 阳性肺癌约占 NSCLC 病例的 3-5%。尽管比例不高，但每年 ALK 阳性肺癌新发病例数接近 35,000 例，大多数在确诊时已是晚期，不仅对国民健康造成巨大威胁，同时也给患者家庭乃至社会经济带来沉重负担。

与此同时，目前针对 ALK 阳性 NSCLC 的传统治疗中，普遍存在多点位的耐药问题，导致药物疗效下降，患者不得不中断治疗。辉瑞的肺癌靶向药物洛拉替尼是在海外率先上市的第三代 ALK 靶向药物，因其更强地穿透血脑屏障，更少出现耐药，而被最新国际指南推荐为一线优选治疗方式⁸。

为了给 ALK 阳性晚期非小细胞肺癌患者带来更丰富治疗药物选择，从而带来长期生存的突破，借助国内先行先试的机遇，以及与商业健康保险的合作，辉瑞尝试为患者提高药物的可及性和可支付性。

2. 模式创新

2.1. 快速准入缩短等待治疗的窗口期

2020 年 7 月，通过与海南博鳌乐城国际医疗旅游先行区开展战略合作，洛拉替尼作为临床急需进口药品获得海南省药监局批准进口，患者可以在海南接受治疗，这一举措帮助部分晚期肺癌患者实现了及早用到全球同步治疗新药的愿望。（洛拉替尼已于 2022 年 4 月获批在中国上市，商品名为博瑞纳[®]）

2.2. 创新支付减轻患者治疗负担

洛拉替尼获准在海南进口使用后，继续与乐城全球特药险合作纳入海外特药目录，并与北京、山西、湖南等省市惠民保对接，通过补偿型医疗保险等形式，减轻患者治疗负担，提高药物可及性。

2.3. 患者线上教育和自我管理平台加强关爱

辉瑞还借助互联网手段，面向使用肺癌及其他癌症药品治疗的患者，建立了肿瘤患者线上教育和自我管理平台“辉常关爱”，整合患者在治疗过程中关于疾病科普、治疗理念、可及性等个体化信息，随时随地扫清其在治疗过程中的困扰，强化治疗信心。

3. 实践效果

创新支付有效减轻了患者的用药负担

2021 年 7 月启动的“北京普惠健康保”于 2020 年 1 月 1 日正式生效并启动，一周内受理了首例海外特药理赔，洛拉替尼就是北京惠民保首款获得赔付的药品。针对首例获得理赔的患者，预计全年累计赔款金额 215859.15 元，将极大地减轻患者家庭经济负担（投保人属于既往症人群，赔付比例为健康人群的 50%）。

⑦ IARC, GLOBOCAN 2020, <https://gco.iarc.fr/today/home>

⑧ NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology (NCCN Guidelines[®]) Non-Small Cell Lung Cancer. Version 3. 2021

(四) CAR-T 一体化服务权益创新

1. 案例概述

2021年10月开始,诺惠健康结合CAR-T治疗公开的III期临床以及上市后真实世界研究数据,围绕临床患者需求,针对大B细胞淋巴瘤(LBCL)患者设计带病体疗效保障、金融分期、患者教育、惠民保报销指引等一体化特色服务权益包。并联合合作伙伴在全国范围内进行推广,形成了华东、华北、华中、西南部等多区域的血液科医联体服务网络,切实降低患者在治疗过程中的经济负担,及时获得包括CAR-T在内的创新治疗方案。

2. 模式创新

2.1. 基于治疗效果的保障方案提升可支付性

产品根据现有临床研究数据,进行精准测算定价,从而保障产品合作兜底方风险可控;同时结合治疗方法的亮点,诸如能够在较长时期内有良好的临床转归,设计与临床治疗预期相吻合的疗效保障,从而惠及更为广泛的患者。包括疗效保障在内的权益包,针对经济条件、临床体征、治疗历史适合的患者在治疗期间可免费享受,相关成本由包括“诺惠付淋巴瘤关爱福利计划”在内的具备慈善性质的项目组进行兜底支付。

2.2. 基于全治疗周期的患者服务提升获得感

为增强体验,从患者前线治疗预备使用CAR-T治疗开始,诺惠医疗服务运营团队就开始协同医生跟踪患者病情发展以及疾病教育工作,根据患者的就诊医疗机构、社保参保城市、异地就医备案等信息,匹配相应的惠民保产品,使患者在第一时间具备更强的支付能力,同时配套诺惠CAR-T疗效保障,进一步降低患者因经济压力而放弃治疗并且导致疾病进展身故的可能性。

患者入组并且接受完治疗后,会继续跟进患者定期康复检查,提供MDT等专家特色服务,确保患者身体状况出现波动时第一时间联系其主治医生。

3. 实践效果

一方面提升了CAR-T治疗的可及性、增强了患者的支付能力,促进了创新医疗技术在临床上的应用推广;另一方面促进患者临床治疗与补充保障的需求匹配,更好地发挥政府所倡导的多层次医疗保障体系的作用。

第五章 |

多层次医疗保障体系 发展建议

一、以政策定位为引导，商业健康险与多层次保障联动发展

（一）明确基本医疗保障边界，拓宽健康险创新空间

我国卫生健康治理实践能够实现医疗保障的全民覆盖和人人享有，惠及占全球人口近五分之一的中国人民，本质上依托于多层次医疗保障体系的系统性、整体性和协同性。《“十四五”全民医疗保障规划》中明确指出基本医疗保障制度是保障群众基本医疗需求的制度安排，而商业健康保险是对基本医疗保障制度保障能力和范围的补充、服务的延伸和风险控制的强化，能够提升医疗保障服务效率和服务质量。因此，要建成责任明晰、多方协同、保障人民健康福祉的完整体系，必须重视各层次结构比例，明确各层次保障内容的功能定位和保障边界。

需要意识到，不能单纯从保基本的视角来理解全民健康保障，政府无法也不能替代市场主体、社会组织在不同保障层次建设中的职责和功能^[39]。多层次医疗保障体系作为一个覆盖全民的复杂体系，需要调动社会中各个主体的服务积极性和创新主动性。明确基本医疗保险的边界，有利于避免基本医疗保障范围与商业健康保险保障范围的重合，有利于提升群众对补充性医疗保障的重视程度，从而为健康险行业提供更大的创新空间，形成更好发挥市场机制作用的平台，让市场主体满足群众在基本医疗保障之上的差异化、多样化医疗保障需求。

（二）形成多层次保障制度合力，加强健康险衔接联动

要解决我国多层次医疗保障体系发展尚不充分、不平衡的问题，强化商业健康保险的风险分担机制，进而保证基本医保的可持续运行，是形成多层次医疗保障制度合力的必然途径。首先，商业健康保险应主动转向医保范围外的费用保障，通过满足广泛存在的群众未被满足的健康需求来降低个人自付水平。其次，应当探索对特殊疾病药物疗法、高值创新药的医保、商保风险共担机制，覆盖基本医保难以覆盖的高额就医用药费用；同时，在商保进一步深度参与医保经办的基础上，形成与医疗互助、大病保险的多渠道支付模式，从而加强健康保险对其他层次保障的衔接，进一步解决“看病贵”难题。

二、以产品创新为突破，解决当前健康险市场供需错配现象

（一）优化当前产品结构，行业解决方案更加精细化

产品结构单一、产品形式同质化问题是制约商业健康保险行业专业化、精细化发展的主要因素。商业健康保险应当以满足需求为导向，构建与多层次健康保障需求相匹配的产品和服务体系^[33]，开发多样化、个性化的健康保险产品和服务。具体地，以城市定制型商业医疗保险为突破口，可以针对不同地区老龄化程度、人群患病结构推出地区性健康保险，持续优化和丰富个人税收优惠型健康保险的产品类型，为特殊工种设计应对特定健康风险需求的健康险种，为新冠疫情防控工作的一线工作人员和医务人员提供更为人性化的健康保险方案等。

同时，随着我国健康治理的重点由“以治病为中心”向“以健康为中心”转变，以及全社会健康素养和健康保障意识的提升，健康管理服务将在未来成为人民健康保障的刚性需求，并成为拉动消费增长和升级的关键一环。政策端也通过出台一系列指导意见为行业创新和模式转变提供指引，2014年《国务院办公厅关于加快发展商业健康保险的若干意见》就明确指出鼓励保险公司应进一步将服务领域拓宽，提供慢性病管理、健康维护、疾病预防等差异化、高品质的健康管理服务，2019年9月《健康产业高质量发展行动纲要（2019-2022年）》

提到支持健康保险公司开展管理式医疗试点，建立覆盖健康保险、健康管理、医疗服务、长期照护等服务链条的健康管理组织，2021年9月《“十四五”全民医疗保障规划》则进一步提出鼓励商业保险机构提供医疗、疾病、康复、照护、生育等多领域的综合性健康保险产品和服务，逐步将医疗新技术、新药品、新器械应用纳入商业健康保险保障范围。由此可见，政策段和需求端都在促使行业积极调整和丰富已有保险产品的保障结构和附加服务形式，从而在客户健康状况评估、风险预测、健康管护、康复护理等方面探索更为深入和精细化的健康险应用场景，在提升客户体验、增强客户粘性的基础上，通过综合性健康管理服务解决方案来切实增强群众健康体质，完成全方位、全周期的健康保障目标。

（二）拓宽保障广度和深度，积极探索高风险保障险种

总体而言，以客户需求为导向是商业健康保险持续发展的必要路径^[39]。应当积极主动通过数据共享和技术应用识别健康风险，以有效供给挖掘健康险潜在需求。

具体来说，应当开发满足群众健康需求，特别是满足当前未能得到有效保障的特殊群众健康需求的多样化、个性化健康保险产品。第一，积极开发针对带病人群、老龄人群的高风险保障产品。可以参考国际经验探索实施由政府积极参与的风险定价机制，通过企业团险等方式实现保费相同基础上的风险共担，从而促进群体公平性和整体获得感，同时也要将老年人群视为特殊单独群体，通过差异化的产品设计和核保规则设计，提高老年人的可承保性。第二，积极推出针对慢性病、重病的长期保险产品。将老年专属保险产品设计与慢病保险相结合，满足慢病老人的普遍保障需求。针对身患重疾的参保人，应当在重疾险基础上积极探索推出保长期、甚至保终身的医疗险，通过健康管理服务等方式化解后续治疗风险。第三，广泛推出针对基本医保目录范围外保障的产品。重点保障住院和门特治疗发生的合理且必须的医保目录外个人自费费用，包括医保目录外自费的药品和高值医用耗材，切实减轻患者医保目录外费用负担。

（三）塑造健康险专业化能力，促进营销方式优化更新

发挥健康险行业的主观能动性，实现行业自发的创新转型是提升健康险保障水平和保障能力的根本方式。这就需要行业主体形成自我更新、自我治理的思想自觉和行动自觉，主动调整原有营销渠道的成本结构，减少不合理费用支出，将保费收入更高效地还利于民，加强对于新型保险营销方式和支付方式的研究和投入，同时促进风险识别、产品设计、渠道管理、运营风控等向专业化的方向转变。

营销方式的转型和转变，有赖于全行业数字化转型的进程，依托于信息技术深度嵌入商业健康保险各项业务流程的进展。因此，需要充分发挥“互联网+保险”线上服务对营销渠道和营销方式的变革作用，当然也要对互联网保险业务开展定期的监管评估和业务评价，对线上赔付风险作出预警监测，实现在转型变革过程中的稳定、规范和健康发展。

三、以协同共享为基础，推动跨行业合作更加顺畅有为

（一）建设产业协同基础，推动数据共享和有序使用

医保、医疗、医药产业协同的基础，在于数据领域基础设施的建立和相关技术的支撑。对于决策主体来说，

应当明确健康数据权责划分和使用归属，促进健康数据在行业领域的合法合规应用，进一步地，需要构建健康数据的中枢和流通机制，破除数据匹配融合应用的壁垒，例如以居民电子健康档案的建设为基础，实现健康数据的动态采集、交换和共享。

而对于行业主体来说，在宏观层面，需要积极探索实现数据系统的互联互通，允许将必要的信息用于基本医保和商保机构的系统对接交互；中观层面，需要积极推动建立医疗数据的共享机制，减少群众就医垫付压力，从而优化理赔流程和手续，同时也能够优化健康险的费率计算结果；微观层面，需要建立基于客户主观同意的开放流程^[40]。当然，实现数据共享和有序使用的前提，是保证数据安全和客户隐私安全，健康数据和保险数据的双向互动，有赖于数据使用闭环和标准化、规范化脱敏流程的建立。

（二）合理兼顾多方利益，激励与监管机制共同发力

有效维护人民健康是医疗机构、商业健康保险机构和医药企业的一致理念和价值依归。而多方利益共同体的建立，需要激励和监管机制的共同发力，从而通过风险共担、利益共享实现多方共赢。首先，应当对医疗机构与商业健康保险主体合作实行一定的激励措施，并通过完善立法、合规引导来解决医疗服务机构特别是公立医院的后顾之忧，银保监会出台的《健康保险管理办法》就明确指出要加强医疗服务机构与健康管理机构的合作，参与医疗服务成本管理，监督医疗费用支出的合理性和必要性，在“方便被保险人”的前提下，可以指定医疗服务机构网络，引导被保险人合力使用医疗资源、节省医疗费用支出。

同时，在商业健康保险公司主动发起合作的基础上，需要发挥行业协会的协调联通、自我治理和规范监管作用，着力构建商业健康保险行业共同体或行业联盟，形成有力的行业话语体系和谈判体系，与医疗机构一同制定科学适宜的风险共担机制。进一步地，要推动保险业和医疗行业、医院形成高度利益一致、责任一致、风险共担的命运共同体，使得健康险行业的风险管理理念、风险管控技术更为符合患者需要，从而开发精准化、精细化的健康保险产品。

附录：2021 年多层次医疗保障领域政策清单

发布时间	发文机构	政策名称
1月11日	中国银保监会办公厅	关于规范短期健康保险业务有关问题的通知
1月19日	中国银保监会人身险部	关于印发人身保险产品“负面清单” (2021版)的通知
2月19日	国务院	医疗保障基金使用监督管理条例
4月08日	中国银保监会办公厅	关于深入开展人身保险市场乱象 治理专项工作的通知
4月22日	国务院办公厅	关于建立健全职工基本医疗保险门诊共济保障机制的 指导意见
4月23日	国家医保局、民政部等	关于巩固拓展医疗保障脱贫攻坚成果有效衔接 乡村振兴战略的实施意见
5月6日	国家医保局、财政部	关于加快推进门诊费用跨省直接结算工作的通知
5月10日	国家医保局、国家卫健委	关于建立完善国家医保谈判药品“双通道” 管理机制的指导意见
5月17日	中国银保监会办公厅	关于做好短期健康保险业务客户服务工作的通知
5月21日	中国银保监会	关于印发保险公司城乡居民大病保险业务 管理办法的通知
5月25日	中国银保监会办公厅	关于规范保险公司参与 长期护理保险制度试点服务的通知
5月28日	中国银保监会办公厅	关于规范保险公司城市定制型商业医疗保险业务的通知
6月4日	国家医保局、发改委等	关于开展国家组织高值医用耗材集中带量采购和 使用的指导意见
6月8日	国家医保局、财政部、 国家税务总局	关于做好2021年城乡居民基本医疗保险工作的通知
6月11日	国家医保局	医疗保障行政处罚程序暂行规定

发布时间	发文机构	政策名称
6月25日	国家医保局	规范医疗保障基金使用监督管理行政处罚裁量权办法
7月30日	中国银保监会人身险部	关于近期人身保险产品问题的通报
7月15日	国家医保局办公室	关于印发按病种分值付费（DIP）医疗保障经办管理规程（试行）的通知
7月16日	国家医保局	关于优化医保领域便民服务的意见
8月03日	国家医保局办公室、民政部办公厅	长期护理失能等级评估标准（试行）
8月10日	国家医保局、财政部	关于建立医疗保障待遇清单制度的意见
8月13日	国家卫健委办公厅、国家医保局办公室	关于印发长期处方管理规范（试行）的通知
8月23日	国家医保局、财政部、国家卫健委	关于切实做好新冠病毒疫苗及接种费用阶段性清算工作的通知
8月30日	国家医保局办公室	关于修订《医疗保障基金结算清单》《医疗保障基金结算清单填写规范》的通知
8月30日	国家医疗保障局医药价格和招标采购指导中心	关于印发药品和医用耗材集中采购公共服务事项清单的通知
8月31日	国家医保局、国家卫健委、发改委等	关于印发《深化医疗服务价格改革试点方案》的通知
9月10日	国家医保局、国家卫健委	关于适应国家医保谈判常态化持续做好谈判药品落地工作的通知
9月14日	国家医保局办公室、财政部办公厅	关于开展门诊慢特病相关治疗费用跨省直接结算试点工作的通知
9月29日	国务院办公厅	“十四五”全民医疗保障规划
10月08日	中国银保监会办公厅	关于进一步丰富人身保险产品供给的指导意见
10月12日	中国银保监会办公厅	关于进一步规范保险机构互联网人身保险业务有关事项的通知

发布时间	发文机构	政策名称
10月22日	国家医保局办公室	关于建立全民医疗保障规划实施联系点的函
11月04日	国家医保局办公室	关于做好国家组织药品集中带量采购协议期满后接续工作的通知
11月26日	国家医保局	DRG/DIP支付方式改革三年行动计划
11月26日	国家医保局办公室、 财政部办公厅	基本医疗保险关系转移接续暂行办法
12月03日	国家医保局、人社部	国家基本医疗保险、工伤保险和 生育保险药品目录（2021年）
12月08日	国家医保局、公安部	关于加强查处骗取医保基金案件行刑衔接工作的通知
12月17日	国家医保局办公室	关于印发DRG/DIP付费示范名单的通知
12月28日	国家医保局办公室、国家中医药 管理局办公室	关于做好医保版中医病证分类与代码更新工作的通知
12月31日	国家医保局、国家中医药管理局	国家医疗保障局 国家中医药管理局关于医保支持中医药 传承创新发展的指导意见

参考文献

- [01] 郝佳. 构建我国多层次医疗保障体系 [J]. 中国保险, 2007(05): 16-21.
- [02] 郑功成. 全面建成覆盖城乡居民的社会保障体系——展望“十三五”时期的中国社会保障 [J]. 中国社会保障, 2015(01): 36-39.
- [03] 王鸿勇, 邵明远, 徐媛. 多层次医疗保障体系的理论基础与政策框架 [J]. 卫生经济研究, 2003(05): 7-9.
- [04] 徐文娟. 中央财经大学, 2019. 我国重特大疾病医疗保障制度研究 [D]., 2019.
- [05] 仇雨临. 中国医疗保障 70 年: 回顾与解析 [J]. 社会保障评论, 2019, 3(01): 89-101.
- [06] 中共中央国务院关于深化医药卫生体制改革的意见 [EB/OL]., 2009(2009-03-17)[2022-04-14]. http://www.gov.cn/jrzq/2009-04/06/content_1278721.htm.
- [07] 孙淑云. 改革开放 40 年: 中国医疗保障体系的创新与发展 [J]. 甘肃社会科学, 2018(05): 21-28.
- [08] 关于开展城乡居民大病保险工作的指导意见 [EB/OL]., 2012(2012-08-31)[2022-07-11]. http://www.gov.cn/gzdt/2012-08/31/content_2214223.htm.
- [09] 国务院办公厅转发民政部等部门关于进一步完善医疗救助制度全面开展重特大疾病医疗救助工作意见的通知 [EB/OL]., 2015(2015-04-30)[2022-07-11]. http://www.gov.cn/zhengce/content/2015-04/30/content_9683.htm.
- [10] 国务院关于整合城乡居民基本医疗保险制度的意见 [EB/OL]., 2016(2016-01-12)[2022-07-11]. http://www.gov.cn/zhengce/content/2016-01/12/content_10582.htm.
- [11] 王东进. 深刻认识理解中国特色医疗保障制度 自觉做有情怀有担当有能力的医保人 (上) [J]. 中国医疗保障, 2022(01): 6-9.
- [12] 国家医疗保障局 2021 年医疗保障事业发展统计快报 [EB/OL]., 2022(2022-03-04)[2022-06-08]. http://www.nhsa.gov.cn/art/2022/3/4/art_7_7927.html.
- [13] 国家医疗保障局 统计数据 2021 年全国医疗保障事业发展统计公报 [EB/OL]., 2022(2022-06-08)[2022-06-29]. http://www.nhsa.gov.cn/art/2022/6/8/art_7_8276.html.
- [14] 中国银行保险监督管理委员会. 2021 年 12 月保险业经营情况 [EB/OL]., 2022(2022-01-25)[2022-06-29]. <http://www.cbirc.gov.cn/cn/view/pages/ItemDetail.html?docId=1034665&itemId=954&generalType=0>.

参考文献

- [15] 中国银行保险监督管理委员会. 2020年12月保险业经营情况 [EB/OL]., 2021(2021-01-28)[2022-06-29]. <http://www.cbirc.gov.cn/cn/view/pages/ItemDetail.html?docId=963080&itemId=954&generaltype=0>.
- [16] 华颖. 典型国家医疗保险立法及其启示 [J]. 内蒙古社会科学, 2020, 41(3): 34-41.
- [17] 郑功成. 从政策性文件主导走向法治化: 中国特色医疗保障制度建设的必由之路 [J]. 学术研究, 2021(06): 80-88+177.
- [18] 财新网. 对话 | 郑功成: 医疗保障立法框架如何搭建 [EB/OL]., 2021(2021-07-18)[2022-06-16]. <http://www.caixin.com/2021-07-18/101741885.html>.
- [19] 民政部关于印发《“十四五”社会组织发展规划》的通知 [EB/OL]., 2021(2021-09-30)[2022-06-16]. http://www.gov.cn/zhengce/zhengceku/2021-10/08/content_5641453.htm.
- [20] 国务院办公厅关于印发“十四五”全民医疗保障规划的通知(国办发〔2021〕36号) [EB/OL]., 2021(2021-09-29)[2022-06-21]. http://www.gov.cn/zhengce/content/2021-09/29/content_5639967.htm.
- [21] 陈金甫. 2021年4月22日国务院政策例行吹风会 [EB/OL]., 2021(2021-04-22)[2022-07-01]. http://www.gov.cn/xinwen/2021-04/22/content_5601425.htm.
- [22] 医药集采三年大变局: 流程趋严密、砍价更合理、药企变理性 [EB/OL]. 证券时报网 [2022-07-07]. https://www.stcn.com/xw/sd/202202/t20220218_4165983.html.
- [23] BCG. 打造健康管理能力, 破局商业健康险挑战 [R]., 2020.
- [24] 中再寿险. 2020-2021年度健康险产品研究报告 [R]. .
- [25] 中国保险行业协会, 2021. 2020年度及2021年一季度商业健康保险发展形势调研报告.pdf[R]., 2021.
- [26] 中再寿险, 镁信健康. 中国惠民保业务发展与展望系列研究报告——2022年惠民保可持续发展趋势洞察 [R]. : 63.
- [27] 新浪财经. 2021全国惠民保特药目录TOP50: 前十均为治疗肿瘤药品 | 惠民保研究 [EB/OL]., 2022(2022-02-14)[2022-06-20]. <https://finance.sina.com.cn/money/insurance/bxdt/2022-02-14/doc-ikyakumy5892853.shtml>.

参考文献

- [28] 人民网. 9·5 中华慈善日: 数说慈善力量 筑起“爱”的城墙 [EB/OL]. [2022-07-15]. <http://society.people.com.cn/n1/2021/0905/c1008-32218009.html>.
- [29] 贵州省联合慈善医疗援助. 2021 慈善组织参与医疗救助的现状研究 [EB/OL]. 微信公众平台 [2022-07-15]. http://mp.weixin.qq.com/s?__biz=Mzg3MTE2MjI3Mg==&mid=2247487562&idx=1&sn=cd3c5fcf818d30186671431ef9fae196&chksm=ce839885f9f41193167283c47b5c4d18ef1ebc732fa0048bf16508b4da7274f6114e687b1622#rd.
- [30] 中国公益研究院. “十四五”开局之年慈善事业高质量发展回顾及走势分析 [EB/OL]. , 2022(2022-02-21)[2022-07-15]. http://www.bnu1.org/show_2497.html.
- [31] 新浪财经. 惠民保第三年: 席卷 1.4 亿人后, 它摆脱死亡螺旋诅咒了吗? [EB/OL]. , 2022(2022-05-18)[2022-07-07]. <https://finance.sina.com.cn/money/insurance/bxdt/2022-05-18/doc-imcwiwst8021998.shtml>.
- [32] 中国发展研究基金会, 2017. 中国商业健康保险研究报告 [R]. , 2017.
- [33] 刘焱, 蒋伊石, 刘菲, 邵晓军, 濮桂萍. 社会科学文献出版社 2020 年中国健康保险产品报告 [R]. 健康保险蓝皮书: 中国健康保险发展报告 (2021) , .
- [34] 平安健康保险股份有限公司, 英国佰仕富人寿再保险有限公司, 上海财经大学. 2021 老年健康保障需求白皮书 [R]. .
- [35] 王锦, 辛梦苇, 吴晓薇, 彭雪松, 周晓黎, 李格菲. 麦肯锡咨询, 2022. 奋楫正当时 _ 中国商业健康险的挑战与破局 [R]. , 2022.
- [36] RDPAC, 2021. 构建中国医药创新生态系统——系列报告第三篇: 多层次医疗保障体系助力人民健康和产业高质量发展 [R]. , 2021.
- [37] 郑秉文. 商业保险参与多层次社会保障体系的方式、作用与评估——基于一个初步的分析框架 [J]. 辽宁大学学报 (哲学社会科学版), 2019, 47(6): 1-21.
- [38] 郑功成. 多层次社会保障体系建设: 现状评估与政策思路 [J]. 社会保障评论, 2019, 3(01): 3-29.
- [39] 赵小静. 健康保险与医疗机构合作模式探析 [J]. 中国保险, 2018(9): 7-10.
- [40] 冯鹏程. 多层次医疗保障制度下商业健康保险发展的国际经验及启示 [J]. 中国医疗保险, 2022(4): 112-117.

写作团队

关于作者

| 贾凌霄

艾社康（上海）知识管理助理总监，主要负责机构的知识管理与研究工作，并参与多层次医疗保障相关的咨询项目。先后就读于华中科技大学与复旦大学，拥有社会学与卫生事业管理专业背景，并获得管理学硕士学位。在加入艾社康之前，曾在医药市场研究机构、大型保险公司任职，从事医药、医疗保障相关的政策研究与战略研究工作。在艾社康工作期间负责或参与了与卫生服务体系、多层次医疗保障相关的多项研究项目。

| 谈佳辉

入选 2022 年艾社康青年学人成长计划，现为艾社康研究助理（实习），硕士毕业于中国社会科学院大学应用经济学院（卫生经济与政策方向），师从知名医改专家、中国健康业发展研究中心陈秋霖副主任。曾作为主要成员参与多项省部级、厅局级项目。曾于中国发展研究基金会、好大夫在线、腾讯医典、八点健闻和企研数据参与重大疫情防控、城市健康治理、互联网医疗、商业健康保险等相关细分领域研究和数据库开发工作。

指导委员会

| 刘畅

艾社康东南亚和大中华区负责人，兼任香港中文大学和昆山杜克大学的兼职教授，主要负责健康和老龄领域创新平台的搭建和发展，并带领团队开展行业研究和咨询项目。曾参与撰写《Wordable Excellence》、《A City for All Ages》等出版书籍。

| 邱月

国务院发展研究中心研究员，中国发展研究基金会研究二部主任。主要研究领域涉及人口健康、老龄化、医药卫生与社会发展公共政策等。以第一执笔或独立执笔身份在国务院发展研究中心《调查研究报告择要》及《调查研究报告》发表数篇报告上报中央，以第一作者或合作作者身份在 SSCI、SCI、CSSCI 专业学术期刊发表数篇中英文学术论文，并作为项目协调人或主要参与者承担基金会、中央财经领导小组办公室、国家发改委、联合国人口基金、国家残联等机构项目。

致谢

本项目由中国医药教育协会、中国健康促进基金会和北京康盟慈善基金会联合发起，中国初级卫生保健基金多层次医疗保障推进委员会指导，艾社康团队完成案例集的整理和撰写。

本次案例集能够集结成册，得益于艾伯维、辉瑞、平安健康险、众安保险、镁信健康、诺惠健康等合作伙伴提供的实践案例素材，也得益于业内专家给予的行业洞察和指导建议。

医疗保障制度的建立和完善，关乎文明进步，也关乎社会稳定，更关乎我们每个个体生活的获得感、幸福感和安全感。

正如在前言中所述，我国的医疗保障体系经历了从无到有的、逐步完善的过程，目前仍在向着更加健全的多层次医疗保障制度目标努力。在抵达目的地之前所走的每一步都必不可少且意义非凡。

“改革既不可能一蹴而就、也不可能一劳永逸”，我们每个人都注定无法置身事外；“天下事，在局外呐喊议论，总是无益，必须躬身入局，挺膺负责，方有成事之可冀”，我们也乐于成为一个记录者，见证改革走过的每一步。

最后，本案例集中的部分案例由项目团队根据国内各类报道资料及专家建议整理而成，其中的数据可能存在滞后性，观点也有一定的局限性和主观性，恳请各位读者批评指正。

2021-2022

多层次医疗保障

创新案例集



艾社康



未来健康

