



# 商业健康险与医药 协同创新模式 研究报告

2024年2月

清华大学五道口金融学院中国保险与养老金研究中心

中国外商投资企业协会药品研制和开发工作委员会 (RDPAC)

美国药品研究与制造企业协会 (PhRMA)



# 商业健康险与医药 协同创新模式研究报告

清华大学五道口金融学院中国保险与养老金研究中心  
中国外商投资企业协会药品研制和开发工作委员会（RDPAC）  
美国药品研究与制造企业协会（PhRMA）

2024年2月



## **项目组成员：**

清华大学五道口金融学院中国保险与养老金研究中心：魏晨阳、朱俊生、刘晓

RDPAC：嘉雷诺（Renaud Gabay）、李京帅、卢欣

PhRMA：夏文杰（John Sullivan）、高山、詹怡和（Irene Chan）

## **专家组：**

蔡卓、陈佳、冯鹏程、何剑钢、严霄

# 目 录

摘 要 .....	1
<b>第一章 商业健康险与医药产业协同创新背景 .....</b>	<b>3</b>
一、深化医改商业健康险提供巨大发展空间 .....	3
二、与医药协同已成为商业健康保险重要创新方向 .....	7
三、商业健康保险发挥支付价值可以提高创新药品可及性 .....	7
四、商业健康险与医药产业协同创新主要研究内容 .....	8
<b>第二章 我国商业健康险与医药产业结合的主要领域与实践 .....</b>	<b>9</b>
一、特病特药保险与医药协同创新模式研究 .....	9
(一) 我国传统医疗险发展遇困境，无法充分回应市场预期 .....	9
(二) 特病特药保险以人群特征划分的三大创新发展模式 .....	10
(三) 特病特药保险发展主要面临规模有限、赔付价值不高、创新支付与保险监管 逻辑冲突的困境 .....	12
(四) 特病特药保险的风险管理逻辑：杠杆来自汇聚与管理 .....	13
(五) 促进特病特药保险发展应从税优、管办分开和医疗管理三方面着手 .....	14
二、药品福利（PBM）与医药协同创新模式研究 .....	17
(一) 我国药品福利机制的特殊性与发展背景 .....	17
(二) 我国药品福利已发展出多药品通道、制定创新药报销和采用服务权益三种模式 .....	18
(三) 监管推动药品 + 保险创新支付探索 2.0 模式 .....	19
(四) 我国药品福利与医药产业协同发展面临体制机制制约、专业化水平有限以及 寻找可持续商业模式的挑战 .....	20
(五) 我国药品福利与医药产业协同发展模式将走向基本医保为主、商业健康险市场 多元化发展的格局 .....	21
三、管理式医疗与医药协同创新模式研究 .....	22
(一) 我国管理式医疗发展需考虑本土化特点 .....	22
(二) 我国管理式医疗实践及关键路径 .....	23
(三) 我国管理式医疗实践所面临的挑战 .....	23
(四) 我国管理式医疗与医药产业协同创新未来发展趋势 .....	23

## 第三章 肿瘤领域商业健康险与医药协同创新模式研究 ..... 25

一、我国肿瘤疾病定义及肿瘤创新药发展概况 .....	25
二、国内肿瘤保险发展现状 .....	26
(一) 重疾险 .....	26
(二) 面向健康人群的医疗险 .....	27
(三) 面向带病人群的医疗险 .....	29
三、肿瘤创新药与商业医疗险协同发展方向与趋势 .....	32
(一) 通过服务聚合更广人群：全病种、全人群是前提 .....	33
(二) 更长链条的融合：筛查是机会，管理是必须 .....	33
(三) 更长期限的保障：终身保证续保是方向 .....	34
四、促进肿瘤创新药与商业医疗险协同发展的建议 .....	35
(一) 以癌症早筛入手 .....	35
(二) “防、治、保”结合 .....	35
(三) 探索肿瘤保险新模式设计：以早筛为起点，促进“防治保”一体化 .....	36

## 第四章 慢性病领域商业健康险与医药协同创新模式研究 ..... 38

一、研究背景 .....	38
二、慢性病领域商业健康险与医药协同创新模式梳理 .....	39
(一) 慢病版百万医疗 + 药品责任 .....	39
(二) 单病种医疗险 + 药品责任 .....	40
(三) 惠民保类普惠型健康险 + 药品责任 .....	41
(四) 本土化药品福利计划 (PBM) 模式 .....	42
三、慢性病领域商业健康险与医药协同创新模式发展趋势展望 .....	43
(一) 慢病版百万医疗保险将成为最重要的慢病险产品 .....	43
(二) 单病种医疗险仍有较大发展空间 .....	44
(三) 惠民保类普惠型健康险将提升慢病人群的特药与普药保障 .....	44
(四) 本土化药品福利计划 (PBM) 将主要与团体医疗险结合 .....	45
四、慢性病领域商业健康险与医药协同创新发展建议 .....	45
(一) 加强产品模式与销售场景融合式创新，推动慢病险场景化销售 .....	45
(二) 产业融合满足多元需求，共促产品创新 .....	47
(三) 场景融合实现精准营销 .....	47

## 第五章 罕见病领域商业健康险与医药协同创新模式研究 ..... 48

一、罕见病基本概况 .....	48
二、罕见病的多层次保障方案 .....	49
(一) 国家层面 .....	49
(二) 地方层面 .....	49

(三) 公益慈善	50
(四) 惠民保	51
(五) 其他商业保险	51
<b>三、商业保险参与罕见病保障现状</b>	<b>51</b>
(一) 重大疾病保险	52
(二) 医疗保险	55
(三) 保险产品增值服务	58
<b>四、罕见病领域商业健康险与医药协同创新面临的挑战</b>	<b>59</b>
(一) 重疾产品对于罕见病的保障相当有限，与医药缺乏协同	59
(二) 医疗保险产品对于罕见病的保障尚在探索中	59
(三) 罕见病增值服务经济效益有限	60
<b>五、罕见病领域商业健康险与医药协同创新趋势展望</b>	<b>61</b>
(一) 将罕见病责任纳入传统产品中，扩大罕见病责任的销售和覆盖面	61
(二) 惠民保是推广罕见病的快速渠道和双刃剑	62
(三) 特药责任是罕见病保险广覆盖的重要抓手	62
<b>六、罕见病领域商业健康险与医药协同创新建议</b>	<b>62</b>
(一) 商业保险在罕见病保障需要清晰的顶层定位	62
(二) 商业健康险可以更多承保罕见病早期筛查	63
(三) 责任保障和罕见病服务两手抓	63
(四) 完善以患者为中心的罕见病多层次保障方案	64

## **第六章 促进商业健康险与医药产业融合发展的建议** ..... 65

<b>一、完善促进商业健康险与医药产业融合的国家政策</b>	<b>65</b>
(一) 明确基本医保与商业健康险的职责界限	65
(二) 完善企业补充医疗保险税优政策，促进团体健康保险发展	65
(三) 加强民众健康风险管理意识，加大购买商业健康险政策支持力度	66
(四) 优化鼓励商业健康险创新投入的政策环境与机制	67
<b>二、医药产业可发挥自身优势，积极与商业健康保险合作</b>	<b>68</b>
(一) 充分发挥医药资源整合能力，构建医药资源“窄网络”	68
(二) 调整内部资源分配侧重，主动开展外部合作	68
(三) 充分做好用户教育，提升客户对医药产业的认知	69
<b>三、商业健康险行业探索与医药产业融合发展的创新模式</b>	<b>69</b>
(一) 重视健康险产品创新研发，加强长期健康险研力度	69
(二) 突破销售困境，实现精准营销	70
(三) 拓展商业健康险医药服务内容，以客户为中心延长服务链条。	70
<b>四、优化商业健康险与医药产业融合的体制机制</b>	<b>71</b>
(一) 打通数据壁垒，逐步建立医药保险行业间数据融通机制	71
(二) 推出行业规范，指导第三方服务机构规范化经营	71
(三) 积极发挥行业协会的作用，形成产业对话“联盟”	72



# 图目录

图 1 2022 全国卫生总费用构成	3
图 2 中国与 OECD 国家个人卫生支出比例比较 (2010-2020)	4
图 3 2020 年中国与 OECD 国家个人卫生支出比例比较 (%)	4
图 4 商业健康保险保费收入及其增速	6
图 5 商业健康保险赔付占直接医疗支出的比例	6
图 6 我国特病特药保险的发展历程	9
图 7 医疗险风险管理逻辑	13
图 8 肿瘤保险发展示例	36
图 9 国内某 PBM 模式项目机制	42

# 表目录

表 1 居民灾难性医疗支出发生比例国际比较	5
表 2 商业健康保险与医药产业主要合作领域与方式	8
表 3 商业健康保险角色的转变	24
表 4 两款癌症复发保险产品部分条款	30
表 5 “肺常完美”恶性肿瘤医疗费用保险部分产品内容	31
表 6 肿瘤保险框架构想 (以肺癌为例)	37
表 7 “安心保”系列产品主要责任	40
表 8 “乙肝保”系列产品主要责任	41
表 9 重疾险产品“重症责任”中属于罕见病的病种	52
表 10 重疾险产品“罕见特定疾病责任”中所包含的罕见病	53
表 11 罕见病专属特定疾病保险产品形态示例	54
表 12 部分包含罕见病责任的重疾险产品罕见病病种名称	54
表 13 罕见病保险定义和医学定义的差异示例	55
表 14 常见的医疗险中单独罕见病保险金	56
表 15 常见百万医疗险中罕见病特药列表	56
表 16 保险产品所搭配的罕见病服务示例	58

# 摘要

完善多层次医疗保障制度为商业健康保险提供了巨大发展空间。商业健康险与医药产业协同发展，既可以促进商业健康保险拓展带病人群，实现创新发展，又可以发挥支付价值，提高创新药品可及性。

目前商业健康保险与医药产业合作主要集中在慢性非传染性疾病、肿瘤与罕见病等三个重要治疗领域。从政府与市场关系的角度划分，合作模式主要分为两种类型：一是社商融合，最具代表性的是城市定制型商业医疗保险（惠民保）。二是商业保险合作，包括特药与特病保险、药品福利管理（PBM）以及管理式医疗。报告主要分析商业健康保险与医药产业合作模式的现状、面临的挑战，探讨可行性高且近期具有较大市场规模潜力的创新模式，并提出促进商业健康险与医药协同创新建议。

特病特药保险开启了保险业与医药行业的合作，在实践中出现了面向健康人群的特药保险、专注于患者人群的特病特药保险以及不分健康状况的全人群保障产品等三种模式。面临的主要挑战是规模与支付体量有限，以及与医疗管理结合有限。发展趋势是在政策支持下提升支付体量，加强与医疗管理结合。

药品福利（PBM）主要指制药公司支持的患者福利计划，即保险和医药行业开展的“创新支付”业务。在实践中有多药品通道模式、指定创新药报销模式以及采用服务权益的药品福利项目。主要挑战是面临一定的合规压力。监管机构治理的文件促使行业探索更具价值的商业模式，以特定疾病患病人群为主的带病体创新支付 2.0 模式加快探索，为新药疗效背书的保险呈现多元化创新趋势，基于普药供应链生态的药品权益卡模式正在朝着互联网门诊险快速发展。

当前我国保险业正在积极探索管理式医疗。主要挑战是保险业与医药产业缺乏深度融合，保险业没有实质性参与健康管理服务，并缺乏医疗保险网络衔接。保险与医药产业未来将根据自身的资源与禀赋，选择“从险到医”、“从医到险”、“科技创新”等不同路径探索管理式医疗，实现医、药、险深度融合。通过探索管理式医疗，商业健康保险的角色将逐步从医疗费用报销方与医疗保险支付方，转型升级为健康服务管理方，推动健康保险与医药产业融合，维护客户健康。

在肿瘤领域，商业健康险通过重疾险、面向健康人群的医疗险以及面向带病人群的带病体保险等方式，探索与医药协同。创新趋势是通过服务聚合更广人群，提供长期保障以及促进“防治保”一体化。

在慢病领域，商业健康保险与医药协同的模式分为四类：一是慢病版百万医疗+药品责任，二是单病种医疗险+药品责任，三是惠民保类普惠型健康险+药品责任，四是PBM等创新支付模式。未来创新趋势是，慢病版百万医疗将成为最重要的慢病险产品，单病种医疗险仍有较大发展空间，惠民保将提升慢病人群的特药与普药保障，本土化药品福利计划将主要与团体医疗险结合，加强产品模式与销售场景融合式创新。

在罕见病领域，商业健康保险与医药协同的探索主要涵盖重疾险、医疗保险以及罕见病增值服务。未来创新趋势是，将罕见病责任纳入传统产品中，扩大销售和覆盖面，惠民保是推广罕见病特药责任和罕见病服务的快速渠道，更多承保罕见病早期筛查，将罕见病的责任保障和与服务有机结合。

为了促进商业健康险与医药产业协同创新，可加大购买商业健康保险政策支持力度，提升对医药产业支付价值；多方合作加强商业健康保险产品供给，覆盖更多创新药械；优化信息共享机制，促进商业健康保险与医药产业协同创新；完善监管，促进保险机构探索与医药产业协同；积极发挥行业协会作用，促进产业间有效交流。

# 第一章

## 商业健康险与医药产业协同创新背景

二十大提出，“促进多层次医疗保障有序衔接，……积极发展商业医疗保险。”完善多层次医疗保障制度为商业健康保险提供了巨大发展空间。商业健康险与医药产业协同发展，既可以促进商业健康保险拓展带病人群，实现创新发展，又可以帮助解决日益突出的创新药品可及性与基本医保体系不协调的矛盾。

### 一、深化医改商业健康险提供巨大发展空间

目前我国个人卫生现金支出与灾难性医疗支出比例仍然较高，降低个人卫生支出比例是深化医改的重要目标。2022年，全国卫生总费用84846.7亿元，其中个人卫生现金支出22914.5亿元，占比27.0%（参见图1）。2010年以来，OECD国家个人现金卫生支出比例平均值保持在20%左右，2020年为18.32%。我国个人现金卫生支出比例则从2010年的35.29%下降至2020年的27.65%，比OECD国家个人现金卫生支出比例平均值高9.33个百分点（参见图2）。在OECD国家中，29个经济体个人现金卫生支出比例低于中国，仅7个经济体高于中国（参见图3）。<sup>1</sup>

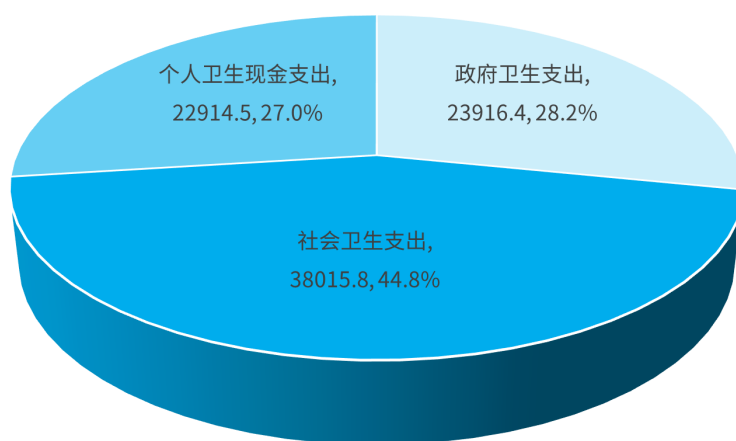


图1 2022年全国卫生总费用构成

资料来源：国家卫健委《2022年我国卫生健康事业发展统计公报》

1 国家卫健委《2022年我国卫生健康事业发展统计公报》

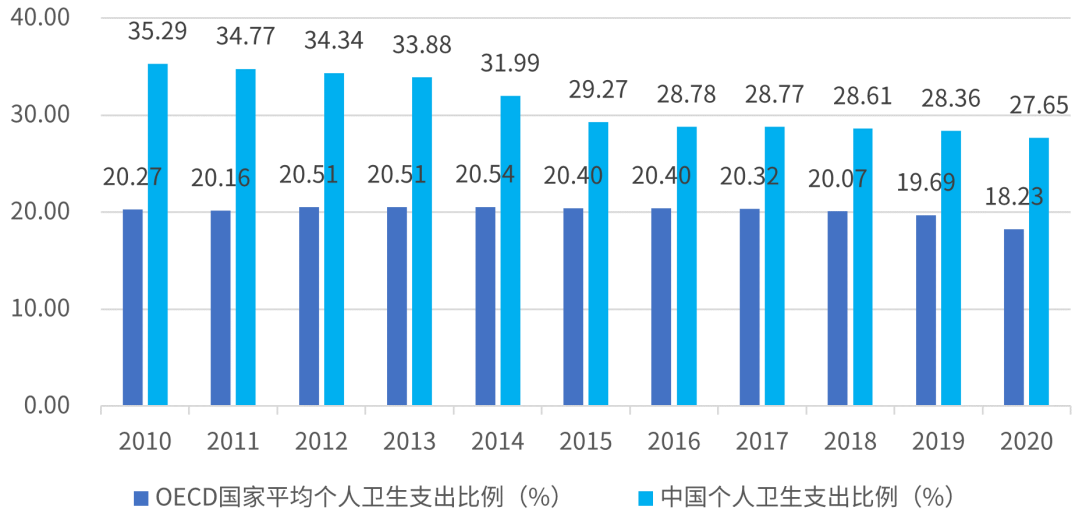


图 2 中国与 OECD 国家个人卫生支出比例比较 (2010-2020)

资料来源: OECD 国家数据来源于 OECD 官网 (其中部分国家部分年份数据缺失, 求值时未纳入计算); 中国数据来源于《中国卫生健康统计年鉴》(历年)

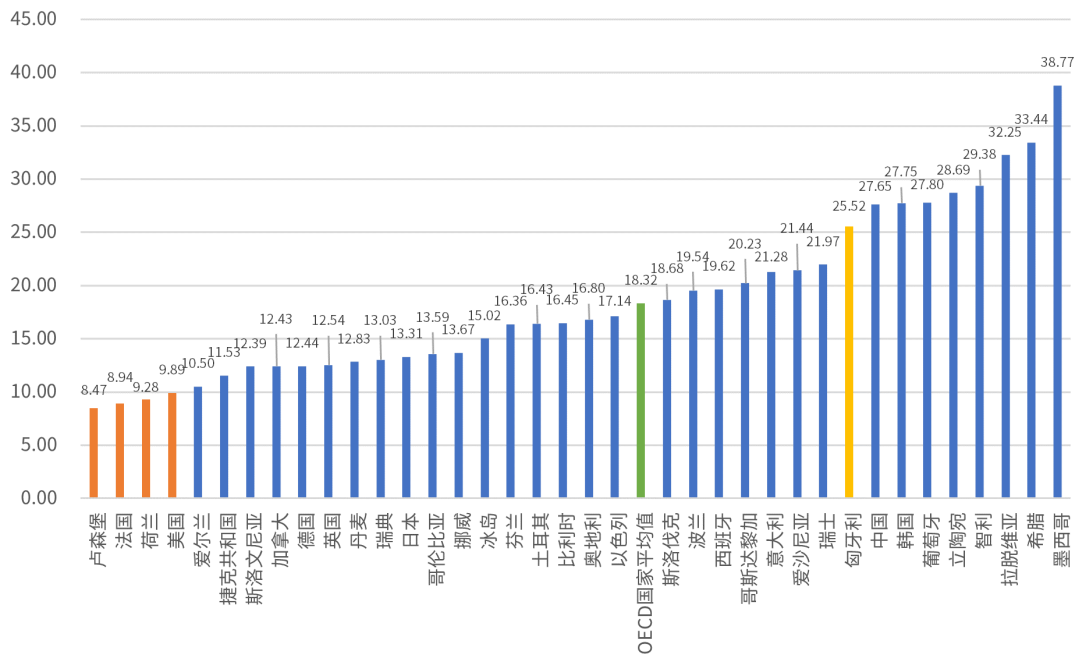


图 3 2020 年中国与 OECD 国家个人卫生支出比例比较 (%)

资料来源: OECD 国家数据来源于 OECD 官网 (其中部分国家部分年份数据缺失, 求值时未纳入计算); 中国数据来源于《中国卫生健康统计年鉴》(历年)

我国个人现金卫生支出比例较高，造成居民灾难性医疗支出的比例仍然较高，高于主要发达经济体与新兴经济体（参见表 1）。以家庭卫生支出占家庭支出 10% 界定的灾难性医疗支出发生比例，中国为 23.98%，高于世界平均的 13.21%；以家庭卫生支出占家庭支出 25% 界定的灾难性医疗支出发生比例，中国为 9.18%，高于世界平均的 3.84%，均远高于美国、英国、日本等发达经济体，也高于印度、巴西等新兴经济体。因此，继续降低个人卫生现金支出比例是深化医改的重要目标。

表 1 居民灾难性医疗支出发生比例国际比较（%）

经济体	灾难性医疗支出发生比例 (家庭卫生支出占家庭支出 10%)	灾难性医疗支出发生比例 (家庭卫生支出占家庭支出 25%)
全球 (2017)	13.21	3.84
中国 (2016)	23.98	9.18
美国 (2019)	4.31	0.76
英国 (2018)	2.27	0.37
日本 (2019)	10.5	1.9
印度 (2017)	17.32	6.53
巴西 (2017)	11.81	1.88

资料来源：WHO. World health statistics 2022: monitoring health for the SDGs, sustainable development goals

提高政府卫生支出比例，与扩大基本医保覆盖面，增加社会卫生支出，是我国个人卫生支出比例迅速下降的重要原因。但随着经济下行，财政预算约束增强，进一步提升政府卫生费用支出比例的空间有限，难度加大。同时，医保基金收支平衡压力持续增大，在卫生费用中占比难以有效提升。发展商业健康保险既可以运用互助共济机制分散疾病给个人和家庭带来的经济压力，又可以减少财政和基本医疗保险基金负担。2022 年，商业健康保险保费收入为 8653 亿元（参见图 4），赔款支出为 3600 亿元，占直接医疗支出的 7.19%（参见图 5）。可见，商业健康保险发展水平不高，发展潜力巨大，可成为降低个人卫生支出比例的重要选择。

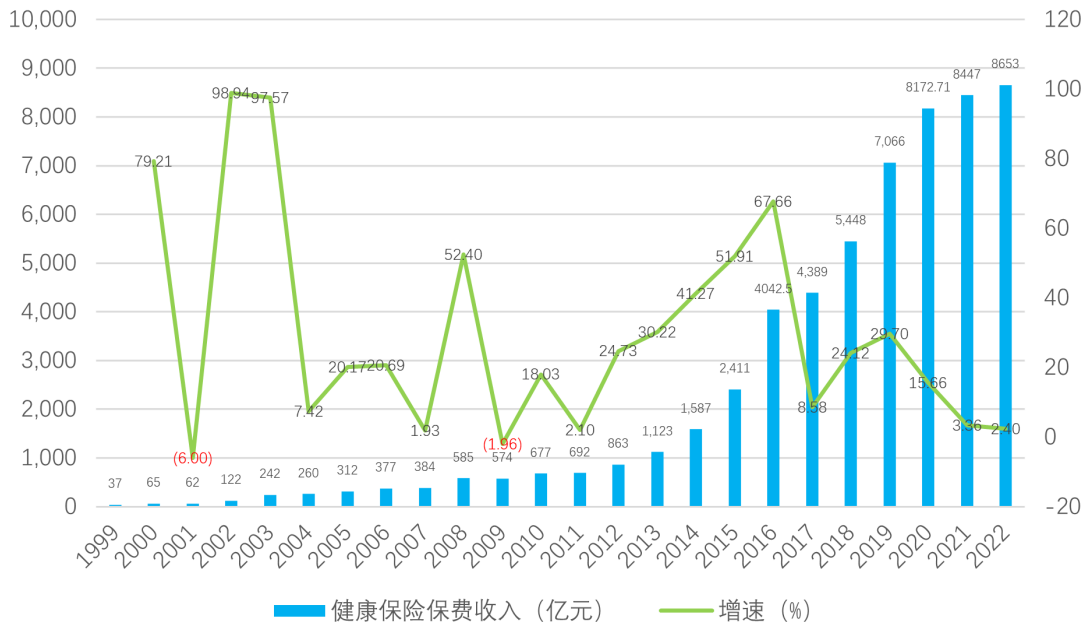


图4 商业健康保险保费收入及其增速

资料来源：原银保监会与国家金管局

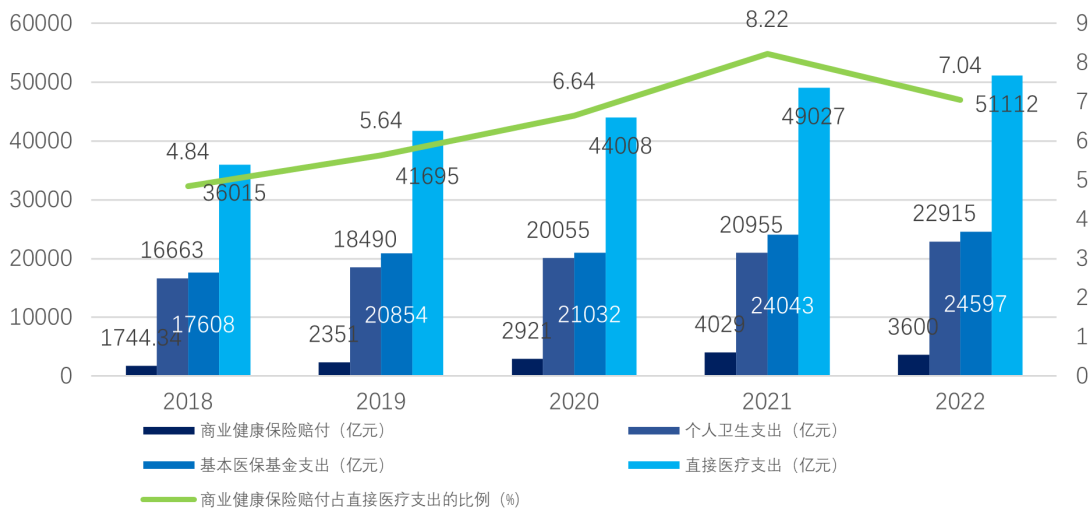


图5 商业健康保险赔付占直接医疗支出的比例

注：直接医疗支出为用于药品、医疗产品与服务的直接支出，包括基本医疗保险基金支出、个人卫生支出以及商业健康保险赔付。

资料来源：商业健康保险赔付数据来自于原银保监会与国家金管局；基本医保基金支出数据来自于《全国医疗保障事业发展统计公报》（2018-2011）；2018年基本医保基金支出包含生育保险，2019-2022年基本医保基金支出含声誉保险；2018-2021年个人卫生支出来来自于中国卫生健康统计年鉴；2022年个人卫生支出数据来自国家卫健委《2022年我国卫生健康事业发展统计公报》。

## 二、与医药协同已成为商业健康保险重要创新方向

随着人口老龄化、高龄化及疾病谱转变，中国带病人群<sup>2</sup>数量接近4亿人。2020年，带病人群及老年群体的医疗支出约为2.5-3万亿元，约占当年全国医疗支出的60%。但由于适用的商保产品有限，该类人群贡献的商保保费占比仅为5%左右<sup>3</sup>。可见，带病人群自付负担较为沉重，保障缺口较大，大力发展带病人群保险成为行业共识。

在带病人群保险探索与发展实践中，各参与方逐渐发现仅靠单点发力和单项突破无法满足带病人群管控疾病进程、减轻支付压力及提升风险保障水平的多元需求。因此，医、药、险及患者管理领域中各参与方开始逐步探索相互链接及合作，联合推出包含医疗责任、药品责任及健康管理的综合风险保障产品，发挥各自专业优势，共同满足带病人群多元需求。对协同各方而言，通过优势互补，集合产业链优势打造更优质高效的综合保障服务的同时，也提升了各自的服务边界及服务能力。其中，药企提升了相关药品的患者认知、用药依从性并利用积累数据进行真实世界研究，险企拓展了健康险客户群并提升了带病人群保险的保障水平和客户感知。随着带病人群保险探索的深入，与医药协同已成为商业健康保险重要创新方向。

## 三、商业健康保险发挥支付价值可以提高创新药品可及性

创新药可以延长寿命、提高生活质量、预防疾病、减少医疗费用及促进经济发展。靶向治疗、活细胞提取药物、免疫疗法、CAR-T细胞治疗及CRISPR基因编辑等创新疗法为延长患者生命提供新的可能。如在肿瘤领域，与传统化疗相比，创新疗法显著提升了患者五年生存率。中国每年新发约400万癌症患者，健康中国2030提出了五年生存率提升15%的目标，创新药和疗法对于实现健康中国目标意义重大。

创新药品可及性是世界各国医疗卫生保健制度面临的共性难题。当前，基本医保难以覆盖所有创新药，部分疾病在基本医保上无创新药可用，患者未满足需求高。国家医保目录启动常态化调整以来，已有上百种创新药进入国家医保目录。但是，目前创新药仍然存在较大的医保保障缺口。在我国已批准上市的270种专利药中，仅有146种纳入医保，多达124种（46%）专利药物未纳入医保目录。许多疾病或患者群体缺乏医保目录内药品，其中，82个肿瘤创新药中仅有57%被纳入医保、28个罕见病创新药中仅有46%被纳入医保、其他治疗领域160个专利药仅有54%被纳入医保。<sup>4</sup>以癌症治疗最受关注的PD-1/PD-L1品种为例，许多癌种和部分患者群体仍缺乏医保目录内药品。另外，DRG/DIP等支付方式改革也会一定程度抑制创新药的使用。

<sup>2</sup> 带病人群指重症和慢性病患者。

<sup>3</sup> 麦肯锡：《奋楫正当时：中国商业健康险的挑战与破局》，2022年6月。

<sup>4</sup> 中国外商投资企业协会药品研制和开发行业委员会（RDPAC）、美国药品研究与制造企业协会（PhRMA）：《惠民保项目可持续发展研究报告》，2022。



我国创新药审批加速和医保目录动态调整，很多创新药正处在产品的“导入期”和“成长期”初期，需要合理的价格水平加以保护和激励。但医保谈判降价显著，创新药的成长期往往较短，经常过早出现微利甚至亏损现象，药企难以有效弥补前期投入的高昂的研发成本。

因此，创新医药的发展，需要在基本医保之外的商业力量，实现多方筹资、灵活支付，需要商业健康保险发挥支付价值。近年来，商业健康保险探索与医药协同发展，具有成为创新药重要支付方的潜力。

## 四、商业健康险与医药产业协同创新主要研究内容

目前商业健康保险与医药产业合作主要集中在慢性非传染性疾病、肿瘤与罕见病等三个重要治疗领域。从政府与市场关系的角度划分，合作模式主要分为两种类型：一是社商融合，最具代表性的是惠民保。鉴于这个领域的研究已经广受关注，本报告不重点讨论。二是商业保险合作，包括特药与特病保险（Special Health Plan for Specialty Drugs & Specific Diseases）、药品福利管理（PBM）以及管理式医疗（药+健康服务）。报告主要分析商业健康保险与医药产业合作模式的现状、面临的挑战，探讨可行性高且近期具有较大市场规模潜力的创新模式，并提出促进商业健康险与医药协同创新的建议。

表 2 商业健康保险与医药产业主要合作领域与方式

	肿瘤	慢性非传染性疾病	罕见病
惠民保	√	√	√
特药与特病保险	√	√	
药品福利	√	√	√
管理式医疗	√	√	

资料来源：作者整理

## 第二章 我国商业健康险与医药产业结合的主要领域与实践

### 一、特病特药保险与医药协同创新模式研究

#### (一) 我国传统医疗险发展遇困境，无法充分回应市场期待

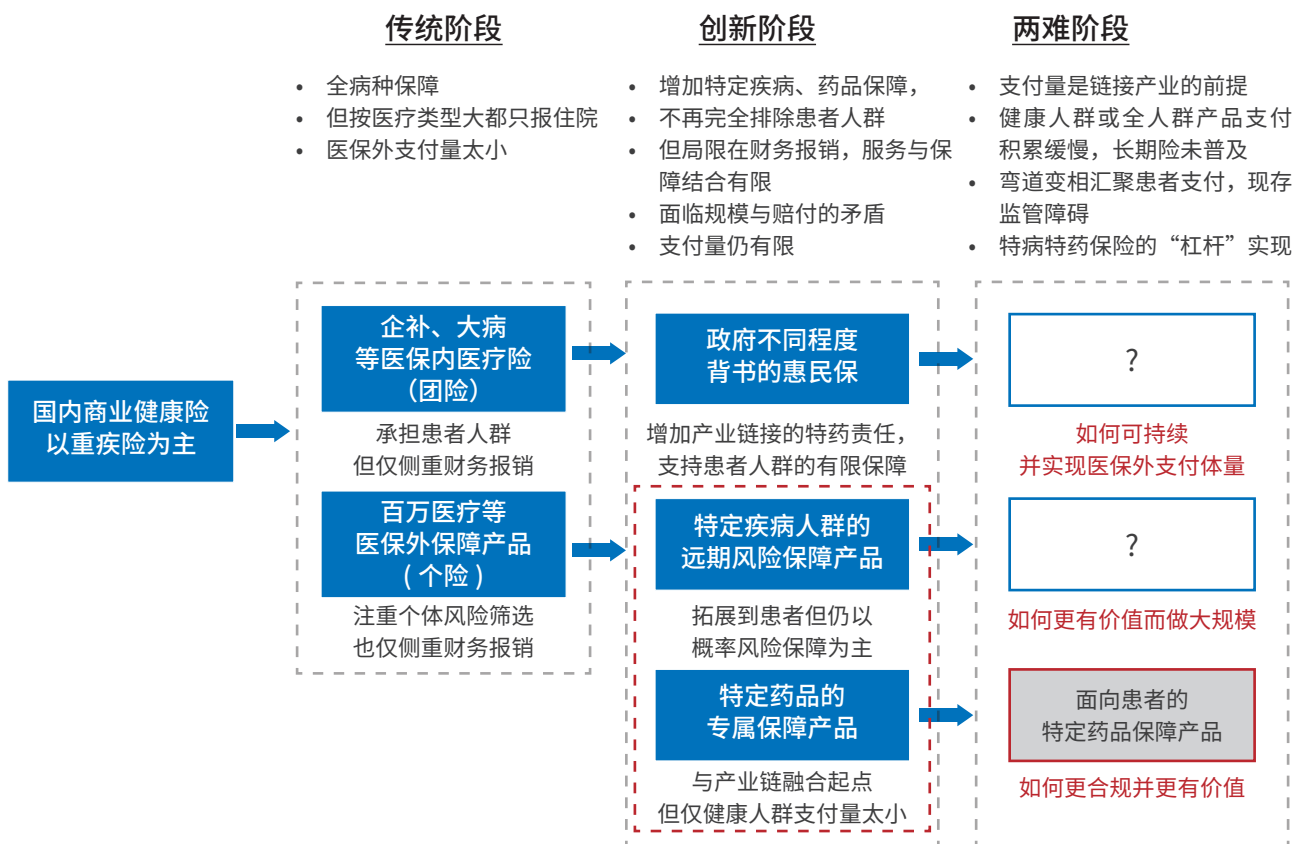


图 6 我国特病特药保险的发展历程

资料来源：作者整理

我国医疗险发展时间并不长，发展至今主要形式较为集中，主要可分为两种：一是，企业补充医疗保险与大病保险等医保内医疗险。二是，百万医疗等医保外保障产品。

医保内医疗险受企业补充医疗税收激励政策及大病保险政策影响，长期以来，国内医疗险主要以团体企业补充医疗保险及医保统筹采购的大病保险为主。通常不区分被保险人健康状况，面向群体统一开展，但因发展早期行业对医疗险费用管控积累有限，行业产品设计都将保障责任范围局限在医保范围内费用，对于医保目录外费用鲜有保障。虽然有国家支持发展政策，也有几百亿的市场规模，但企补和大病保险的发展，未能使商保构建起医保体系外的支付角色。

医保外医疗险保障产品则随着互联网行业的快速发展，以百万医疗为代表的互联网保险异军突起，但在市场普遍的寿险经营思维下，产品形态聚焦在以几百元保障几百万的高杠杆，且因是个人险种，传统寿险思维下，筛选健康人群成了风控核心，而产品与患病人群的服务和保障几乎完全脱钩。医疗险本该融合的健康管理、疾病管理、医疗网络管理等等，完全没有涉及，至多是把相关服务作为成本项来做营销。由于医疗险市场普遍存在的逆选择倾向，单纯筛选健康人群的策略下直接造成产品销售成本高，而百万医疗又是短期险种，无法像长期险为主的寿险，在平准保费下，即每年固定的保费收入中，通过利差、费差来平衡整体收益，唯一的选择就是压缩赔付空间，进而造成产品重销售、轻赔付的市场结果。

尽管当前健康险市场规模高达百亿，但尚未与医药行业形成支付互动。未来，医疗支付方的配套发展需求和百姓对于医疗新技术新药物的保障需求越来越高，国内以医保为单一支付方为主的现实下，诸多创新医药难挤医保支付“独木桥”，社会因病致贫因病返贫现象仍难解决。在此背景下，商业医疗保险亟待发展已是国家及社会各方的共识。目前传统商业医疗险形态实际对医保外医疗健康服务的支付微乎其微，无法真正回应市场期待。未来，只有与医药行业更加深度的融合，在融合中摸索商业健康险尤其是医疗险作为支付方、服务方的角色定位，才能真正满足患者日益增加的医疗、用药及服务的需求。

## （二）特病特药保险以人群特征划分的三大创新发展模式

聚焦特定疾病特定药品的保障产品，是传统医疗险产品与医药行业合作的创新开始。这类产品被称为特药保险、特病保险（或又称专病保险），因对已患病群体不再拒绝承保，甚至仅针对已患病群体，又被称为“带病体保险”。这类产品的创新，因其创新出发点和动力的不同，在国内特有的医疗险市场环境下，又分为几种不同形态：第一，针对健康人群，提供特定疾病、特定药品保障的产品。第二，针对已患特定疾病的群体，提供特定疾病相关保障的产品。这两种产品形态主要从个险发展出来。第三，不区分健康状况，全人群包括特定已患病群体可参加的，全费用或特定费用保障产品。这种产品形态更多是团险业务模式的延伸。

一是面向健康人群的特药保险，以“药神保”为代表，主要聚焦高价特药保障的特药保险。该模式打开了商保与创新医药结合的探索之门。以社保外昂贵特药为保障范围，并且改变传统医疗险后报销的做法，在理赔流程中设置审核和指定药房网络直付，不再需要用户自行购买后拿发票报销。一方面是保障范围与创新医药直接对接，另一方面在运作模式上链接到了创新药的主要销售终端DTP药房。此后，特药保险责任迅速成为医疗险的标配。特药保险的涌现也激发了越来越多的保司

开始关注医药市场上的最新疗法、药品、技术，并纳入到创新医疗险产品中。可以说，特药保险是国内商业医疗险的转折。

国务院办公厅2021年9月颁发的《关于印发“十四五”全民医疗保障规划的通知》明确要求“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”。也因此特药保险得到很多创新药企的期待，但由于特药的使用，本身是一个小概率事件，如果从健康人群入手，又是短期险，最终的结果是出险率低，未能满足各方预期，持续将更多创新医药技术纳入商业健康保险范围是此类产品未来发展方向之一。

二是专注于患者人群的特病特药保险。近几年，“带病体”保险概念备受关注，但从健康人群向带病体医疗险的探索非常艰难。带病体特病特药险早期主要针对特定患病人群，提供并发症和远期风险保障。但对患者而言，这类风险属于极小概率事件，且并不能解决眼前实际问题，在国内百姓保障意识普遍有限的情况下，这类产品很难获得患者的普遍认可。此外由于保险公司大都以寿险思维为核心，以筛选轻症患者作为重点风控手段，而没有通过其他管理手段降低风险，因此此类产品对患者的实际价值有限，精准找到符合条件的患者成本高，实际业务量极其有限，难成气候。

此外，该产品在用药患者的特定场景也进行了一些尝试。第一，在新药场景，通过保险实现疗效承诺，支撑患者信心。在新药上市，市场对其疗效的认可尚待积累的情况下，药企通过保险工具，投保“疗效保险<sup>5</sup>”，以确定的疾病进展为疗效正向或负向定义，符合定义时，给予患者特定的补偿，包括如一次性津贴、补偿已发生费用、补偿后续治疗开销、提供关联服务等等。第二，购药场景，保险承担还款风险，促成药费分期付款，提高处方转化率。新特药通常价格昂贵，普通患者家庭在没有金融支持手段下很容易放弃治疗。征信及疾病进展的不确定性，让大部分贷款机构并不愿开展药费分期业务。创新药企对药品疗效有信心，甚至愿意共同承担风险，那么将有机会通过保险工具解决还款风险，促进高价药的分期付款实现，这将是利于各方的好事。但由于信贷相关市场的限制，此类保险实际开展仍非常少见。第三，用药场景，保险设计与用户的用药行为关联，促进用药依从性管理。慢病管理很重要的一个方面就是按时、足量服药。在提升患者认知水平，管理患者行为的过程中，医疗险可作为一种适宜的激励机制引导行为改变。此类产品主要适用于医保外慢病药品，对于提升集采未中标品的可及性也有一定助益。需要配套专业完备的疾病管理体系，和足够体量的精准付费用户支持持续发展。而对于国内大部分常见慢病服药患者而言，特别是在医保“带量采购”对各医院指标分配要求下，要聚集足够体量医保外慢病用药付费患者并非易事，也直接造成此类产品独立发展有限。

患者人群“带病体保险”的核心，并不仅是面向带病体提供概率风险保障，而是利用医疗险工具直接解决患者面临的问题，但上述患者场景的产品创新，对于相关配套要求比较高，疗效保险需要清晰可操作的疗效标准，还款风险保险以信贷机构开展药费分期付款业务为前提，用药场景需要足够体量的精准患者人群为基础，而这些在国内都基本还未成体系，相关配套还待完善发展，其实也需要保险侧有更积极的创新，去互相推动发展。

5 “疗效保险”与医疗险中保险方与医药服务供给方议价支付，采用的“按疗效付费”还不是一回事。疗效保险，是直接对患者出现符合疗效约定定义的补偿。“按疗效付费”与患者无关，是保险方支付方式的一种。但两者都需要各方对疗效的定义、衡量方式有统一共识。

三是不分健康状况的全人群保障产品。不分健康状况的全人群保障产品主要指惠民保，是团险模式的延伸，借助政府的力量背书与筹资，改变了以前传统个险或是纯商业保险的销售逻辑。惠民保更为独特的地方在于背后有多方推动，特别是第三方医药 TPA，将惠民保与特药紧密结合覆盖已病患者。但作为普惠型产品惠民保定价低廉，特药保障在惠民保风险保障水平中实际有限，带来的特药支付量有限。随着政府参与的加深，各方对惠民保有很多的期待和干预，包括赔付率、保险产品、目录的要求等，产品的商业创新受到一定限制。

### （三）特病特药保险发展主要面临规模有限、赔付价值不高、创新支付与保险监管逻辑冲突的困境

对于传统保险公司而言，风险筛选和金融工具是核心，当前对“带病体保险”，的探索并未深入医疗险的核心，即医疗管理，因此当前各类特病特药保险都面临着一定的发展困境。

一是规模与支付体量有限。在目前的商业性探索中，面对患者，保险公司往往只选择保障其相对小概率发生的远期不确定风险，如并发症等，对筛选病情相对轻的患者提供保障，赔付风险相对可控，要么不能解决实际问题，要么很难精准找到目标患者，规模必然有限。

二是与医疗管理结合有限。惠民保最大敞口地把所有人群不分健康状况纳入进来，且统一费率，覆盖人群规模很大，如上海沪惠保共 700 多万人投保，有 8 亿元的共济池。但最终价值只能体现在赔付结果上。沪惠保赔付病种分布排在第一的是医患行为选择性较大的“腰椎间盘突出”。背后的原因，依旧与创新型保险险种虽拓宽了保障范围，但“只赔不管”有关。只对医疗发生费用进行事后报销或直付，与医疗管理的结合非常有限，这必然会导致“死亡螺旋”的发生。而且这样的产品因没有与医疗管理结合的风险控制手段，甚至反而会诱导更多卫生资源浪费。

支付量是医疗险发挥价值的前提，但上述创新探索面临规模和赔付的两难，而且总体来讲，国内商业医疗险的筹资难筹资效率低，医疗险在医疗体系中的工具价值尚不能发挥。

三是创新支付与保险监管逻辑存在冲突。在保险和医药两个行业对现状改变的共同压力和期待下，市场上出现了一种特殊的“带病体保险”，或又被成为“创新支付”<sup>6</sup>，直接覆盖患者人群的药品费用，提供福利折扣。这类产品从药企合作或直接贴补患者的角度出发，汇聚支付形成一个体量相对较大的支付集中地（还不能成为支付池）。这类产品是一个阶段性的半成品，需要补充更完整的疾病管理，以及与健康人群共济的总风险池。

这样特殊的形态，使传统保险公司可直接实现巨大的保费规模，同时又有可控的保险赔付，因此获得部分保险公司的追捧和一些医药 TPA 公司的热衷。在相关管理和业务配套不完备的情况下，此类业务发展极快，风险也逐渐暴露，甚至与国内保险监管逻辑出现了矛盾。2022 年 8 月，银保

<sup>6</sup> 创新支付原是指医疗保险方与医疗服务供给方支付时的创新支付方式，比如按疗效结果付费，而不是按实际发生费用付费，但国内市场所称“创新支付”并非此意。

监发文指出该产品违背射幸原则和保险公司未实质参与风险管理的两个问题，即这样的保险产品缺失了杠杆。射幸，是指风险的不确定性。如果直接解决已病人群的问题，如何使患者人群的医疗花费构成射幸逻辑值得探讨。如何寻找带病体风险的杠杆以及如果没有杠杆，是否还能在中国现有保险框架里成为保险。医疗险团购属性的工具价值是否能独立构成杠杆也应该引发思考。关于风险管理，在这样的“团购”保险产品中保险公司是否发挥了风险管理的价值？具体体现在哪里？监管的督促一方面对业务产生了冲击，另一方面也让行业再多一些思考和检视，怎样真正让行业更健康长期地发展。

#### （四）特病特药保险的风险管理逻辑：杠杆来自汇聚与管理

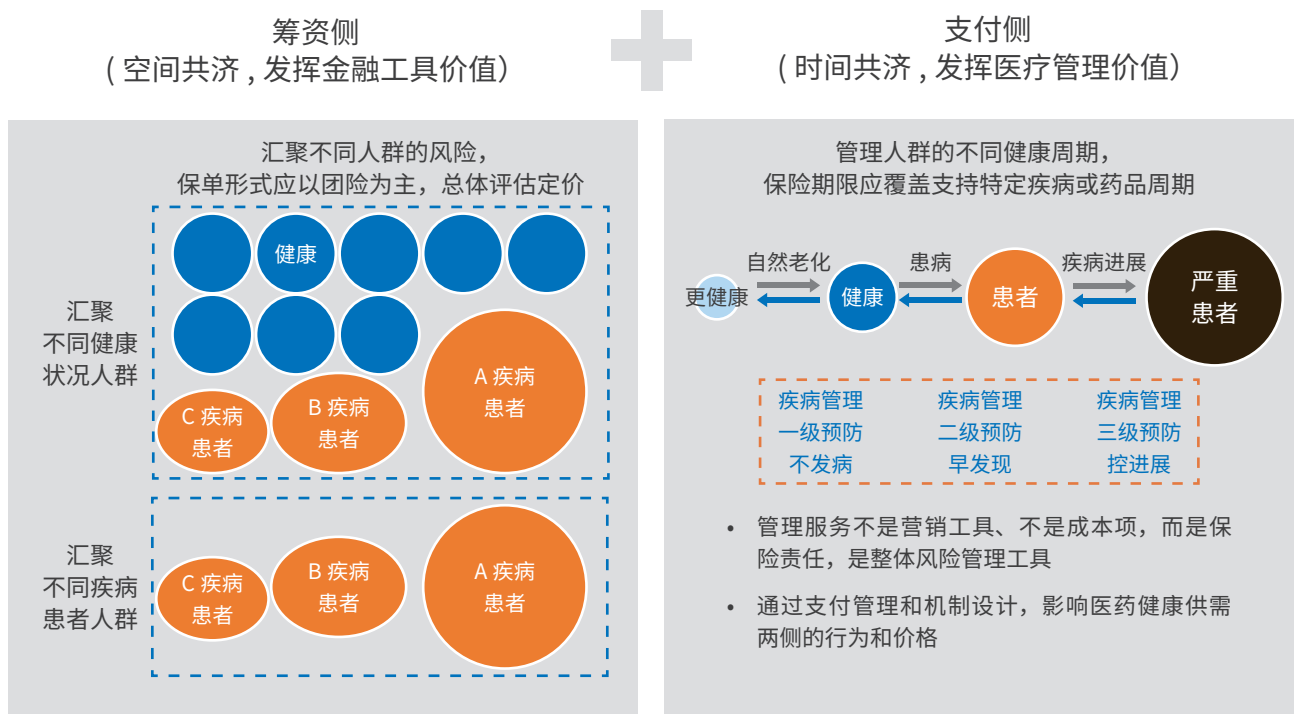


图 7 医疗险风险管理逻辑

资料来源：作者整理

在梳理了市场上已有的特病特药保险与医药结合的探索后，进一步探究针对医疗险或者说已经专注在特定疾病特定药品领域的医疗险的管理逻辑是十分必要的。

保险作为风险的管理者，面对风险的方式主要又风险转移和直接管理两种思路。一是通过时空共济转移风险。从金融的工具属性上讲，医疗险的价值是通过时间和空间上对医疗风险的价值交易来实现的。空间上，是通过人群的聚合，使得风险分散。时间上，是通过长期保障，把现在与未来的风险实现分摊，都是通过共济的方式化解风险。

二是通过医疗管理降低风险。由于医疗险保障标的是医疗服务这种特殊需求的费用负担，而不是寿险中单一的死亡风险事故标的。除了金融属性，它还有医疗管理属性。医疗管理更多是一种行为上的约束与改变，通过对医疗服务的供方和需方（医患两方）的行为管理，去改变保障标的的风险程度，需要过程中的管理。因此，医疗险面对的不仅仅是精算问题，更多的是医患两方的行为问题，更多是医药服务供需两方的交易问题。“算、管、谈”——合理地算，主动地管，有力地谈，而不仅仅是靠精算和定价，核保和理赔进行风险筛查和控制，其中“管”就是通过医疗管理降低风险。

总结而言，医疗险杠杆的两个来源：一是通过风险在时间、空间的汇聚，转移分散风险，形成杠杆。二是依靠医疗管理降低风险。所有的医疗行为是对疾病发展、自然老化的反作用力，医疗管理包括一、二、三级预防，可能使得医疗早期发现早期治疗、规范治疗，带来康复、疾病延缓，从而降低医疗风险，而这个结果风险是不确定的。当前，国内健康险市场普遍以寿险思维规划健康险产品，医疗险中的医疗管理实践非常有限，更多是把管理当作一个增值服务，一种保险营销手段，服务是保险的成本项，而不是利润驱动项。这也是为什么国内医疗险大都只赔不管，以及国内很多健康医疗服务看起来都很好，但没能跟保险结合获得支付的原因之一。

医疗险作为医疗服务供需间的支付方，天然存在团购议价属性，本身就存在基于规模的一定杠杆，但这点与传统保险射幸逻辑不同，因此与国内保险监管框架不完全兼容。但医疗险的本质还是医疗管理与金融工具的结合，并不单纯是团购属性，如何在现有监管框架下转变医疗险经营理念，加快融合发展医疗管理，是行业必须面对的课题。

## （五）促进特病特药保险发展应从税优、管办分开和医疗管理三方面着手

下一步为推进特病特药保险进一步与医药行业协同创新发展，应从以下三方面着手发力。

一是税优支持。特病特药险作为一个相对特殊的险种，特别在发展早期，其规模的实现无法单纯依靠商业营销推动，更多的需要外力推动，政府应将其看作社会保障重要的一部分给予政策扶持。加之医疗险本地化属性强，离不开当地政府特别是税优的支持，这也是各国商业医疗险发展的关键外力。如美国，对于参加商业健康险的个人和企业有非常强的税收激励支持。如企业缴纳团体健康险免征个税且无税优上限；自由职业者购买商业健康险，在总收入的一定比例内的保费可享受免税等。在德国，对于年收入超过一定标准的人群，可选择放弃参加社会医疗保险，将商业医疗险作为社会医疗保险的替代品参加。对于补充医保的商业医疗险，所有个人都可参加，且可免税。澳大利亚也有类似政策，甚至对于高收入群体，如果未购买商业医疗保险，还设有惩罚税。

多年以来，虽然我国也出台了诸多支持发展商业健康险的政策，包括税优政策，如企业补充医疗保险可在企业工资总额 4% 以内税前列支；如 2016 年就试点开展的个人税优健康险等等。但这些政策适用人群有限，特别是针对占国内人口 70% 以上的城乡居民人群税优政策几乎没有，且操作繁琐，如个人税优健康险投保纳税处理繁琐，从 2016 年试点到全国推广，一直存在“叫好不叫座”的现象，多年累计实现保费不足十亿元。加上国内医疗风险管控力量薄弱，未发展自身的医疗风险管理能力，绝大多数产品的保障责任被局限在医保范围内、医保定点医疗机构发生医疗费用保障，始终未能形成足够大的医保外规模体量。

政府支持政策和力度是各国商业医疗险发展壮大的关键。期待国内政策的进一步加强和完善，为国内商业医疗险的发展创造更积极的环境，降低商业医疗险的营销成本，促进行业观念转变，转向深入与医药行业的深度结合和创新，才能有特病特药保险发展的土壤。

二是管办分开。直接承办社会医疗保险的经办业务，是商业医疗险发展的另一条道路，也是单纯从支付入手，快速获得大规模体量支付的方式。但前提是社会医疗保险的“管办分开”，即医保侧重医保体系的政策和管理，不直接参与支付侧的运作，而是调动市场竞争力量，通过各方管理效能的提升，真正改善支付效率，并促进整个医疗服务和技术的发展。医疗服务虽然属于公共产品或准公共产品，但医疗险是介于医疗服务供需两方之间的第三方，有评估、筛选、激烈适宜医疗资源的工具属性。同时医疗险又由于保险机制的利益关系，天然有避免医疗技术滥用的动机，而其自身的行业竞争更能促进其高效完成支付方使命，提升整个医保支付市场的效率和促进卫生资源合理配置。如美国看上去以商保为主，但其商保体量中大部分是社会医保（Medicare 和 Medicaid）的支付托管，社会医疗保险并不直接参与医保基金的运作管理，而更多是政策制定和对支付市场进行监管。这一方面解放了政府事务性繁琐，同时基于市场竞争运作促进商保对医药市场的推动力，促进社会医疗保险外的费用市场的高效发展，真正成为社会医疗保险的补充。

随着市场主体聚集发展，反垄断以及避免商保与医药市场的勾结，是成熟市场的又一命题，但在市场早期，调动市场力量进行支付管理更利于促进整体支付效率的提升。事实上，国内部分地区商业保险公司也承接了基本医保委托管理业务，高扩大病险、护理险以及慢病管理甚至全病种医保托管，分担了医保的成本和管理压力，同时也为商保参与当地医疗管理，积累管理经验，进而真正促进当地多层次医保体系完善，奠定了基础。但在实务操作中，商保公司在此类业务中，对于医保数据的获取和使用，以及因参与多元复合医保支付方式，而与医疗机构的非按项目付费的特殊结算方式，还受国内诸多监管政策的限制，有待进一步发展。

三是探索医疗管理。医疗管理是医疗险的核心，也是医疗险杠杆实现的主要来源。在规模体量足够的基础上，与医药深入链接，发展医疗管理是医疗险，尤其是特病特药保险发展的关键。

从医疗管理的模式来讲，第一种是面向患者的疾病管理，是通过利益机制设计，将福利待遇与医疗行为和结果挂钩，规范治疗，实现疾病进程延缓。第二种是面向健康人群的健康管理，主要是提供二级预防，如早筛等服务。健康管理服务非刚需，但通过与保险的结合和激励使用，可实现医疗风险降低。从国际经验看，医疗管理是保险产品的重要组成部分，被保险人参加保险后，不但得到的是财务分担补偿，更是可获得医疗、健康相关的服务和安排，服务的背后其实是对医患两方行为的干预。



特定疾病的保险、特药保险很难独立存在，而是医疗保险中的各类疾病管理服务与保险赔付的深入结合。这样既解决了特定疾病患者精准销售的难题，又能真正从预防到治疗到康复全流程对患者提供干预引导合理行为，真正从源头控制医疗费用风险，实现特定疾病、特定药品保障的可持续性。结合的方式可以以服务为主线，通过保险金融工具的利益机制设计（如保障福利与服务使用频率挂钩）促进用户侧服务的使用，通过按服务使用后的效果与服务方结算，获得收益。此外，疾病管理的效果受个体状况、疾病特性的影响，通常不会短期可衡量，也因此相应的产品基础一定是相对长期的形态，如提供保证续保，才能实现保司从服务管理效果获益的可持续模式。长期险种是商业医疗险带动医药健康产业的基础。

医疗科技成果转化风险高、投入大、回报收益周期长。其发展的核心推力，是资本与支付。只有逐利的资本为获取高回报，才会承担高风险，资本是“生”，吸收技术创新风险，是医疗技术创新源头的加速器。而支付是“养”，技术转化及应用，需要的是持续不断的支付机制。创新医药的发展需要商业医疗险的支撑，美国之所以能发展出全世界领先的医药技术，与其商业医疗险的成熟不无关系。

行业对商业医疗险的观念转变，是推动市场发展的关键。也因此期待监管能更积极开放的鼓励商业医疗险在带病体医药领域的探索，包括对传统保险逻辑的突破，对不同于常规理赔的市场化支付结算方式的灵活支持，对行业理赔医药数据的长期追踪的标准规范、信息共享，支持商业健康险创新发展。

综上所述，在特药特病保险领域，商业健康保险与医药产业合作的条件包括：一是商保自主、全人群、庞大的筹资体量，或大量承接基本医保托管支付体量；二是商保监管侧，支持商保在患者领域的理念转变、产品创新、操作突破，如支持已病患者直接获赔，包括支持保险产品实现患者团购，汇聚出足够大的支付量；三是商保行业对创新医药的数据、信息有足够理解，并建立一定的评估能力；四是商保行业能结合理赔操作和患者管理，积累药品疗效长期数据，以及与药企探索灵活多样的支付协议。

以上所有条件的前提，是商业医疗险始终以患者、未来患者为中心，以临床价值为导向。高风险、高投入、研发创新层次尚待提升的国内创新医药产业，需要营销推广创新，更需要合理充足的成本补偿，更需要临床价值导向的市场力量，而这正是商业医疗险作为支付方的使命。药品，是商保在国内医药健康市场中相对容易融合的起点。

## 二、药品福利（PBM）与医药协同创新模式研究

### （一）我国药品福利机制的特殊性与发展背景

#### 1、国际药品福利及其产生条件

药品福利管理（Pharmacy Benefit Management，PBM）发源于 20 世纪 60 年代的美国，其背景是随着大量价格昂贵的创新性药品陆续上市，如何保障药品发挥其最大临床价值并避免不合理的药费支出成为了医疗管理过程中的迫切需求。PBM 生长的土壤总体上离不开三个条件：一是医药分开；二是药品自主定价；三是法定医保或商业医保能够成为覆盖广大人群的保险支付方。

PBM 诞生之初的目的是为了帮助医疗保险公司管理日益复杂和昂贵的处方药物的使用，是介于保险公司、医院、药房、制药商和参保人之间的管理协调机构。主要服务内容包括：药品采购、药品目录管理、临床路径管理、费用支付模式管理、处方审核、处方数据集管理及分析、药品流通、医疗服务及疾病管理等。由此可见，最初的 PBM 更多的是体现为药品流通和临床管理之间的服务属性。

随着 PBM 模式的发展，PBM 企业在上述能力的基础上进一步获得了药品目录、药房网络、药品采购价、保险支付价的四项权力。一方面，PBM 企业代表医疗费用支付方，与药械商和药店谈判，以类似团购的方式从药械商那里获得优惠的价格，降低保险公司的支付费用；同时，从获得 PBM 处方的药店那里获取返点。在这项谈判里面，PBM 具备药品目录制定权以及制定药品采购价的权力。另一方面，PBM 企业与支付方（保险公司或自保公司）谈判，获得制定药品支付价的权力。过程中，PBM 企业还可以代表医疗费用支付方（保险公司或自保行业或企业），与患者和医生进行谈判，在不降低治疗效果的前提下，将价格较高的药品置换成价格较低的药品（如仿制药）。

PBM 药品福利管理模式最大的优势在于，大多数的民众购买了这一类的药品福利计划，凑成了一个大的医疗风险池，使得他们能够在使用处方药、创新药、昂贵药时节省花销。从 PBM 运行的机制来说，无论医疗保险是法定性质的还是市场化性质的，PBM 理论上都有助于提高临床疗效，优化药品费用，提升运营效率，实现药品费用增长控制和医疗服务质量管理，对医保费用控制和医保基金或者商保支付管理提供的一种专业化第三方服务。

#### 2、我国药品福利的特殊性及其产生背景

PBM 在中国目前主要指制药公司支持的患者福利计划，即保险行业和医药行业开展的“创新支付”业务，这类模式的发展与中国基本医保制度改革和商保行业自身的转型探索有着很强的关联性。

从 2016 年国家医保谈判试点开始，累计已有 430 种药品进入国家医保目录。从谈判结果来看，药品价格降幅较大，整体降幅在 40-60%，个别单个药品降幅超过 90%，对药企的利润空间挤压较大。但考虑到基本医保依然是中国最大的且不可替代的医药支付方，绝大部分药企对于暂时未能纳入或新上市品种依然需要留出后续参与“国谈”的空间。由于国谈是在基本医保“底价”的基础上与药

企进行的价格谈判，同时也要考虑市价的砍价空间，而“底价”的形成是参考了包括全球同类品种价格、慈善赠药等因素在内的多个价格因素<sup>7</sup>。目前，唯有保险这种支付通道尚未被严格纳入谈判定价的参考因素。由此，保险创新支付便在创新药企“维价策略”的逻辑下产生。

从险企的角度，创新支付产生的背景主要来自医药生态科技企业的推动。早在 2017 年前后，市场上出现了一批集互联网诊疗、健康服务、保险科技、保险经纪经营资质于一体，且与上游药械产业及 DTP 药房合作紧密的科技企业——特药 TPA。这类企业能够为保险公司提供团体投保、特药定价、电子处方、理赔审核、保险支付等服务，并用线上平台及药房的直付模式替代传统的医疗理赔方式，有效地实现了药企端提升销量、药房端增加客流、保司端获得保费、患者端降低药费支出、TPA 获得服务收入和估值提升等各方利益点，这使得保险公司特别是财产险公司和 TPA 平台迅速结成了紧密的合作关系。

与此同时，行业头部保险公司也主动在医药融合的模式上不断探索。近几年保险行业在响应国家对医药创新的鼓励政策方面也做出了许多努力和尝试。2021 年，在中共中央 国务院出台的《“十四五”全民医疗保障规划》中明确指出，“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”。2022 年，在原银保监会人身险部下发的《关于印发商业健康保险发展问题和建议报告的通知》中指出，目前的健康险在创新药的准入和保障上发挥作用不足，没能发挥商业保险灵活优势，应该通过保险机制的放大作用，为健康产业消费者提供购买力，成为健康产业顺利运转的重要支付方。这些前期的行业探索与积累都为保险创新支付提供了经验基础和发展动力。

## （二）我国药品福利已发展出多药品通道、制定创新药报销和采用服务权益三种模式

2017 年，国内已有医药生态的创新科技公司，提出“引入各类保险产品创新医疗支付模式，解决民众看病贵问题，打通民众、医药公司、商业保险机构在医疗 + 保险领域的深度融合”的概念。这个理念非常类似 PBM 的商业模式。但在现实环境中，这类医药科技公司与国内保险公司合作开展了两类几乎完全基于药品生态而非保险生态的创新支付，一类是 2022 年以前较多的多药品通道型模式，另一类是创新药折扣型模式。这两种模式的共同特征都是由 TPA 主导，通过签约线下药房或药品分销渠道并将其线上服务平台植入线下购药场景；与部分药品的上游生产企业确定药品价格；与保险公司合作开展药品报销方案以及协助处方审核等理赔报销服务流程。

第一，多药品通道模式。早期的药品福利项目仅覆盖几十种高价新特药，通常在购药的场所吸引患者加入 TPA 平台的会员，交纳一定的会员费，即可享受指定限额的药品报销等福利，而客户享受的福利的来自药品福利所覆盖药品生产企业的服务费、TPA 平台补贴和保险公司的理赔亏损。这

<sup>7</sup> 药品谈判定价环节是由医保基金预算影响分析组和药物经济学组通过不同的来源及方法论核算给出底价，并基于两组提供的数据综合形成谈判底价。一方面，通过基金穿底风险评估、药品管理和滥用风险分析和新增 / 替换 / 节约效应综合核算等方面对基金预算影响进行分析，得出医保基金测算组底价；另一方面，参考国际价格、PAP 折扣价格和地方医保价格等多种价格来源，对成本效用模型进行评估，得出药物经济学组测算底价。最终由两个专家组提供的数据综合确定谈判底价，通常选择两者中更低价一方。

一多药品通道模式在后期快速扩张，有些项目甚至覆盖了数千种药品、全国几百个城市、绝大部分院边药房，成为与保险公司合作的药品巨量流水业务。但是，这类通道型的药品福利模式从一开始就有一个致命的弱点，那就是需要这个链条上的参与主体不断地进行补贴，随着业务规模的迅速扩张，补贴的成本也快速增加，过程中也不可避免地产生了一些经营行为的乱象。

第二，指定创新药报销模式。该模式主要基于保险行业近几年在专病险等医药融合创新类业务的探索发展而来，如国内第一个以单一病种诊疗管理为基础的报销型乳腺癌产品，患者在疑似乳腺癌阶段可投保，如若不幸患病，按照诊疗规范指导，符合罗氏抗癌药品适应症的患者均可使用该药品用于治疗，同时保险公司给予赔付。但由于解决不了定向人群销售和医疗服务环节的问题，其发展存在很大的局限性。之后，此类单病种创新药保险衍生出了指定创新药报销保险，其主要驱动力在于药企有意愿对新上市或医保目录外的药品提供基于销量的补贴或费用投入。保险公司可以通过团体医疗保险承保，并以 TPA 平台的会员药品福利计划名义，对特定药品向用药会员提供指定金额的理赔报销，从而实现促进患者购药意愿和增加药品销量的目的，在一定程度上降低了患者的用药负担，提高了药品可及性，同时还能规避后期医保国谈参照的药品实际价格因素。

这种模式站在保险原理和法规的角度，客观上存在一些问题或争议。2022 年以来，行业也在积极调整优化这类业务模式。有保司探索，针对某类细分领域疾病的突破性疗法，通过与 TPA 平台合作，对疾病与药品相关的临床或文献数据进行风险测算，开发有利于减轻此类患者经济负担的带病体保险产品，构建特定疾病人群之间使用特定药品的保险风险共济模型，并结合上游药械方的政策，实现了药企、保险、患者三方共担的药品支付模式，进一步降低了患者用药负担。

第三，采用服务权益的药品福利项目。该福利项目是医保药品集采政策下的产物。一些互联网平台，以普药品种为主，以电商平台为载体，以保险、银行等 B 端客户为对象，通过联合部分集采非中标品种，覆盖数百种至上千种低于一般市场价的常见疾病用药，并向市场售卖药品权益卡、折扣卡或与保险公司合作互联网门诊险，为用户提供 7\*24 在线问诊、在线购药、送药到家等服务。这一模式在保险端迎合了以小额增值服务拉动保险销售的传统营销策略，在药企端有助于拓宽市场销售渠道，一定程度上降低国家药品集采未中标带来的影响，随着这一权益卡模式以及互联网门诊 + 购药保险的持续更新迭代，客观上也构成了药险融合的一种形态。

### （三）监管推动药品 + 保险创新支付探索 2.0 模式

从药险融合的几类创新模式可以看出，中国目前商保领域的药品 + 保险创新支付更多体现为一种援助性质的支付方案。这种模式在前期野蛮生长的过程中存在认知上的偏差、理念上的狭隘和实操上的失范，保险公司几乎没发挥保险人的作用。2022 年 8 月 9 日，原银保监会财产险部下发《关于部分财险公司短期健康保险业务中存在问题及相关风险的通报》，针对部分财险公司承保已确诊疾病患者的后期药品费用这一模式，指出此类业务违背了保险射幸原则、大数法则等基本原理，异化了保险本质。监管机构治理的文件促使整个行业探索更加具有价值的商业模式。目前药品 + 保险创新支付模式发生了如下变化：

第一，多药品通道类模式已经在监管集中整顿后退出保险市场，这类模式由于丧失了保险公司补贴也不可能继续存在下去。

第二，单药品报销模式依然在少量开展，做法上基本都对照监管文件涉及的等待期、射幸原则、大数法则等法规进行了优化，如通过在项目中覆盖少量健康人群或增加少量风险责任等。但由于医保局方面已经开始要求各家企业上报药品福利类项目，使得这类模式未来在医保谈判时的议价作用降低，且在推动新患者加入、延长老患者依从性等方面也低于预期，造成此类业务的市场明显萎缩。

第三，以特定疾病患病人群为主的带病体创新支付 2.0 模式正在加快探索，从特定单一药品扩大至覆盖特定疾病治疗阶段和治疗领域多药品专病目录，并形成了药品慈善、药品折扣及风险保障在内的组合式支付方案，进一步降低了患者的用药负担，在获取新患者和提升依从性方面也显著提升，解决了早期单一药品创新支付通道化的问题。

第四，基于普药供应链生态的药品权益卡模式正在朝着互联网门诊险快速发展，通过与惠民保、企业补充医疗保险等平台入口合作，实现低成本、高转化的营销效果，为客户提供了线上就诊购药的便捷选择。

随着医保集采的深入和支付方式改革的推进，有越来越多的药品或器械需要从院外药房体系获得，而基本医保双通道政策对于药房体系的全面覆盖还需要一个过程，使得一些新上市的自费药在相当长的时期内仍是医疗保障的空白地带，因此，商业健康险在这个阶段有条件、有空间去开展更多有价值的药品创新支付。但目前在国内这种基于药品的创新支付没有可附着的大人群基础保障产品，因此总体上还无法实现在大人群中的风险共济，只能面向特定患病购药人群开展。

创新支付 2.0 模式将单个药品扩大至特定病种的角度，有助于保险公司积累同类疾病人群的风险数据和定价模型，从保险生态中设计出满足特定疾病人群的保障方案，使同类疾病不同风险程度的人群在有限共济条件下实现风险分担。同时，基于药房生态所覆盖的专病目录也有助于保险公司探索建立与上游药械企业的多元支付体系。尽管无法实现大人群、高杠杆条件下极大降低用药患者的经济负担的效果，但从短期看还是能够在起到提升特定药品可及性和降低药品负担的作用。此外，在药品创新支付领域下一步的探索实践中，针对新药治疗过程中的疾病进展风险是值得商保行业积极参与的，这一模式有助于为患者接受新药或新疗法提供“增信”，为治疗效果不佳的患者提供财务补充，避免“人财两空”的情况，保险公司通过挑选疗效优、进展慢的药品予以承保。

#### **（四）我国药品福利与医药产业协同发展面临体制机制制约、专业化水平有限以及寻找可持续商业模式的挑战**

宏观上看，当前体制机制尚不利于市场化 PBM 模式发展。当前我国在推进医药分开、分级诊疗的改革进程中涉及多部门的协作及多方面问题的协调和配合，短期内难以产生效果。对于有利于药品创新的自主定价机制来说，与国际经验类似，我国也将在政府医保等部门的政策作用下，更大程度地影响药品的定价体系，企业自主定价空间将进一步缩小。此外，商业健康险短期内也不具备

形成大人群支付方的基础运营能力，亟需保险行业转型破局。因此，类似美国的 PBM 模式所需要的宏观环境目前不完全具备。中观上看，商业健康保险与医药脱节，专业化水平有待提升。我国的商业保险行业长期以来形成的粗放经营模式带来了大人群保险产品基础较弱、专业化经营市场空间不足、营销成本居高不下的局面。健康险的专业化经营能力极度匮乏。同时，行业缺乏有效的顶层设计的引导，导致行业趋于谨慎，进入收缩保障责任、筛选优质客户和增加理赔难度的经营路径，尚未形成主动、开放、包容的行业氛围。与医疗、药品产业的协同严重脱节，PBM 药品福利模式与商业保险行业缺乏同频的话语体系。微观上看，药品福利尚未形成可持续发展的商业模式。近几年保险经营主体在响应国家对医药创新的鼓励政策方面也做出了许多努力和尝试，但总体上没有形成规模和持续发展的生命力，主因是保险公司在医药服务方面的专业化程度不高，健康险业务的底层经营逻辑仍然是围绕传统的寿险或非车险而设置的，因此这类创新业务在开展过程中会遇到精算、合规、运营、信息系统等各个环节的阻力，而这些阻力又来源于对保险传统业务监管法规的限制。例如，保险公司精算与合规在判定这类业务是否属于符合保险原理时，可能会将药品折扣或补贴的这种做法看作是非保险的范围，合规性存在瑕疵；又如基于院外药房体系的药品创新支付在一些寿险公司运营理赔的环节，可能会因为 TPA 平台直付模式触及运营管理或反洗钱系统信息记录不全的问题。这些经营主体创新过程中所遇到的阻力实质反映的是健康险本身定位的问题。健康险究竟是金融产品属性还是更偏医疗服务属性？如果只是金融产品属性，遵循金融监管法规，那么保险公司这些探索创新注定都将失败。

## （五）我国药品福利与医药产业协同发展模式将走向基本医保为主、商业健康险市场多元化发展的格局

中国在过去三十年中已经建立了覆盖全民的基本医疗保障制度，而商业健康险的发展却较为滞后，尤其在商业保险体系和医药服务体系的协同上还处于初级阶段，因此，展望中国药品福利与医药协同发展模式未来，或将走向以基本医保为主、商业健康险市场多元化发展的一种格局。

一方面，创新支付促进保险与医药融合。短期内，我国市场化 PBM 发展条件还不完备，中国商业保险领域的药品福利与医药融合仍将是一种渐进式、多元化的发展趋势。在近期医药体系深化改革和整顿的背景下，来自药企生态和 TPA 科技平台以及病患人群驱动的创新支付会进一步促使商业健康险加快在医药融合方面的步伐，为特定病种创新支付、突破性疗法专项保险、互联网门诊险、中高端医疗险等类型的业务带来更大的发展空间。

另一方面，未来保险与医药行业融合发展将催生多元化药品创新支付方案。随着商业健康险尤其是短期医疗险百万医疗、惠民保等规模型产品赔付率的快速攀升，商业保险行业对医药服务的控费管理诉求越来越强烈，而院外药械领域将是商保实现控费管理的第一阵地，基于大目录管理的商保支付模式可能会在实践中催生出与发达国家类似的多元化药品创新支付方案，如基于总量支付的折扣议价、量价挂钩、按疗效付费、买赠配比、总额封顶等方式，这些支付方式的一个共同点在于，支付方与药械企业是在协商谈判的基础上确定下来价格及其相关联的支付方式，为创新药产业的高质量发展提供有力支持。

## 三、管理式医疗与医药协同创新模式研究

### （一）我国管理式医疗发展需考虑本土化特点

管理式医疗（Managed Care）起源于美国 20 世纪初期，在过去一个世纪中，为遏制美国医疗费用持续快速增长，管理式医疗发挥了重要作用。管理式医疗的核心在于将医疗服务提供方和支付方的利益与风险绑定，共同推动医疗服务管理的标准化，从而实现保险精准控费、用户黏性提升。

美国管理式医疗可分为三种主要类型：健康维护组织（HMO），优选医疗服务机构（PPO），以及定点医疗服务组织（POS）。其中 HMO 模式是管理式医疗保险计划中最便宜的类型，其目标是为每一个会员提供健康管理，提高投保人的整体健康水平，减少医疗费用，因此 HMO 计划有更多预防性医疗的福利。就医选择性少和严格的转诊制度是 HMO 的主要限制。PPO 模式通过保险公司与医生、医院谈判，获得优惠的医疗服务价格。PPO 模式会向会员提供网络医疗机构名单（in-network providers），供会员从中选择。在网络内就诊会得到优惠折扣，网络外的机构就诊则个人支付比例更高。POS 是一种结合 HMO 和 PPO 的保险形式。它比 HMO 有更多的选择性，同时也比 PPO 的费用更低。POS 既有自己的医疗保健网络，同时与 HMO 一样，会员也需要指定家庭医生。会员通常须由家庭医生将客户转诊到保险公司指定网络内的专科医生，同时会员也可直接去网络外专科医生诊所就诊。在这种情况下，POS 保险公司只报销部分医疗费用。

管理式医疗中的 HMO、PPO 和 POS 模式在用药方面有明显差异。HMO 提供有限的药物清单和较严格的授权要求，限制患者只能在网络内药店购买药物。PPO 则提供更多的药物选择和购买地点的灵活性，但可能需要更高的自付费用。POS 模式介于 HMO 和 PPO 之间，结合了两者的特点，提供了网络内外的选择，但自付费用依据选择的服务类型而变化。这些模式在成本控制、患者选择权和便利性方面各有优劣，患者需要根据自身需求和经济状况选择最合适的计划。

中美医疗体系与保险机制差异大，因此在实践管理式医疗时应考虑本土化。第一，我国多层次保障体系，基本医保保障一部分，补充医保会保障一部分。在美国很少用多层次这个概念。这要求中国在整合医疗资源和提供服务时考虑如何在多层次体系中高效运作。第二，我国的待遇是分段式，无论是门诊、住院、照护，在保障和支付方式改革上都相对分离，融合性不高。这就需要在支付方式和服务提供上实现更好的协调和融合。第三，我们筹资偏向于多元化。这意味着管理式医疗的发展可以探索包括政府、社会和个人在内的多种筹资途径。第四，在中国是政府在主导整个社商融合。在美国，医疗价格是市场化的，医生与医院，医药都是分开的。中国的体系以公立医院为主体，就医集中在大医院。而在医保战略购买、DRG\DIP、信息标准化、医药带量采购等方面，中国医保已经形成机制体制。因此，在推动管理式医疗发展中，政府将继续发挥核心作用。

## （二）我国管理式医疗实践及关键路径

当前我国保险也已在管理式医疗上进行了部分实践与探索。如平安“家庭医生+O2O”的管理式医疗模式落地。通过平安好医生（现更名为平安健康）线上医生团队，以会员专属线上家庭医生为入口，覆盖健康、亚健康、疾病、慢病及养老五个医疗健康服务场景。线下则通过布局综合医院、体检中心、影像中心等业务板块提升服务水平，尝试打造自营医疗网络。泰康尝试通过整合保险支付与医养服务，通过自建医疗生态体系、泰康“健保通”医疗网络，及生态链股权投资，让客户得到更好的医疗资源，给予生命更多保障。太保则在重疾领域尝试管理式医疗。通过“重疾保障+重疾专案服务”在险药联合进行创新。其专案管理服务由太保寿险联合国药控股独家定制，从预防、诊断、治疗、康复四个阶段为客户提供主动、精准、高效、全面的一站式重疾专案管理服务。

## （三）我国管理式医疗实践所面临的挑战

当前，我国管理式医疗面临的主要挑战是保险业与医药产业缺乏深度融合。

一是没有实质性参与健康管理服务。保险业更注重事后理赔，未深度参与客户事前的疾病风险预防和事中的疾病康复管理，无法有效获取并留存客户，未能降低保险赔付概率及风险。

二是缺乏医疗保险网络衔接。作为医疗服务支付方，险企难以与医疗服务提供方建立有效的合作机制，缺少对医疗服务标准及流程的掌握，难以对患者就医行为的必要性及费用支出规模进行评估，导致医疗费用管控难、效率低。

## （四）我国管理式医疗与医药产业协同创新未来发展趋势

保险与医药产业未来将根据自身的资源与禀赋，从不同的路径探索管理式医疗，实现医、药、险深度融合。

一是“从险到医”。大型险企向医疗方向发展，构建起共享利益及风险的医疗网络，以期达到控制赔付、服务升级的目的。大型险企采取“从险到医”的模式，主要是依托自身庞大的客户基数，能够为医疗机构输送客源，让其有意愿与保险公司进行深度利益绑定，促进保险业与医药产业深度合作。商业保险机构进一步加强与医疗、体检、护理、药企等机构合作，一方面在健康产品中为参保人提供健康风险评估、健康体检、健康咨询等服务。另一方面，通过发挥支付方管控力量，加强对医疗行为的监督和对医疗费用的控制，促进医疗服务行为规范化。同时，这类保险公司通常拥有雄厚的资产实力，能够长期投资，搭建医疗服务网络。商业保险机构通过投资健康产业，构建涵盖健康保障、健康服务、医疗护理、养老社区等“大健康”产业链、服务链和生态圈。商保通过自建医疗服务体系，控制客户的疾病进展从而强化慢性病用药。对于慢性病严重并发症患者可以通过管理式医疗和窄网络的搭建使得患者可以有获取创新药的途径。



二是“从医到险”。大型医疗服务集团布局商业健康保险，并通过与医保控费、慢病管理与疾病预防等形成互动，创新商业模式。大型医疗服务集团拥有专业的医疗知识与技能，能够通过科学的事前、事中、事后的医疗及健康管理，有效控制医疗成本。同时，其积累了长期的、全方位的客户医疗健康数据，可反向支持保险产品创新和保险能力升级。

三是“科技创新”。一些科技创新企业以轻资产的方式为客户提供线上线下结合的医药服务。创新企业拥有强大的医疗、行为等大数据分析能力，可精准预测疾病风险、控制赔付支出，同时为用户提供简单便捷、切实有效的医药及健康管理服务。

通过探索管理式医疗，商业健康保险的角色将逐步从医疗费用报销方与医疗保险支付方，转型升级为健康服务管理方，推动健康保险与医药产业融合，维护客户健康。

表 3 商业健康保险角色的转变

	医疗费用报销方	医疗费用支付方	医疗服务与健康管理方
<b>产品类型</b>	与医疗服务关系较小的重疾产品 高免赔额百万医疗、惠民保	大病保险等社商融合业务、带病体产品	管理式医疗产品与服务
<b>风险管控</b>	核保、理赔、定价	医保支付方式、飞行检查	管医院、管医生、管医药、管客户
<b>健康服务</b>	绿通等增值服务	转外就医管理等	就医指导、疾病预防、疾病管理、慢病管理
<b>核心能力</b>	销售能力、精算能力	医保支付、基金监管及对基本医保的理解能力	循证医学、数据科技、对“三医协同”的理解能力

资料来源：作者整理

## 第三章

# 肿瘤领域商业健康险与医药 协同创新模式研究

### 一、我国肿瘤疾病定义及肿瘤创新药发展概况

癌症为众病之王，根据世界卫生组织的界定，“癌症属于一大组疾病，几乎可以从身体的任何器官或组织发生，异常细胞不受控制地生长，超出其通常的界限，侵入身体的邻近部分和 / 或扩散到其他器官。后一过程被称为转移，是癌症死亡的主要原因。肿瘤和恶性肿瘤是癌症的其他常见名称。”本文提及的“肿瘤”，主要指恶性肿瘤或需药物临床治疗的肿瘤。

癌症是全球第二大死因，2020 年近 1000 万例（或近六分之一）死亡由癌症导致。我国国家癌症中心数据显示，国内每分钟有 8 人确诊癌症，2020 年我国癌症新发病例 456.9 万人，死亡病例 300.3 万人，5 年累计患病例数 929.4 万人。尽管我国癌症发病率在全球排位不算高（第 74 位），但癌症死亡率不低（第 29 位）。肿瘤已成为严重威胁我国居民健康的重大公共卫生问题，肿瘤诊疗及药物应用也存在诸多问题。

根据国家药监局批文数统计数据，抗肿瘤药物按药物分类法，主要分为以下几类：抗代谢药、植物生物碱及其他天然药物、激素类拮抗剂及相关药物，烷化剂类、细胞毒类抗生素及相关药物、蛋白激酶抑制剂、单克隆抗体、铂化合物，以及其他抗肿瘤药。其中从获批的情况来看，抗肿瘤创新药主要以小分子靶向和大分子单抗药为主。抗肿瘤药物市场以化疗、靶向治疗和免疫治疗三个细分领域为主，2021 年化疗占整体市场的 72% 左右；其次是靶向治疗和免疫治疗分别占比 22.8% 和 5.2% 左右。

随着国内癌症发病率的不断提高，对抗肿瘤药物的需求旺盛，肿瘤已成为医药行业中空间最大、增速最快的治疗领域。根据弗若斯特沙利文报告，全球抗肿瘤药物市场规模由 2015 年的 832 亿美元增长到 2019 年的 1435 亿美元，复合年增长率 14.6%。到 2024 年，全球抗肿瘤药物市场规模预计达到 2444 亿美元，2019-2024 年复合年增长率预计为 11.2%。中国抗肿瘤药物市场规模由 2015 年的 1102 亿元增长到 2019 年的 1827 亿元，复合年增长率 13.5%。到 2024 年，中国抗肿瘤药物市场规模预计达到 3672 亿元，2019-2024 年复合年增长率预计为 15.0%。

尽管国家医保近年加大肿瘤创新药支持力度，但基本医保的支付能力有限，肿瘤患者的疾病经济负担仍然很高，有关统计显示，每位癌症患者平均总自付费用约为 14 万元，为统计当年国内家庭年均收入的 1.75 倍；而使用靶向药物的患者平均总自付费用约为 22 万元，为统计当年国内家庭

年均收入的 2.7 倍。多数癌症与不良生活习惯有关，并且由于筛查意识有限，大病重病普遍“发现晚”，进而导致费用高“治不起”，极易造成“因病致贫、因病返贫”等一系列社会问题。

## 二、国内肿瘤保险发展现状

癌症社会认知度高，是普遍的民生问题，基本医疗保险仅能覆盖癌症院内治疗的一部分费用，癌症患者经济负担依旧较重，同时肿瘤又是与创新医药联系最紧密的疾病领域，肿瘤相关保险是国内商业健康险市场的一个重要领域。

### （一）重疾险

重疾险是国内商业健康险的主要险种，保费占商业健康险市场总规模近 50%<sup>8</sup>。具体保险责任是对被保险人确诊罹患符合重疾定义的疾病，可获得定额给付。

重疾定义需符合中国保险行业协会、中国医师协会发布的重大疾病定义的有关规定，包括 2007 年发布的《重大疾病保险的疾病定义使用规范》（以下简称 2007 版定义）和 2020 年发布的《重大疾病保险的疾病定义使用规范修订版》（以下简称 2020 版定义）。重疾险必须至少包括六种重大疾病，其中就包括“恶性肿瘤——重度”。<sup>9</sup> 此外还可包括“恶性肿瘤——轻度”<sup>10</sup> 作为给付对象。

8 据原银保监会数据统计

9 “恶性肿瘤——重度”定义为：指恶性细胞不受控制的进行性增长和扩散，浸润和破坏周围正常组织，可以经血管、淋巴管和体腔扩散转移到身体其他部位，病灶经组织病理学检查（涵盖骨髓病理学检查）结果明确诊断，临床诊断属于世界卫生组织（WHO，World Health Organization）《疾病和有关健康问题的国际统计分类》第十次修订版（ICD-10）的恶性肿瘤类别及《国际疾病分类肿瘤学专辑》第三版（ICD-O-3）的肿瘤形态学编码属于 3、6、9（恶性肿瘤）范畴的疾病。下列疾病不属于“恶性肿瘤——重度”，不在保障范围内：（1）ICD-O-3 肿瘤形态学编码属于 0（良性肿瘤）、1（动态未定性肿瘤）、2（原位癌和非侵袭性癌）范畴的疾病，如：a. 原位癌，癌前病变，非浸润性癌，非侵袭性癌，肿瘤细胞未侵犯基底层，上皮内瘤变，细胞不典型性增生等；b. 交界性肿瘤，交界恶性肿瘤，肿瘤低度恶性潜能，潜在低度恶性肿瘤等；（2）TNM 分期为 I 期或更轻分期的甲状腺癌；（3）TNM 分期为 T1N0M0 期或更轻分期的前列腺癌；（4）黑色素瘤以外的未发生淋巴结和远处转移的皮肤恶性肿瘤；（5）相当于 Binet 分期方案 A 期程度的慢性淋巴细胞白血病；（6）相当于 Ann Arbor 分期方案 I 期程度的何杰金氏病；（7）未发生淋巴结和远处转移且 WHO 分级为 G1 级别（核分裂像 <10/50 HPF 和 ki-67 ≤ 2%）或更轻分级的神经内分泌肿瘤。

10 恶性肿瘤——轻度“是指“指恶性细胞不受控制的进行性增长和扩散，浸润和破坏周围正常组织，可以经血管、淋巴管和体腔扩散转移到身体其他部位，病灶经组织病理学检查（涵盖骨髓病理学检查）结果明确诊断，临床诊断属于世界卫生组织（WHO，World Health Organization）《疾病和有关健康问题的国际统计分类》第十次修订版（ICD-10）的恶性肿瘤类别及《国际疾病分类肿瘤学专辑》第三版（ICD-O-3）的肿瘤形态学编码属于 3、6、9（恶性肿瘤）范畴，但不在“恶性肿瘤——重度”保障范围的疾病。且特指下列六项之一：（1）TNM 分期为 I 期的甲状腺癌；（2）TNM 分期为 T1N0M0 期的前列腺癌；（3）黑色素瘤以外的未发生淋巴结和远处转移的皮肤恶性肿瘤；（4）相当于 Binet 分期方案 A 期程度的慢性淋巴细胞白血病；（5）相当于 Ann Arbor 分期方案 I 期程度的何杰金氏病；（6）未发生淋巴结和远处转移且 WHO 分级为 G1 级别（核分裂像 <10/50 HPF 和 ki-67 ≤ 2%）的神经内分泌肿瘤。下列疾病不属于“恶性肿瘤——轻度”，不在保障范围内：ICD-O-3 肿瘤形态学编码属于 0（良性肿瘤）、1（动态未定性肿瘤）、2（原位癌和非侵袭性癌）范畴的疾病，如：a. 原位癌，癌前病变，非浸润性癌，非侵袭性癌，肿瘤细胞未侵犯基底层，上皮内瘤变，细胞不典型性增生等；b. 交界性肿瘤，交界恶性肿瘤，肿瘤低度恶性潜能，潜在低度恶性肿瘤等。”

市场主要产品形态包括终身重疾、长期重疾、短期重疾等，还又分为纯保障消费型、或带有一定现金价值储蓄功能的形态。一般对被保险人的健康状况有要求，投保时需进行健康告知，视保额高低或具体保障责任，还可能需体检。由于为一次性给付产品，不涉及被保险人重疾医疗费用的补偿，与创新医药产业无直接关联。但在保障之外，一般还会设置一些医疗健康管理服务，如就诊绿色通道服务、重疾二诊服务、健康咨询服务等。

个别创新型产品，还将癌症筛查服务纳入保险产品责任，如弘康人寿的《如意和美重大疾病保险》将无痛胃肠镜、肺 CT、乳腺钼靶等癌症筛查服务加入保险条款。用户购买产品后，在等待期过后便可启动筛查，专人协助启动预约安排，体检日专人陪诊，确认没有未患有合同约定的重大疾病、中症疾病和轻症疾病后，客户在六十岁前将获得保额翻倍的激励；若客户如果没有完成筛查就不享受增加一倍的保额提升。通过这样的方式鼓励客户癌症筛查意识，实现降低客户健康风险及减少疾病损失两个目标。

## （二）面向健康人群的医疗险

医疗险是对被保险人因疾病发生的医疗费用的补偿型产品，大部分医疗险产品保障责任都包括癌症医疗费用。

### 1. 全病种医疗费用保险

医疗险通常保障的医疗费用对象指在医院内发生的诊疗、药品、检查费用等，对于院外特药费用，取决于是否有单独责任。

自特药保险推出并在市场普及后，大部分的全病种口径的医疗险，都涵盖了院外特药费用责任，而且通常会设置药品报销目录，明确保障药品范围，如市场上普遍的百万医疗险、各城市的惠民保等。

保险期限上，这类产品通常为短期一年期产品，长期险种如人保健康推出的保障 20 年的《好医保长期医疗保险》等，但目前国内尚未批复全病种的终身医疗费用保险。

产品形态上，若为个险，通常需要进行健康告知，仅面向符合健康告知要求的健康人群，若不符合视部分疾病情况，承保或拒保。若为团险，对健康要求相对宽松，一般是团体整体告知，不做个体健康要求，仅对严重既往症的进行部分限定。

健康服务形态上，通常是作为保险的附加增值服务形式出现的，如健康咨询、就诊绿通、二次诊疗、口腔保健等，但几乎未与医疗费用保障待遇做挂钩。

在保险责任中与医药新技术新服务结合的，除特药药品责任外，还包括质子重离子治疗、CAR-T 治疗、癌症复发基因检测等如太平财险推出的《易享保·百万医疗险》与华大基因合作，设置了特定癌症复发基因检测保险金，被保险人确诊癌症且已行根治性治疗的，可享受该责任，获得如上门取样、就医二诊、全球特药等服务。

此设计虽联动了医药行业，但模式上仅针对健康人群，短险保险期限内确诊癌症且根治后复发的概率非常低，预计实际覆盖的人群，以及给医药行业侧带来的增量有限。

## 2. 癌症医疗费用保险

癌症社会认知度高，保险市场有不少专门仅针对癌症医疗费用的医疗险产品，对保障癌症的定义会相对宽泛，通常包括原位癌等早期轻度癌症。

保险责任上，对癌症确诊前 30 天的费用、门诊费用、住院费用甚至康复费用提供保障。对于院外癌症特药费用，通常设置专门的保障责任和额度，设置特药药品目录。

保险期限上，短期一年期较为多见。对于被保险人确诊癌症后，通常不做保证续保，但有些产品设置确诊后保障时间，来满足癌症患者被保险人的实际需求。国内已有终身癌症医疗费用保险，如人保健康推出的《好医保终身防癌医疗险》，保险期限 1 年，但支持终身保证续保。

保障对象上，少儿、中老年、女性等人群有不同癌症病种医疗费用保险。

2023 年 8 月税优健康险政策新规落地，各家寿险健康险公司还陆续推出不少税优癌症医疗费用保险，甚至还有终身癌症医疗险，如太平洋健康险公司推出的《蓝医保终身防癌医疗险》，终身保证续保，最高可减扣税前 2400 元 / 年。

## 3. 特药保险

以泰康在线推出的《药神保癌症特药医疗费用保险》为代表的聚焦高价特药保障的特药保险，打开了商保与创新医药结合的探索之门。以社保外昂贵特药为保障对象，并且改变传统医疗险后报销的做法，在理赔流程中设置审核和指定药房网络直付，不再是用户自行购买后拿发票报销。

一方面是保障范围与创新医药直接对接，另一方面在运作模式上链接到了创新药的主要销售终端 DTP 药房。此后，作为传统健康险的保障缺口，特药保险责任迅速成为保险行业医疗险的标配。

特药保险的涌现，激发了越来越多的保司开始关注医药市场上的最新疗法、药品、技术，并纳入到创新医疗险产品中去，包括近年热门的惠民保业务。这也得到了国家政策支持，如国务院办公厅 2021 年 9 月颁发的《关于引发“十四五”全民医疗保障规划的通知》就明确要求“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”。

但几年来的探索结果告诉我们，整个保险市场的医药支付体量很有限，与医药侧的融合与对话尚未真正深入。一方面是因国内百姓保障意识还待发展，包括惠民保在内的健康险只覆盖不到 10% 的人口，另一方面是因为大部分的保险产品只针对健康人群，而健康人群尚需要持续续保以及较长时间，才会有支付量的积累。

或者换个角度说，由于健康险保障标的的特殊性，一方面理解医疗险是患者、未来患者医药保障的一种方式，将患者也纳入保险范畴，尽可能聚集需求，汇聚支付，提升药品可及性，降低患者自费负担。另一方面，应着力发展长期健康险，与用户的全生命周期健康利益保持一致，可链接各类医药健康服务，人群大数上可相对高效的为未来患者安排保障。某种程度上说，长期健康险的发展，才是商保有机会真正带动医药健康行业的基础。

### （三）面向带病人群的医疗险

带病体是寿险专业领域里与标准体对应的一个术语，表示不完全符合寿险健康投保要求的被保险人，与寿险不同，医疗险更需要与医药健康产业链产生价值，单纯筛选健康人群，很难积累医药健康产业需求，无法发挥医疗险对产业应有的价值。不分健康状况，面向全人群开展医疗险，是国内商业医疗险行业日渐达成的共识，其中对于带病体人群的医疗险部分最为复杂也最为艰难，与创新医药行业联系也最为紧密，行业探索尝试很多。目前市场与癌症相关的带病体保险主要有如下几种形态。

#### 1. 面向癌症患者的癌症复发病险

癌症复发是癌症患者面临的不确定风险，在对确诊治疗后的患者进行筛选后，保险公司设计复发产品，主要针对风险相对轻、生存期相对长的乳腺癌、甲状腺癌等。其实仍旧是提供概率保障，部分产品增设疾病咨询、定期复查等服务，但对癌症这样的重症疾病管理能力有限，更多是通过人群筛选、定价精准及保险概率风险分散来实现保障能力。

各产品中一般也包括癌症特药保障，虽然这些被保险人相较健康人群，使用癌症特药的概率大很多，但由于总体精准筛选获客成本高，定价复杂，人群有限，实际抗风险能力和对医药行业的影响还微乎其微。

市场代表产品包括如泰康在线的“粉红卫士”乳腺癌复发医疗费用保险，众安在线的“乳愈安心”乳腺癌复发医疗费用保险等。

表 4 两款癌症复发保险产品部分条款

产品名称	泰康在线“粉红卫士”	众安在线“乳愈安心”
投保条件	18-65 周岁，不限分型，0 到 II 期	大病保险等社商融合业务、带病体产品
保额	10 万、30 万、100 万	医保支付方式、飞行检查
保费	1000 元起，每个人保费不同，需要根据年龄以及术后病理报告确定	转外就医管理等
保障期	1 年	
等待期	90 天	30 天
主险责任	确诊乳腺癌复发转移，报销相关医疗费用，365 天内以保额为上限，不限次数，不限社保内外，报销比例 100%	确诊乳腺癌复发转移医疗费用报销，
可选责任	(1) 指定特药 20 万 /50 万，报销比例 100%； (2) 6 种重疾，确诊即赔 1 万元； (3) 新增进口特药 20 万 /200 万	(1) 计划一：社保内的自付部分 100% 报销，限额 10 万 (2) 计划二：社保内的自付部分 100% 报销，限额 20 万，社保外的自费部分 90% 报销，限额 20 万；26 种特药 100% 报销，限额 10 万。

资料来源：公开资料整理

国寿产险针对乳腺癌患者推出“如意保”带病投保产品，面向绝大部分乳腺癌患者，不仅包括 0- II 期的术后患者，更将部分 III 期患者也纳入进来，在保险模式上采取了更加灵活的方式，不仅包含给付型的复发疾病责任和报销型的复发医疗责任，更可以搭配院外特药的责任和重大疾病的责任。在药品选择上，改变以往广泛特药保障模式，仅覆盖十八种精选药品，其中更包括了 2023 年国内刚刚获批上市的具有国际公认突破性疗效的高价药。

## 2. 面向癌前病症患者的服务型保险

面向如肺部结节、甲状腺结节等常见癌前病症的患者，提供融合服务和保障的产品，在服务基础上提供相应的癌症确诊费用保障。为解决肺结节检出后对结节恶化、患癌的普遍担心，提供服务包括术后咨询、癌症筛查等，对癌症防治起到一定的早诊早治作用，此外还包括就诊绿通、二次诊疗、特药找药等服务，一定程度起到规范治疗的引导作用。在服务基础上，再提供相应肺癌的医疗费用保障。代表产品如泰康在线“肺常完美”恶性肿瘤医疗费用保险。

表 5 “肺常完美”恶性肿瘤医疗费用保险部分产品内容

保障内容	A 版本	B 版本
住院医疗费用保险金	最高 300 万，免赔额 1 万 赔付比例 100%	最高 300 万，免赔额 1 万 18-40 岁：赔付比例 100% 41-55 岁：赔付比例 70% 56-70 岁：赔付比例 50%
救护车费用保险金	最高 2000 元，无免赔额，100% 赔付	
急诊费用医疗保险金	最高 2500 元，200 元次免赔，70% 赔付	
特定药品费用保险金	最高 3000 元，50% 赔付	
严重药品不良反应住院 医疗保险金	最高 6 万元，免赔额 1 万，100% 赔付	
保单专享购药福利	5 折起，全年最高可省 3000 元	9 折起，全年最高可省 1000 元
保费	季付 399 元，年付 1569 元	季付 232 元，年付 889 元

资料来源：公开资料整理

### 3. 面向癌症创新药用药患者的疗效保险

新药上市，特别是肿瘤创新药，价格昂贵，市场对其疗效的认可尚待积累，患者家庭最担心的就是人财两失。

以肿瘤药服用后有可能会发生的疾病进展或治疗失效情况为疗效保障对象的正向或负向定义，符合定义时，给予患者特定的补偿，补偿形式可包括如一次性津贴、补偿已发生费用、补偿后续治疗开销、提供关联服务等等，类似质量安全保证。通过保险，帮助提升患者信心，是创新医药与保险结合的一种有益探索。

市场上的代表产品如针对肺癌药物泰瑞莎推出“泰愈新生”项目，符合条件的患者，10 个月内出现疾病进展，最高可以获得支付费用一半的赔付。还有持 Car-T 治疗援助计划，对应肿瘤患者在进行 CAR-T 治疗时，可以获得援助计划保障，若患者在使用 CAR-T 疗法三个月后，病情出现符合定义的明显的进展，将获保险赔付，最高保额可退回 Car-T 治疗费用。

此类产品的难点，在于各方对疗效的定义、衡量方式，需达成统一共识且可操作，而且需有一定的临床或实验数据基础作为风险测算依据。一般应用于费用相对高昂的创新药或技术。虽然由于精准患者人数有限，不可能严格符合保险精算定价原理。但国内市场实践，基本按团险方式开展，保险公司与投保人可做经验费率调节商议，实际付费人药企出于提升产品知名度、可靠度，一般也愿意承担兜底风险，给这类业务的开展提供了机会。



总体而言，由于此类业务大都均局限在单一品种的项目上，无法真正形成风险共济池，更多尚停留在创新药企营销推广的工具价值上，尚无法发挥对创新药整体行业的带动促进作用，需要构建更大范围的病种、药品、人群共济池，才能有机会实现。

#### 4. 面向癌症创新药购药患者的分期支付保障

创新药通常价格昂贵，疗效存在一定的不确定性，普通患者家庭担心人财两空的心理下，很容易放弃治疗。征信及疾病进展的不确定性，让大部分贷款机构并不愿开展药费分期业务。创新药企对药品疗效有信心，甚至愿意共同承担风险，那么将有机会通过保险工具解决还款风险，促成患者药费分期付款。

代表产品如将一针 100 多万元的 CAR-T 细胞免疫治疗药物的费用分成几个时间段，如支付首付款后，再分为半年、一年、二年、三年、五年等时间节点，进行付费设定。患者生存年限未达到协议规定的最高生存年限的，后续未付费用不再支付，背后由保险借款人身故保险作为支撑实现。但实务中，由于该类患者本身较少，且银行或贷款机构分期支付意愿不高，保险公司对此类业务风险判断能力有限，该类保险结合业务模式实际尚未开展。

### 三、肿瘤创新药与商业医疗险协同发展方向与趋势

在肿瘤领域，靶向药、免疫治疗等创新疗法相比传统化疗对五年生存率有显著提升。一项探究药物创新对寿命影响的研究统计了 30 个发展中和高收入国家的人均寿命及药物创新相关数据，认为 2000 年至 2009 年，在美国和其他高收入国家，3/4 的预期寿命延长得益于新药的使用。但国内支付方单一，社会总体支付能力不足，对创新医药行业未真正发挥促进作用，肿瘤药物研发行业创新层次待提升，肿瘤诊疗及药物临床应用规范待完善，这其实都是商业健康险的发展机会。

国内目前已有的商业健康险实践总体还处于注重保障概率风险的寿险思维下，如较多实践在于筛选健康人群提供肿瘤保障，或筛选相对健康的癌症人群提供远期概率保障，而对于与医药行业融合，将保险责任融入医药行业服务中的做法，还非常有限。

医疗保险不单纯是支付工具，应该促进服务侧资源合理配置，效率提升，行为规范。对于用户而言，健康险是健康用户未来使用各类医疗健康服务的早鸟券（健康时购买获得最优价格），也是患病用户团享医疗健康服务的优惠券（比个人更能获得性价比适合的专业服务）。

肿瘤医疗保险离不开肿瘤全链条医疗服务的管理和链接，细分领域多，专业化要求高。如何在医保体系外，探索肿瘤创新医药与商业医疗险的结合发展，有以下几点思考：

## （一）通过服务聚合更广人群：全病种、全人群是前提

医疗保险是对医疗医药服务产生的费用进行赔付的形态，其发挥价值的前提是规模，通过大人群的聚集形成共济，以及通过大规模的支付量形成对医疗医药供给侧的支付力量。

以单一病种单一药品构建保障对象，不但容易产生射幸问题，而且对精准获客要求高成本代价大，而且难以以有限数据做出判断和设计，形成服务的规模效应，更无法真正实现患者代言人、行业指挥棒的终级目标。

聚集更多病种、或不分健康状况的人群，根据不同病种人群疾病状况确定费率，通过各种方式提供满足不同人群需求的服务，比如维持健康人群健康的有获得感的健康管理服务，帮助已病群体改善疾病状况的疾病管理服务。提供多病种适宜的组合福利管理方案，降低精准筛选单一药品用药患者的成本和数据偏差，包括选择适宜的不同病种的疾病管理服务包和药品目录，而不是根据单一药品设计福利方案，才有可能形成健康有力的商保支付方。

国内商业医疗险尚不成熟，支付量还非常有限，具体的实现路径，可以先从积累直接服务患者的不同病种的疾病管理服务入手，或者从提供有获得感的健康管理服务吸引健康人群开始，但最终都是为培育商业医疗险稳定的支付规模。

如提供肿瘤保险，可包括各类癌症的筛查服务和预防性健康管理，以及癌症疾病管理包括通用咨询、就诊、用药、提醒服务以及具体癌种个性化专业服务，在此基础上，根据接受服务的行为，差异化提供各类癌种的药品费用补偿和疗效保障待遇，或对服务及诊疗就诊行为、用药行为做出指引，对于按指引的行为提供相应更高的保障待遇。

## （二）更长链条的融合：筛查是机会，管理是必须

肿瘤是与创新医药联系最紧密的疾病领域，医疗保险通过对医疗服务费用的补偿，串联各个服务和产品，促进资源合理配置，通过第三方支付的力量提升生态效率，对链条上的服务连接越多，可以发挥价值获得发展的机会越多，形成良性生态的机会越大。

对于肿瘤，基本医保仅能覆盖院内治疗的一部分费用，对于一级预防健康管理，癌症筛查，康复服务等以及院外各类医疗健康服务都没有覆盖。而国内癌症普遍发现晚，筛查普及不足，这些基本医保未覆盖但又重要且广泛有需求的服务，是肿瘤服务链条上的重要节点，也是商业保险介入肿瘤服务产业最好的机会。

比如常见癌症筛查如肺部 CT 对于特定年龄以上特别是吸烟人群，提供肺部 CT 筛查服务，不但可提升健康人群获得感，而且利于人群癌症早发现早治疗。据《肺结节诊治中国共识解读 | CACP 2019》公开数据显示，我国约有 1 亿 2 千万人患有肺结节，平均每 12-13 个人中就一个患有肺结节。在所有肺结节患者中有 6% 会进一步被诊断为肺癌，长期吸烟或者被动吸烟人群、矿工等高危职业人群、肺部有既往病史和肺癌家族史人群肺癌查出率更高。以癌症筛查为保险融合服务的起点，从源头聚集早期患者，更利于癌症早诊、规范治疗和用药引导，逐步实现对整个肿瘤服务链条的驱动。

除了癌症筛查，面向国内癌症患者普遍对优质资源可及、院内服务体验、院外刚需服务跟进、医疗信息可及性等需求，提供有针对性解决实际问题的服务，在基本医保体系外构建服务生态，是商业医疗险提升产品价值和美誉度的机会。医疗险不能只是保险，而应以医疗健康服务为主线，才能既吸引和稳定被保险人规模，又控制疾病大额赔付风险，获得可持续性发展，维持足够大稳定的共济池，才能真正有包括对肿瘤特药筛选和应用的动机和能力。

### （三）更长期限的保障：终身保证续保是方向

疾病管理的效果受个体状况、疾病特性的影响，通常不会短期就有效果且可衡量，也因此“带病体保险”的产品基础应是相对长期的形态。反过来说，长期健康险的发展，才是商业健康险可能和医药健康产业融合发展的基础。

对于肿瘤医疗保险而言，不但因为疾病管理需要时间检验效果，而且对于健康人群，筛查通常需要以年或半年定期进行，服务需要长期积累。

随着医学科技的发展，癌症已越来越发展成为一种慢性病，对于癌症治疗出院后的患者，相关康复护理、避免复发转移的癌种疾病管理、用药都需要长周期的跟进和管理，诸如定期提醒随时咨询、用药依从性管理、复查检测跟进等等，都不会是一年的短期行为。此外不论健康人群、癌前病症人群、患癌人群，只有长期跟踪的数据积累，才有保险定价、临床研究的价值，而长期保险由于有费用报销、待遇保障的抓手，会刺激被保险人配合提供，最有机会积累价值数据。

若保险产品仅保障一年，确诊后不可续保，不但对癌症患者价值不大，无法在最需要的时候持续提供帮助，对于医药产业也是错失患者资源机会，失去了医疗险对医药产业的支付意义。市场虽然已有多款终身癌症医疗保险产品，如太平洋保险推出的税优健康险产品“蓝医保终身防癌医疗险”和人保健康推出的好医保终身防癌医疗险。但其对医药健康产业服务的融合还有限，期待后续更多转变和进步。

## 四、促进肿瘤创新药与商业医疗险协同发展的建议

医疗保险不是寿险，不能只是单纯的风险保障，更重要的是医疗医药服务本身对被保险人健康状况的影响实现风险管理。医疗保险包含服务和保险两部分，不可分割。目前市场上形态，大都是保险+服务，服务大都只是保险的附加增值服务，实际两者未实现真正融合。而事实上，医疗医药服务本身就存在诸多问题需要解决，以服务+保险，保险作为服务下不同风险结果的兜底保障，将更能促进两者融合。肿瘤产业链条长，肿瘤医疗险更应该以保险为工具，串联产业融合服务而获得发展，发挥价值。

### （一）以癌症早筛入手

癌症需要“早发现、早治疗”，癌症筛查不仅能筛出早癌，更是通过早发现早治疗，提高群众防癌意识，提升基层专业人员技术水平，提升社会卫生资源效率。癌症筛查虽然对于癌症防控意义重大，国家多项政策多次重视强调，但由于支付问题实际未根本解决，导致在国内癌症筛查推行有限，癌症仍然普遍发现太晚，不但给广大百姓家庭带来沉重负担和悲剧，而且给社会卫生资源带来极大的压力和挑战。

肿瘤筛查是从源头聚集肿瘤患者，且对健康人群有价值的服务，基于上述政策导向、产业背景及基本医保尚未覆盖肿瘤筛查的现实，以肿瘤筛查服务入手，将保险作为服务后的兜底保障工具，串联癌症治疗链条中的各项服务，是肿瘤保险，甚至可以说是国内整个商业医疗险，最好的机会和突破口。

### （二）“防、治、保”结合

单纯“治”，由于发现晚，费用高；国内基本医疗保障支付有限，很容易造成家庭灾难性支出；单纯“防”，由于个体在健康状况下，对预防服务的需求相对弱，在没有第三方的链接推动下，仅靠个人自费主动购买和使用，较难成功的。营销驱动，又易造成诸如“过度体检”的恶性循环。单纯“保”，就像现在普遍的医疗险现状，对于小概率的风险事件，健康人群获得感低，要么需要高费用流量或营销驱动，要么就是易脱落造成难以把握的“死亡螺旋”。

因此要推进“防、治、保”结合的肿瘤管理新路径。通过保险方案的融合设计，引导用户更主动筛查。比如健康险用户不用另外花钱，可以接受指定癌症筛查，并在使用后可直接获得保险待遇的额外提升，将会是用户、服务方、保险三方的共赢。通过保险，促进个体筛查，早发现早治疗，真正降低总体医疗费用，从源头控制风险；通过筛查，提升保险获得感，化解保险“死亡螺旋”难题，帮助用户小病早发现，大病有保障，避免应筛未筛、筛而不治；通过支付力量，降低主动需求相对低的服务的营销成本，促进有价值的健康服务发展，利于社会整体卫生资源配置。

### （三）探索肿瘤保险新模式设计：以早筛为起点，促进“防治保”一体化

常见癌症不少已有国际公认成熟有效的筛查技术，早发现早治疗，对卫生资源医疗费用的节省效果明显，也符合用户的长期利益。

国际权威医学机构美国预防服务工作组（United States Preventive Service Task Force, USPSTF）认为对于结直肠癌和宫颈癌的筛查是确定有效并推荐实施的，对于乳腺癌和肺癌（高发人群）的筛查是可能有效并适宜实施的。这四大癌种在我国都是高发，但其筛查并没有纳入基本医保，甚至大部分的企业体检中也并不涵盖，是社会普遍的服务缺口。

这些癌种对应的筛查服务技术也相对成熟、成本低，广大体检机构或基层卫生服务机构都可以进行，甚至结直肠癌居家筛查工具也已非常便宜和成熟。此外，由于相较于看病治疗，体检类服务个体付费需求相对弱，在没有其他方付费的情况下，国内体检类机构仍处于买方市场，市场营销推广成本不低，若保险产品主动融入结合，无需个体付费，而是保险集中采购与保障兜底结合，也是将带动体检类产品市场良性发展，减少因体检机构营销带来的过度体检、体检质量等问题。

寻找有价值的癌症筛查服务，通过保险方案的融合设计，引导用户主动筛查。比如健康险用户不用另外花钱，可以接受指定癌症筛查，并在使用后可直接获得保险待遇的额外提升，将会是用户、服务方、保险三方的共赢。

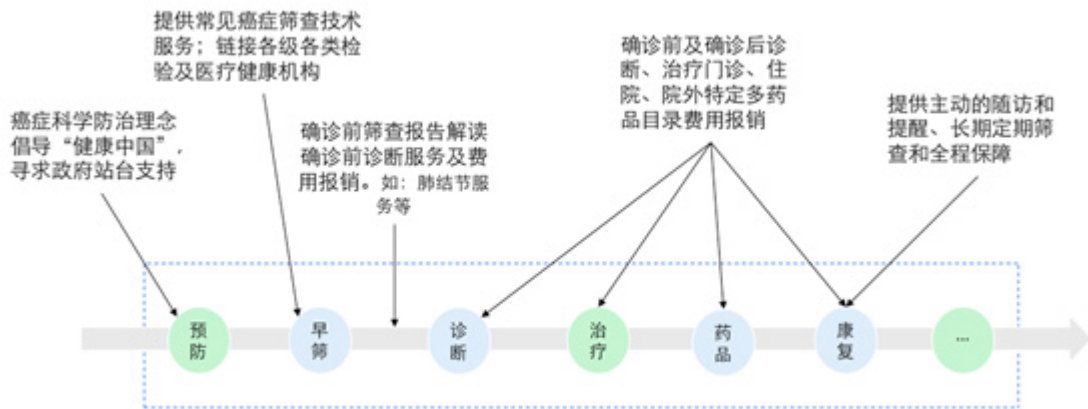


图 8 肿瘤保险发展示例

资料来源：作者整理

以肿瘤早筛为起点，通过保险链接和保障肿瘤规范治疗和服务，促进“防治保”一体化，从源头化解百姓癌症大病风险，降低社会医疗成本，同时带动本地癌症相关医、药、服务长链条产业发展。此外，癌症筛查这样的可以面向健康人群的服务，也是改善保险健康人群的获得感，提高保险可持续性的手段之一。

基于国内普遍缺失院外服务的现实，肿瘤医疗保险不局限于提供院内医疗费用补偿，更应在癌症筛查之外，与肿瘤全链条各节点，包括诊断、治疗、药品、康复等相关医疗服务、药品和技术相链接，将更多有价值的、基本医保暂未覆盖的、院后院外的资源做串联整合、筛选实现长周期性的保障杠杆，既成为对用户有价值的保险，又对肿瘤生态链的发展和效率提升做出贡献。

以肿瘤医疗险保险中的肺癌服务为例，通过保险将疾病进程中的各类院外服务进行串联，提供全程管理服务以及保险报销，为被保险人提供比个体直接付费购买更好的服务和价格，提升被保险人服务价值感，改善疾病进程，更带动肿瘤相关院外服务生态发展。

表 6 肿瘤保险框架设想（以肺癌为例）

编号	疾病进程	专病服务内容	专病服务包	市场价值	保险结合模式
1	筛查 (用户接受肺部CT)	肿瘤筛查	肿瘤筛查 服务包	300	-
2	解读 (发现肺部结节)	报告解读 就诊指导		200	-
3	就诊	专家绿色通道 陪诊服务	肺结节 专病服务包	500	用户自费及保险按比例报销相结合
5	复查	提醒复查 复查陪诊 MDT会诊		1000	用户自费及保险按比例报销相结合
6	住院	入院绿色通道 一站式入院服务 入院慰问	住院 服务包	5000 (不含医药 费)	用户自费及保险按比例报销相结合
7	确诊	保险理赔报案及预授权申 请协助			用户自费及保险按比例报销相结合
8	治疗	定期探视 保险理赔办理协助服务			用户自费及保险按比例报销相结合
9	用药 (需要使用院外特药)	用药指导服务 用药提醒服务 药品直付服务 药品配送服务 用药监测服务 复诊提醒服务 新特药信息服务 新药患者招募服务	特药 服务包	3000 (不含药费)	含在保险直付和药品服务中， 费用由用户自费及保险按比例报销
10	出院	康复指导服务 院后随访服务 复发监测提醒 中医药服务	肺癌康复 服务包	5000	含在保险直付和药品服务中，费用由 用户自费及保险按比例报销

资料来源：作者整理

在此基础上，逐步积累保险人群共济池，做强支付能力，才有跟创新医药行业真正对话、发挥筛选、评估的基础，实现与创新医药协同发展。

国内商业医疗险需要转变观念，改变单纯的寿险保障概率风险的思维，放弃以精算定价、风险筛选的保险产品为中心的执念，主动融入医药服务，甘当解决医药健康产业问题的工具，尽快通过各种方式、各种力量汇聚健康人群、患者人群，形成规模逐步实现价值，这才是有意义的商业医疗险。

## 第四章 慢性病领域商业健康险与医药 协同创新模式研究

慢性病是严重威胁我国居民健康的一类疾病，已成为影响国家经济社会发展的重大公共卫生问题。商业健康险在减轻慢性病人支付压力，联动医疗、药品及健康管理各方共同开展慢性病综合防治和慢病管理等工作上均可发挥巨大作用。对慢病人群而言，除常规医疗治疗手段之外，还需要通过长期用药和慢病管理等服务控制病程进展，维持身体状态。因此对商业健康险而言，在为慢病人群提供医疗费用报销保障之外，也要关注其就医和用药服务的可及性、便利性及普惠性，以及医疗、药品服务与慢病管理服务的协同等。2021年10月银保监会《关于进一步丰富人身保险产品供给的指导意见》发布后，有越来越多的保司推出慢病保险相关产品，部分产品在为慢病人群提供基础的保险保障之外，在医疗服务、药品服务、慢病管理服务各环节及多方协同融合等方面进行了创新探索。下文即对近年来我国市场上出现的商业健康险与医药协同的创新模式进行总结与展望，并提出针对性发展建议。

### 一、研究背景

我国慢性病人数量巨大，据2018年《全国第六次卫生服务统计调查专题报告》数据，全国慢病人数量已超4亿人；发病率高，15岁以上人群发病率超34%，65岁以上人群发病率超60%。由于慢性病难以治愈且需要长期治疗的特点，对患者及其家庭带来沉重医疗负担。据麦肯锡分析，2020年我国慢病人群医疗支出约2.5-3万亿元，医疗支出占比约60%，对患者家庭及医保基金均产生沉重压力。商业健康险目前对慢病人群保障仍很不足，据麦肯锡数据显示，2020年慢病保险保费约500亿元，仅占当年健康险保费约6%，慢病人群保障缺口仍很明显。

基于慢病人群需要长期治疗尤其是长期用药的现实，产业链各方一直在推动健康险与医药服务的融合，一方面控制赔付成本，推动慢病健康险的可持续发展；另一方面发挥各方优势，提供更优质服务，满足慢病人群就医、用药、保障及健康管理的多元需求。近年来在政策推动及产业链各方的努力，以及部分专业第三方公司的粘合下，慢病健康险与医药融合领域出现了一些创新模式，模式价值几何，是否可持续、未来应往何处去，仍待研究者有更多观察和思考。

2017年国务院办公厅印发的《中国防治慢性病中长期规划（2017—2025年）》中所称慢性病主要包括心脑血管疾病、癌症、慢性呼吸系统疾病、糖尿病和口腔疾病，以及内分泌、肾脏、骨骼、神经等疾病，本文所指慢性病即为上述疾病。如上文所述，我国慢性病人数量巨大，发病率高，医疗支出大且对个人、家庭及社会负担沉重。同时慢性病对居民健康威胁巨大，根据《中国居民营养与慢性病状况报告（2020年）》数据，2019年我国因慢性病导致的死亡占总死亡88.5%，其中心脑血管病、癌症、慢性呼吸系统疾病死亡比例为80.7%。

由于慢性病的难以治愈性，长期用药几乎成为多数慢性病患者必然选择，因此慢病相关药品尤其是创新药对控制慢性病病程发展、改善和维持慢病患者身体和生活状态至关重要。基于数量庞大的慢病患者长期持续用药需求，慢病药品成为全球药企的必争之地，市场规模也在持续拓展。米内网数据显示，2021年中国三大终端六大市场<sup>14</sup>慢病药销售规模超4000亿元，随着慢特病用药目录、长期处方等政策红利的释放，慢病药市场空间有望持续扩大。

## 二、慢性病领域商业健康险与医药协同创新模式梳理

慢病保险与医药协同的模式可分为四类：一是慢病版百万医疗+药品责任，二是单病种医疗险+药品责任，三是惠民保类普惠型健康险+药品责任，四是PBM等创新支付模式。

### （一）慢病版百万医疗+药品责任

慢病版百万医疗险是在传统百万医疗险的基础上，通过调整核保规则、增加保费等方式，支持不同病种慢病人群投保，少则允许“三高”等高发慢病带病投保，多则允许上百种慢病类型。部分产品会在医疗责任的基础上，提供指定药品目录内的特药保险金责任、指定药品清单内的药品折扣福利，以及部分医疗服务和慢病管理服务，包括线上问诊、专家预约、用药指导、健康档案、癌筛优惠等。医疗责任部分，部分产品在提供住院费用责任之外，还会提供门急诊医疗责任、药品不良反应保险金责任等，为慢病患者提供覆盖医疗费用报销、医疗服务、健管服务、药品服务等全方位保障。

典型产品如某保司联合某在线医药服务商推出的“安心保”系列产品。在提供医疗险基础的住院医疗保险金之外，还提供了特药保险金（指定药品目录）以及包括专家问诊、筛查服务在内的五大类健康服务。同时提供了保单专享的药品折扣责任，药品清单覆盖多类慢病人群常用的40余种降压、降脂、降糖药品，患者线上购药后可享受免费送药上门服务。

14 六大市场三大终端分别指第一终端（城市公立医院、县级公立医院）、第二终端（实体药店、网上药店）、第三终端（城市社区卫生服务中心/站、乡镇卫生院），但不含“民营医院、私人诊所、村卫生室”



表 7 “安心保”系列产品主要责任

保障内容	A 版本	B 版本
住院医疗费用保险金	最高 300 万，免赔额 1 万 赔付比例 100%	最高 300 万，免赔额 1 万 18-40 岁：赔付比例 100% 41-55 岁：赔付比例 70% 56-70 岁：赔付比例 50%
救护车费用保险金	最高 2000 元，无免赔额，100% 赔付	
急诊费用医疗保险金	最高 2500 元，200 元次免赔，70% 赔付	
特定药品费用保险金	最高 3000 元，50% 赔付	
严重药品不良反应住院 医疗保险金	最高 6 万元，免赔额 1 万，100% 赔付	
保单专享购药福利	5 折起，全年最高可省 3000 元	9 折起，全年最高可省 1000 元
保费	季付 399 元，年付 1569 元	季付 232 元，年付 889 元

资料来源：公开资料整理

## （二）单病种医疗险 + 药品责任

单病种医疗险相较于慢病版百万医疗险更加聚焦，以单一病种慢性病人群为目标客户群，在传统医疗险责任基础上附加针对该病种的专属药品责任（一般包含一种或多种该病种常用药），使特定病种人群有保可依，有药可及。由于单病种医疗险聚焦单一病种人群，可以更好的实现该病种人群的高效集聚，为其提供更具针对性的医疗、药品服务及慢病管理服务。

产品责任方面，一般包括针对该病种的恶性肿瘤医疗保险金、指定药品目录的特药保险金、针对单一药品或指定药品目录的用药责任（在线折扣购药），以及并发症医疗保险金、药品不良反应保险金等责任，癌筛优惠、专家会诊等健管服务。

典型产品如某保司联合某在线医药服务商推出的“乙肝保”系列产品。该产品专为乙肝患者定制，提供恶性肿瘤保险金、住院津贴及指定药品全年用药责任，一站式解决乙肝患者长期用药负担及病程恶化后的大额医疗支出风险，同时提供了专家会诊及癌症早筛等服务权益，帮助乙肝患者更早的检测风险和科学治疗。同时该产品为参保人提供了十几种乙肝常用药的药品清单，参保人投保后可免费领取药品（保险责任中的“特定医疗保险金”责任进行支付）并免费送药上门，减轻乙肝患者的日常用药负担。

表 8 “乙肝保”系列产品主要责任

保障计划	
特定肝脏恶性肿瘤医疗保险金	100 万元
肝硬化及其并发症住院津贴保险金	6000 元
特定医疗保险金	2000 元
严重药品不良反应住院医疗保险金	4 万元
肝癌早筛权益	免费赠送
肝癌专家会诊	免费赠送
投保年龄	18-65 周岁
保障期限	1 年
<b>乙肝全年用药（多种可选）</b>	
按季度领取	
<b>肝癌医疗保障</b>	
累计最高 100 万 年免赔额 0 元	
费用不限社保目录，赔付比例最高 100%	
<b>肝硬化住院津贴</b>	
100 元 / 天 累计最高 6000 元	
责任内肝硬化及其并发症住院都能保	

资料来源：公开资料整理

### （三）惠民保类普惠型健康险 + 药品责任

惠民保作为当前健康险市场最重要的一类支持慢病人群投保的产品，可视为一类慢病医疗险，还有一些采用惠民保模式运作的、支持慢病人群投保的垂直人群普惠医疗险，同样可视为慢病险。这类产品在提供医疗责任之外，也会提供针对癌症等重大疾病的特药责任，以及各类健管服务。当前惠民保类产品的责任结构中，“医保内 + 医保外 + 特药”基本已成为标配，据统计 2022 年上线的惠民保产品中包含特药责任的占比已超过 80%。同时，惠民保的特药责任已成为药险合作的最重要窗口，极大推进了健康险行业与药企尤其是创新药企的互识、合作与融合创新，惠民保特药责任也成为创新药行业进入商业健康险产业链的重要链接。

同时我们也观察到，目前部分惠民保产品在特药责任外，也在尝试为健康人群尤其是慢病人群提供普药及慢性病药品的折扣福利等相关药品服务。如部分产品为参保人提供了合作药店购药折扣、慢病药品折扣等服务，进一步为参保慢病人群减轻用药负担。2023 年上线的深圳“鹏城保”，在基础的产品责任之外，为参保人提供了 320 种日常慢病用药的 7.8 折优惠购药权益，同时提供满额免费配送服务，并制定了“慢病药品清单”供参保人查阅；2023 年上线的“惠辽保”，为参保人提供了指定药店的购药折扣权益，在产品保障期间内，在指定药房购药可以享受八五折优惠。

## （四）本土化药品福利计划（PBM）模式

国内的药品福利计划业务，在经过 2022 年 8 月的监管治理后，已逐步走向合规发展模式。目前主要模式是以慢病人群为核心，以第三方服务公司为平台，链接药企、药房、保司多方合作伙伴，以保险赔付形式实现参保人的药品折扣感知，减轻患者用药负担的同时提升用药依从性，药企、药店、保司及第三方平台均在此模式中获得合理价值。

此模式以第三方公司为纽带，链接保司及药企，聚合包括有长期用药需求的带病人群及有不定期用药需求和健康管理服务需求的健康人群成组，以保险理赔形式给予用药人群药品费用赔付，以在线问诊医疗险（普药折扣）、重疾保险金等其他保险责任及健管服务增强健康人群获得感。

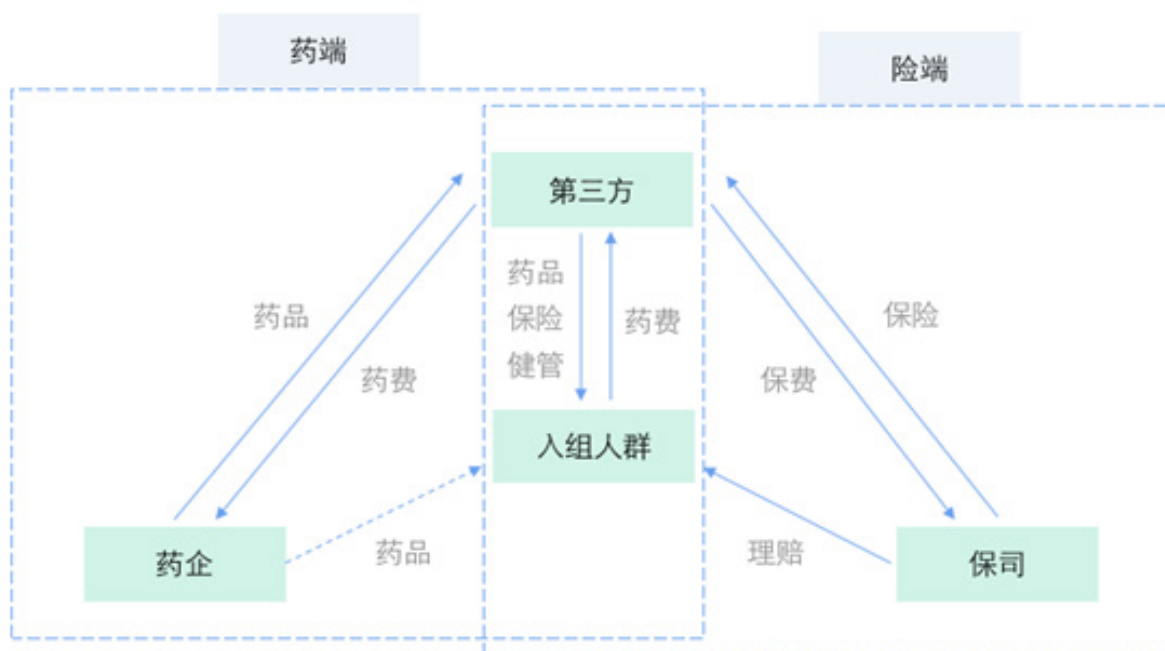


图 9 国内某 PBM 模式项目机制

资料来源：作者整理

对当前我国的 PBM 模式而言，此前监管叫停的“药转保”模式仅有其形而已。其实，扮演 PBM 的第三方更多是单纯的链接者，并无控费动作和流程，而保司也仅扮演了收取保费和给出赔付的作用。上文中我们描述的 PBM 模式，一方面通过对慢病人群及健康人群的全人群聚合支撑了保险的大数法则，保司承保的并非必然发生风险，也符合射幸原则；另一方面 PBM 及保司共同为入组人群及参保人提供系列健康管理服务，有利于管控疾病风险，降低赔付成本。

## 三、慢性病领域商业健康险与医药协同创新模式发展趋势展望

面对我国 4 亿慢病人群减轻支付压力和提升健康保障水平的巨大潜在需求，医、药、健、险等大健康产业链相关企业无不充满期待，也正积极拥抱。在政策层积极推动和慢病健康险成为行业共识的共同驱动下，保险行业近年来积极推进慢病健康险的创新探索，医药健康产业链与保险行业的协同及衔接也取得明显进展，多方加速融合之势。上文总结的四种创新模式也正是在多方共同探索下的产物，未来各模式发展趋势如何，发展空间、发展速度、模式价值、可持续性等问题均待验证，结合我们的观察思考以及与产业相关方的交流探讨，尝试对四种发展的未来发展进行展望。

### （一）慢病版百万医疗保险将成为最重要的慢病险产品

百万医疗险作为当前健康险市场最为消费者熟悉的一类产品，具备较好的消费者认知基础，在此基础上发展而来的慢病版百万医疗可借助百万医疗险的群众认知基础，更好地触达消费者并被目标客户理解和接受，更好地打开市场。同时，附加慢病人群常用药折扣福利及问诊服务、筛查优惠、患者服务等健管类服务后，有利于激发目标客户购险需求，提升承保期购险慢病人群的获得感和体验感。

在产品层面，未来慢病版百万医疗险需要在医疗保障责任、特药保障责任、药品折扣福利及慢病管理服务等方面全方位提升保障水平和服务水平，使参保人群在发生重大疾病时获得充足的保障，日常可以通过有效的慢病管理服务降低并发症等疾病风险，通过药品折扣福利减轻长期用药负担。

产品上未来升级的重点应在药品目录和健管服务，药品目录可增加慢病药品数量及折扣力度，提升参保人群获得感，增强产品粘性和对新用户吸引力；健管服务方面需提升慢病管理服务的有效性，提高参保人的使用率，切实发挥出慢病管理效果，降低未来医疗责任的赔付风险。

综合来看，慢病版百万医疗作为覆盖慢病人群最广（部分产品已可支持上百种慢性病人投保）、形态较为简单（基本与百万医疗险一致），对慢病人群而言接受度高，借助百万医疗的市场基础，中短期内有望成为惠民保之外市场上最重要的慢病险产品。同时由于其纯商业性的特点，较惠民保而言有更大的商业自主性，在产品及服务创新性上更有优势，未来在新疗法、新药械及新产品形态方面有望走得更快、更远。随着我国老龄化的加深，慢病人群规模将持续扩大，慢病人群购险需求也将持续提升，中长期视角看，慢病版百万医疗有望占据医疗险市场半壁江山。

## （二）单病种医疗险仍有较大发展空间

单病种医疗险作为最“专一”的产品模式，最大的优势是单病种的针对性和聚焦，基于此优势其可以做针对该病种的定制化和专业化责任及服务，更好地服务该病种客户；同时在提供适用该病种的药品时，也可以基于上述优势与药品供应商谈判获得更具优势的药品采购成本或折扣力度。另一方面，相较于慢病版百万医疗险，单病种医疗险所面向的单一病种人群数量更少，触达难度更大，宣传推广成本更高，对保司及合作伙伴而言销售和运营难度更大，如不能在产品设计、宣传推广、运营管理等方面均取得较好成效，则无法获取足够的客户和保费。

在产品层面，未来单病种保险模式一是可以加强与该病种优势药品供应商的合作，为参保人群提供更好的用药保障责任；二是联合健管机构及医疗机构，为该病种参保人提供更有效、有用且成本可控的包括早筛、体检、慢病管理等预防和管理类服务及康复、护理等病后服务，同时可引入全病程管理服务，针对特定病种慢病人群开展医疗级专业管理和服务，减少并发症风险，提升药品依从性；三是可结合医院、药店等慢病人群高频场景，推动患者触达和精准宣传营销，提高宣传和销售效率，最大化聚集同病种人群，做大参保量，提升产品可持续发展能力。

综合来看，我们判断未来单病种保险将仅面向少数患者基数够大（有参保量基础）、依赖性药物价格较高（有提供用药责任价值）、健康管理服务有效性较高（保司可依托健管服务降低医疗责任风险）的病种类型。由于我国慢病人群基数够大，大病种类型够多（人群数量达亿级的慢病病种超 10 个），预计未来单病种医疗险类型仍有足够发展空间，但其规模将小于慢病版百万医疗险。

## （三）惠民保类普惠型健康险将提升慢病人群的特药与普药保障

惠民保类普惠型健康险是目前四类产品模式中发展速度最快、市场热度最高的产品模式，也是当前覆盖慢病人群最多的产品模式。当前惠民保类产品的药品责任首先是特药责任，这也是惠民保最主要的特点之一，且已覆盖超 80% 惠民保产品。其次是普药责任，当前已有部分惠民保产品以增值服务的方式为参保人提供药品折扣等药品相关服务和权益。但一方面从整体惠民保市场看，其与普药责任的融合仍处起步阶段，多数产品中并未提供；另一方面，部分产品提供的普药责任中存在覆盖药品少、覆盖药店少等限制，且主要作为增值服务，并未融入产品责任。

惠民保产品未来升级方向一方面是通过降低医疗责任免赔额（尤其是健康体）、提升特药数量、增加覆盖病种并增强特药清单覆盖疾病与我国实际癌症发生率匹配度，增强特药责任保障力度；另一方面要提升健管服务使用率、提供更好的普慢病药品折扣及用药服务等，提升对慢病人群的医疗和用药保障，以及健康人群的体验感。

随着惠民保覆盖率的提升，未来惠民保参保人群的增长将放缓，但预计未来五年内仍是市场上最重要一类慢病险产品，惠民保类普惠型健康险产品未来五年累计覆盖人群有望超 5 亿，覆盖慢病人群有望达近 2 亿人次。同时其与医药产业的协同和融合将进一步加深，对慢病相关特药及普药的保障覆盖和销售推动将持续增强。但由于此类产品件均保费较低，因此市场规模有限，如按未来五年达到件均 150 元测算，慢病人群参保的惠民保类普惠型健康险累计保费规模约在 300 亿元。

#### （四）本土化药品福利计划（PBM）将主要与团体医疗险结合

本土化的药品福利计划模式主要由药端需求和力量驱动，由专业第三方组织开展。当前该模式的核心逻辑是为药企推广和销售部分未进入医保的高值药品，为自费用药人群节省一定费用。“药转保”模式被监管叫停后当前的合规模式为保司贡献的保费规模有限。当前该模式与美国 PBM 模式相比，缺乏对医疗行为及用药行为的有效管控，与真正 PBM 模式降低支付方开支，提升支付资金利用效率的核心价值有较大差异。当然，该模式对药企及用药人群仍有价值，尤其在部分药企推动原研药及创新药寻找医保外市场的驱动下，该模式仍有增长空间。

通过与部分行业从业者交流并结合我们的观察和测算，预估 2022 年我国本土化药品福利计划（PBM）规模在 50 亿元左右（剔除“药转保”模式）。合规的药品福利计划模式在药企拓展医保外市场及患者降低自费用药负担的双重需求下仍有发展空间，预计到 2025 年规模将翻一番达到 100 亿元左右。

2022 年我国团体医疗险市场规模预估在 1000 亿左右，未来三年预计能保持 15% 左右增速，则 2025 年市场规模将达 1500 亿元左右。本土化药品福利计划模式未来可积极拓展团体客户市场，将药品福利计划模式纳入团体医疗险责任，向团险医疗险市场渗透，为大型团体客户定制，突出用药责任，涵盖医疗责任及健管服务。

## 四、慢性病领域商业健康险与医药协同创新发展建议

### （一）加强产品模式与销售场景融合式创新，推动慢病险场景化销售

上述慢病保险与医药协同创新模式，主要是产品模式创新，而产品创新是否成功和可持续，需要被需求端验证，即有销量。要实现供给端与需求端的成功链接，需要合适的场景，对慢病保险而言，最优场景即慢病患者有高频需求、高信任度、高依赖度、高感知度的场景，包括实体医院、互联网医院等医疗场景，药店、购药平台等用药场景，医保及有大量慢病参保人的商保项目等保险场景。因此，加强产品模式与销售场景的融合，是推动慢病健康险与医药融合创新模式可持续发展的重要选择。

一是就医场景。可将慢病版百万医疗险及单病种医疗险置入就医场景，如在线下医院门诊大厅及各类慢性病相关科室设立相关保险产品的服务点，由险企工作人员对患者进行两类产品的宣传，与医院合作由专门的医护人员对适合的患者进行专业化宣讲等。使得慢病患者有保可依，降低就医用药支出负担，增加重大疾病费用保障水平。部分第三方机构及保司目前正积极探索和推进院内保险项目，如与医院共建多层次保障中心，针对医院重点慢病相关科室特点及慢病人群需求，与医院进行数据联动，联合保司开发专属慢病产品，如乳腺癌复发险以及针对甲状腺、肝病、肾病等慢病产品，与医院方联合宣传推介，共同实现慢病患者医保外的商保保障。

二是用药场景。对用药场景而言，单病种医疗险及药品福利计划模式均有很好的场景契合性。单病种医疗险及药品福利计划均可通过药品折扣福利责任降低慢病患者的用药负担，对用药场景契合的慢病患者而言降低长期用药负担是刚需，因此人群需求与产品责任相匹配；同时两类产品在药品折扣责任之外均有医疗责任及健管服务提供，对慢病患者降低医疗支出负担和提供慢病管理水平均有很大价值。

两类产品供给机构可与线下大型连锁药房、线上药品平台合作，在满足合规要求前提下，联合进行相关保险产品和药品福利计划的宣传推介。降低患者用药负担的同时，提供药品依从性。

三是保险场景。保险场景可以分为社会保险和商业保险两类场景，两类保险中与医药产业有较强协同的分别是基本医保和商业健康险。

一方面是医保慢病经办场景。医保场景尤其是当前改革重点的医保门慢保障场景下，聚合了大量医保人群。虽然医保目前通过开放个账门诊统筹等方式提升医保对慢病人群的保障力度，但仍有很多需求是医保未提供的，需要商保及时补位。在医保慢病场景下，可为医保慢病人群提供慢病版百万医疗及单病种保险等产品，在产品开发环节，还可探索联合医保局和保司，基于当地慢病人群相关医保数据及医疗数据，针对性开发属地化慢病产品。如某市已落地的医保慢病经办项目中，为该市医保平台慢病患者提供慢病版百万医疗及单病种医疗险等产品，实现医保与商保的紧密衔接，为慢病患者提供多层次保障的同时，减轻医保基金支付压力。

另一方面是商业慢病健康险场景。该场景主要是指有大量慢病参保人的商保项目，如惠民保项目及部分普惠型垂直人群健康险项目。在这类项目中，由于不限制慢病人群参保，因此可以聚合数十万甚至百万级慢病人群。同时，此类项目是场景和产品的天然融合，且项目往往与政府部门合作推出，有一定公信力背书，有利于项目开展和吸引更多参保人；同时一定程度上可以得到医保局等政府部门所掌握数据的支持，有利于产品开发和定价及风控。该场景下主要的产品模式为慢病版百万医疗（如不提供医疗责任即为特药险）及惠民保类普惠型健康险（惠民保及垂直人群普惠保险产品）。

## （二）产业融合满足多元需求，共促产品创新

从慢病人群实际需求角度，其对药品、检测、医疗、慢病管理、保险的需求是一个整体。多个供给主体无疑会极大增加患者获取服务的成本。同时，药品、检测、医疗、慢病管理和保险是相互衔接的，前四者相互配合共同实现对慢病的管理，保险解决支付问题并促进前四者的融合衔接。保险作为支付方，无疑是最佳也是最适合的服务整合方。未来慢病保险一定是融合医疗、药品、检测、慢病管理等多项服务的综合保障产品，通过一款产品，一站式满足慢病多元需求。因此，未来慢病保险产品的开发需要保险机构、医疗机构、检测设备制造商、药企、慢病管理服务商等产业链伙伴做好协同，深入洞察慢病人群核心需求以及当前慢病保险核心痛点，发挥各方优势，在风险保障基础上匹配产业链伙伴的医疗服务、检测服务、药品服务及慢病管理服务，打造“保险+服务”产品生态，协同推进产品创新。真正从以客户为中心视角出发，降低慢病人群负担及整体风险，链接医-药-检-险及慢病管理五方，打通数据、场景、产品、服务等多要素，融合五方优势能力，满足慢病人群合理用药、精准便捷检测、加强病程管理、管控并发症风险、降低医疗支出负担等多元需求，协同发力做好慢病人群综合保障。

## （三）场景融合实现精准营销

慢病保险产品的营销，首先是基于场景的营销。在上文分析的就医、用药和保险场景下，发挥场景的需求聚合优势，将慢病人群聚合到同一场景下，实现从粗放式营销到精准营销的第一层筛选；在借助场景实现需求聚合和从广谱人群到慢病人群的筛选后，发挥保险科技近年来在互联网保险、惠民保等领域积累的精准营销经验及模型，实现场景内慢病人群的进一步细分，包场不同病种、疾病阶段、风险等级等分组，依据不同分组匹配不同类型产品；更进一步的，可根据同组内人群不同特点，包括年龄性别、生理条件、职业、地域、收入水平等，精准推荐同类型产品内最匹配的具体产品，实现“千人千品”。



# 第五章 罕见病领域商业健康险与医药 协同创新模式研究

## 一、罕见病基本概况

罕见病是指发病率低、很少见的疾病，通常是慢性且严重的疾病，其中超过 80% 是由遗传或先天性畸形引起的，这种疾病常常对生命构成威胁。根据全球最大的罕见病数据库 Orphanet 的数据，已经发现的罕见病高达 6,000 至 7,000 种。

罕见病的特点是患者数量较少，导致医疗界对其研究和治疗的关注度相对较低。尽管每种罕见病的患者数量较少，但总体而言，罕见病对社会和公共卫生产生了重大影响。然而目前全球还没有统一且广泛接受的罕见病定义。世界卫生组织将罕见病定义为患病率在 0.65‰至 1‰之间的疾病。近年来，我国已在重视罕见病防治。2018 年 5 月，国家卫健委等部门联合发布了《第一批罕见病目录》，收录了 121 种罕见病，首次以目录形式明确了罕见病范围。2023 年 9 月份发布《第二批罕见病目录》，将罕见病目录病种增加至 207 种。与此同时，国家卫健委通过建立诊疗协作网、制定诊疗规范、开展医务人员培训等多种方式不断提高罕见病规范诊疗能力。

在治疗罕见病的过程中，罕见病药物起着至关重要的作用。然而，由于罕见病药物的研发周期较长，使用人数有限，这些药物通常价格昂贵。目前，药物是治疗一些罕见病如血友病、法布雷病、戈谢病、黏多糖贮积症、特发性肺动脉高压、肌萎缩侧索硬化等的主要手段。这然而，这些药物面临着高昂的研发成本和使用人数较少所导致的高价药物困境。因此，如何确保罕见病患者能够获得这些创新药物进行治疗，以及在支付方式上的创新，一直是一个备受关注的议题。

对于这些创新药物的支付方式，有几个主要的探索方向。一是将其纳入医保体系，实现价格的降低并广泛覆盖。二是与商业保险相协同，通过商业保险的方式来分担患者的费用。除此之外，还可以考虑慈善等其他保障手段，以减轻患者的负担。无论采取何种方式，让更多罕见病患者能够获得所需药物治疗，都是当前需要深入研究和探讨的重要议题。

## 二、罕见病的多层次保障方案

罕见病的治疗费用高昂，这使得解决罕见病问题成为挑战，也成为多层次医疗保障体系的最好实践范例。

### （一）国家层面

在罕见病解决方案中，国家在政策制定和罕见病医保目录确定方面发挥着重要作用。

#### 1. 政策制定

2015年原国家卫生和计划生育委员会成立了罕见病诊疗与保障专家委员会，夯实了组织保障，自此以后，我国相关部门陆续出台了一系列的政策，针对罕见病的诊疗、罕见病药品目录、罕见病用药保障以及罕见病药物的研究和审批进行了规范。

#### 2. 罕见病医保目录

自2019年首次发布罕见病医保目录以来，越来越多的罕见病用药被纳入医保范围。截至2022年，已有30种罕见病药品被纳入医保目录，不过进入国家医保目录，对于药品的价格会有苛刻的要求，使得药企进退两难。

国家层面的政策制定为罕见病多层次保障方案提供了法律和政策基础，统一了罕见病管理的标准和要求。这有助于推动罕见病领域的发展，促进各级政府、医疗机构、保险机构和慈善组织的合作，形成更加完善和协同的罕见病保障体系。

### （二）地方层面

在地方层面，针对罕见病问题，各地区进行了许多尝试，主要包括以下七种方式：

1. 建立罕见病专项基金：例如在浙江，一些地方政府设立了专门的罕见病基金，用于资助罕见病患者的医疗费用、药物费用和支持服务等。

2. 纳入大病医保的保障范畴：陕西、湖南、山东等地将罕见病纳入大病医保的保障范畴，以确保罕见病患者能够获得相应的医疗保障和经济援助。

3. 财政单独出资：一些地方政府通过财政单独出资的方式，为罕见病患者提供直接的经济援助，包括资助患者的医疗费用、药物费用、康复费用和其他相关费用。

4. 纳入政策性商业保险：例如在深圳，罕见病可以纳入政策性商业保险的保障范围，深圳市民可以购买相应的保险产品，以获取罕见病的医疗保障和经济支持。

5. 医疗救助：地方政府通过医疗救助制度，向符合条件的罕见病患者提供医疗费用的救助，以减轻其经济负担。

6. 医疗零星增补：一些地方政府对罕见病患者的医疗费用进行零星增补，补充医保范围之外的费用，确保患者能够获得全面的医疗保障。

7. 自主申报方式：部分地方政府推行自主申报制度，允许罕见病患者根据自身情况和需求，申请特殊医疗保障或经济援助。

地方层面的尝试旨在为罕见病患者提供更全面、及时和有效的医疗保障和经济援助地方，改善患者的生活质量。这些努力对于促进罕见病管理的发展，提高罕见病患者的就医体验和治疗效果，具有积极的意义。

### （三）公益慈善

公益基金和慈善机构在罕见病领域扮演着重要角色。近年来，通过个人慈善筹款和慈善机构的推动，罕见病宣传和患者个人援助得到了提升。中国目前有数十个罕见病非营利组织，如中国罕见病联盟、北京病痛挑战公益基金会，蔻德罕见病中心、瓷娃娃罕见病关爱中心等，它们通过资助、宣传和提供支持服务等方式，为罕见病患者提供帮助。

在罕见病解决方案中，慈善赠药被视为解决患者用药负担的有效途径之一。然而，我国罕见病慈善赠药仍处于初级阶段，需要慈善机构与药企合作，建立系统性的赠药体系和途径，确保真正需要的患者获得治疗所需的药物。此外，慈善机构还可以通过资助低收入者和弱势群体等方式，提供经济援助和社会支持。

慈善机构在罕见病领域的作用不仅限于赠药，还包括医疗援助、康复支持、心理支持、教育培训和社会融合等。通过资金筹集、社会宣传和组织活动等方式，慈善机构提高公众对罕见病的认识和关注，推动社会各界参与罕见病救治和支持工作。慈善机构与政府、医疗机构、企业和社会各界的合作对于罕见病管理的发展和进步至关重要。

## （四）惠民保

惠民保通过提供额外的医疗保障帮助参保人应对罕见病等高额医疗费用的挑战，减轻了个人和家庭的经济负担。

惠民保为罕见病提供保障的方式可以分为三种模式。首先是目录内保障，当罕见病药品被纳入国家基本医保目录时，患者可以对医保报销剩余费用。其次是特药保障模式，通过建立特定药品目录或疾病目录，对特定渠道的特定药品进行部分报销，类似于现行的特药险模式。第三种是目录外保障，对于罕见病治疗中基本医保目录外的院内药品进行部分报销。

然而，惠民保在罕见病保障方面仍存在一些局限性。首先，对于既往症少赔或不赔付，即对已经存在的病情少给予赔付或者不给予赔付。其次，对于先天性和遗传性疾病的保障有限或不赔付。此外，即使惠民保保额高达百万，对于罕见病几百万的治疗的费用仍然相对较低。

## （五）其他商业保险

当前商业保险及服务在整体的罕见病多层次保障解决方案中的作用相对较小，但近年来也在这一领域中有所实践。针对罕见病诊治过程中的各种难题，一些保险公司已经开始尝试利用保险产品来解决这些问题。它们主要集中在对罕见病的治疗进行费用补偿、责任给付和提供相关的检测和服务等方面。这些尝试旨在为罕见病患者提供更全面的保障，减轻他们的经济负担，并提供更好的医疗支持和服务。尽管商业保险在罕见病保障中的作用相对有限，但其实践的探索为寻找更好的保障解决方案提供了有益的经验借鉴。

本报告将重点研究当前商业保险在罕见病保障中的参与情况。

## 三、商业保险参与罕见病保障现状

我们对市场上涉及罕见病的商业保险进行了收集和整理，总共梳理了 70 多款产品。目前，商业保险在罕见病领域的探索主要涵盖两类产品，共计七种形式。

第一类产品是重大疾病保险。市场上销售的重大疾病保险已经涵盖了多种罕见病，这是其中的第一种形式。其核心是当被保险人确诊患有罕见病时，按照合同约定给予固定金额的保险金。第二种形式是通过重大疾病保险中的特定罕见病责任，为罕见病提供保障。第三种形式是专门为罕见病设计的特定疾病保险。

第二类产品是医疗险。医疗险的第一种形式是将罕见病作为单独的保险金项目进行保障。第二种形式是将罕见病用药作为单独的特殊药品目录进行保障，帮助患者承担药物费用。第三种形式是将罕见病的检测和医疗险结合起来，通常包括某一阶段的治疗和检测服务，并赠送罕见病保险。

此外，由于罕见病的诊断手段较为复杂，为罕见病患者提供专业服务至关重要。目前主要由第三方机构或药企提供导医导诊等轻量化的罕见病服务。

## （一）重大疾病保险

重大疾病保险中对于罕见病的处理相对简单且独立，核心逻辑是当被保险人确诊罹患罕见病时给予合同约定的固定金额。如前所述，可细分三种形式：普通重症责任、特定罕见病额外责任、专属罕见病特定疾病产品。

### 1. 普通重疾保险中包含罕见病病种

当前市面上销售的重大疾病保险中的重症责任已包含部分罕见病，其对应的疾病列表与其他重症疾病的给付额度一致。一般来说，当前市场上的重大疾病保险产品的重症责任所对应的疾病列表中会包含 10-15 个罕见病。据统计<sup>15</sup>，市场上的重大疾病保险产品涵盖了共 213 个重症疾病，其中有 40 个属于罕见病范畴，具体详情请参见表 9。

表 9 重疾险产品“重症责任”中属于罕见病的病种

	罕见病名称		罕见病名称		罕见病名称
1	特发性肺动脉高压	15	肌强直性营养不良	29	尼曼匹克病
2	肌萎缩侧索硬化	16	黑斑息肉综合征	30	遗传性血管性水肿
3	脊髓性肌萎缩症	17	特发性肺纤维化	31	脊髓延髓肌萎缩症（肯尼迪病）
4	多发性硬化	18	自身免疫性脑炎	32	阵发性睡眠性血红蛋白尿
5	全身型重症肌无力	19	戈谢病	33	热纳综合征（窒息性胸腔失养症）
6	进行性肌营养不良	20	系统性硬化症	34	Angelman 氏症候群（天使综合征）
7	肝豆状核变性	21	庞贝氏病	35	POEMS 综合征
8	脊髓小脑性共济失调	22	法布雷病	36	进行性家族性肝内胆汁淤积症
9	淋巴管肌瘤病	23	Erdheim-Chester 病	37	谷固醇血症
10	成骨不全症（脆骨病）	24	黏多糖贮积症	38	McCune-Albright 综合征
11	血友病	25	视神经脊髓炎	39	X-连锁肾上腺脑白质营养不良
12	线粒体脑肌病	26	精氨酸酶缺乏症	40	非典型溶血性尿毒症
13	范可尼贫血	27	原发性肉碱缺乏症		
14	遗传性大疱性表皮松解症	28	21-羟化酶缺乏症		

15 北京爱选信息科技有限公司、北京大学数学科学学院金融数学系、中国财富网、中国财富研究院：《中国人身保险产品发展报告 2022》，新华出版社，2022

## 2. 重疾保险中的特定罕见病责任

在重大疾病保险中设置罕见特定疾病责任，对所圈定的罕见病给予额外保障，一般会额外给付100%至200%的基本保额。据统计，当前市场中共有50余款产品针对罕见病设置了单独的额外给付责任，单个产品一般覆盖5-20种罕见病，覆盖的罕见病见下表10。

表10 重疾险产品“罕见特定疾病责任”中所包含的罕见病

序号	产品名称	出现频次	序号	产品名称	出现频次
1	肝豆状核变性	92.16%	16	精氨酸酶缺乏症	7.84%
2	肺泡蛋白沉积症	70.59%	17	范可尼贫血	7.84%
3	多发性硬化	66.67%	18	黏多糖贮积症	7.84%
4	淋巴管肌瘤病	64.71%	19	糖原累积病（I型、II型）	5.88%
5	脊髓性肌萎缩症	56.86%	20	脊髓小脑性共济失调	5.88%
6	戈谢病	23.53%	21	21-羟化酶缺乏症	3.92%
7	成骨不全症	23.53%	22	天使综合征	3.92%
8	进行性肌营养不良	21.57%	23	原发性肉碱缺乏症	3.92%
9	自身免疫性脑炎	17.65%	24	Castleman病	3.92%
10	尼曼匹克病	17.65%	25	Erdheim-Chester病	3.92%
11	全身型重症肌无力	15.69%	26	朗格汉斯组织细胞增生症	3.92%
12	窒息性胸腔失养症（热纳综合征）	13.73%	27	McCune-Albright综合征	3.92%
13	特发性肺动脉高压	13.73%	28	线粒体脑肌病	3.92%
14	非典型溶血性尿毒症综合征	11.76%	29	视神经脊髓炎	3.92%
15	法布雷病	9.80%			

## 3. 专属罕见病特定疾病产品

市场上也有个别专门针对罕见病设计的特定疾病保险，保障额度有限，销售量也较低。据统计，目前有3款产品属于此种类型，其中1款产品覆盖国家第一批罕见病目录中全部121种罕见病，对于定义内容也以罕见病目录及《罕见病诊疗指南（2019版）》为准，另外2款产品则各自覆盖10种和9种罕见病，具体见下表11。

表 11 罕见病专属特定疾病保险产品形态示例

	承保对象	保障责任	罕见病
产品 1	第一被保险人：20-45 周岁的未怀孕或已怀孕但孕周末满 24 周且身体健康的女性	孕产妇妊娠特定疾病保险金 孕产妇妊娠身故保险金 孕产妇流产保险金 新生儿早产儿重症住院和手术医疗保险金 新生儿罕见病保险金 新生儿罕见病国际二次诊疗费用保险金	121 种
产品 2	0-17 周岁	少儿特定疾病保险金 少儿罕见特定疾病保险金 少儿特定轻度疾病保险金 少儿特定轻度疾病住院津贴保险金 身故、全残保险金	10 种
产品 3	0-17 周岁	少儿特定疾病保险金	9 种

#### 4. 重疾险中罕见病的名称和定义差异

值得指出的是，除了前述某款完全沿用国家颁布的罕见病目录中 121 种疾病名称及定义的产品外，多数重疾险中所覆盖的罕见病，无论是出现在重症责任中，还是出现在罕见特定疾病责任中，均与《罕见病诊疗指南（2019 版）》中所给出的定义甚至名称有所差别。由于大部分罕见病都不在保险行业协会颁布的 28 种标准重疾定义中，所以不同产品之间也有名称和定义的差异，其中部分名称差异如下表 12。

表 12 部分包含罕见病责任的重疾险产品罕见病病种名称

罕见病名称	公司 A	公司 B	公司 C	公司 D	公司 E
(1) 特发性肺动脉高压	严重原发性肺动脉高压	——	严重特发性肺动脉高压	——	——
(2) 肌萎缩侧索硬化	严重运动神经元病	——	——	严重运动神经元病	——
(3) 脊髓性肌萎缩症		婴儿进行性脊肌萎缩症	婴儿进行性脊肌萎（SMA）		婴儿进行性脊肌萎缩症
(5) 肝豆状核变性	肝豆状核变性	肝豆状核变性（Wilson 病）	肝豆状核变性（或称 Wilson 病）	——	肝豆状核变性
(6) 淋巴管肌瘤病	——	肺淋巴管肌瘤病	——	肺淋巴管肌瘤病	肺淋巴管肌瘤病
(7) 肺泡蛋白质沉积症	——	肺泡蛋白质沉积症	肺泡蛋白质沉积症	严重获得性或继发性肺泡蛋白质沉积症	严重获得性肺泡蛋白质沉积症
(8) 多发性硬化	——	严重多发性硬化	——	严重多发性硬化	严重多发性硬化症

除了名称以外，定义上也有不小差异，究其原因，重疾中的定义是为了确定在保险公司在何种状态和程度下可以赔付，而指南中的定义主要是针对罕见病的诊断及临床表现。以最常见的特发性肺动脉高压为例，其保险定义与医学定义的对比如下表 13：

表 13 罕见病保险定义和医学定义的差异示例

保险定义	严重特发性肺动脉高压指不明原因的肺动脉压力持续性增高，进行性发展而导致的慢性疾病，已经造成永久不可逆性的体力活动能力受限，达到美国纽约心脏病学会（New York Heart Association, NYHA）心功能状态分级IV级，且静息状态下肺动脉平均压在 36mmHg（含）以上。
定义定义	特发性肺动脉高压（idiopathic pulmonary arterial hypertension, IPAH）指一类无明确原因、以肺血管阻力进行性升高为主要特征的恶性肺血管疾病，不伴随任何可能导致该种情况的基础疾病，患者往往合并不同程度右心功能衰竭甚至死亡

从产品承保的病种角度来看，保险公司对肺动脉高压的理赔要求比《指南》中对于该疾病的确诊要求更为严格。《指南》中，对于该疾病的确诊标准要求，WHO 心功能状态 I 至 IV 级（I、II 级为低风险，III 级为中风险，IV 级为高风险），且必须符合肺动脉高压的血流动力学诊断标准，即右心导管测量肺动脉平均压  $\geq 25\text{mmHg}$ ，同时肺小动脉楔压  $\leq 15\text{mmHg}$  及肺血管阻力  $> 3\text{Wood}$  单位；保险公司对于这方面的规定是，只有 WHO 心功能状态 IV 级且静息状态下肺动脉平均压超过  $30\text{mmHg}$  的患者才符合其“严重特发性肺动脉高压”的理赔标准。

因此一般重疾保险中的“特发性肺动脉高压”所承保的责任范围往往小于《指南》定义的罕见病范围。这种差异在保险赔付的时候可能会给罕见病患者带来一定的误解和不便。

## （二）医疗保险

### 1. 医疗保险单独的罕见病保险金项目

当前市面上的医疗保险主要是百万医疗险，针对 121 种罕见病或其中部分罕见病，采用设定额外的罕见病保险金的方式来提升保障额度。这种保险形式类似于百万医疗险产品中单独的“重疾医疗保险金”，通常会去掉免赔额，并提供更高的保险金额。该保险的报销费用范围与常规医疗保险一致，包括住院医疗费用、特殊门诊医疗费用、住院前后门急诊医疗费用等。具体的费用范围请参见下表 14。



表 14 常见的医疗险中单独罕见病保险金

保险责任	主险		附加险			
	一般医疗保险金	重大疾病医疗保险金	恶性肿瘤院外特定药品费用医疗保险金	恶性肿瘤质子重离子医疗保险金	重大疾病住院津贴保险金	
费用补偿项目	住院医疗费用 特殊门诊医疗费用 门诊手术医疗费用 住院前后门急诊医疗费用	100 种重大疾病	121 种全目录罕见病	初次确诊罹患恶性肿瘤的院外特定药品费用	初次确诊罹患恶性肿瘤的质子重离子治疗费用	——
免赔额 / 给付限制	年免赔额 1 万元	零免赔	零免赔，单次特定药品处方剂量不超过 30 日	零免赔	零免赔，单次住院给付日数不超过 30 日，年内累计天数不超过 180 天	
保险金额	300 万元	600 万元（100 种重疾与 121 种罕见病共享保额）		600 万	600 万	100 元/天，1.8 万元为限

## 2. 罕见病特殊药品目录

罕见病药品被纳入百万医疗险的特殊药品（特药）目录是一种常见的保障形式，一般涵盖 15-30 种特药所对应的 10-20 种罕见病。特药责任与当前的惠民保形式相似。以下是根据我们收集到的百万医疗险产品总结的当前罕见病特药目录，具体内容请参见下表 15。

表 15 常见百万医疗险中罕见病特药列表

序号	商品名	通用名	适应症
1	捷灵亚	盐酸芬戈莫德胶囊	多发性硬化
2	特菲达	富马酸二甲酯肠溶胶囊	
3	万立能	西尼莫德片	
4	倍泰龙	注射用重组人干扰素 $\beta$ -1b	
5	法布赞	注射用阿加糖酶 $\beta$	法布里病
6	瑞普佳	阿加糖酶 $\alpha$ 注射用浓溶液	
7	思而赞	注射用伊米苷酶	戈谢病
8	Spinraza	诺西那生钠注射液	脊髓性肌萎缩症
9	艾满欣	利司扑兰口服溶液用散	
10	喜达诺	乌司奴单抗注射液	克罗恩病
11	海芮思	艾度硫酸酯酶 $\beta$ 注射液	黏多糖贮积症 II 型
12	唯铭赞	依洛硫酸酯酶 $\alpha$ 注射液	黏多糖贮积症 IV 型
13	艾而赞	注射用拉罗尼酶浓溶液	黏多糖贮积症 I 型

序号	商品名	通用名	适应症
14	科望	沙丙蝶呤片	四氢生物喋呤缺乏症，高苯丙氨酸血症
15	泽维可	麦格司他胶囊	C 型尼曼匹克病
16	健豪宁	注射用重组人生长激素	Prader-Willi 综合征
17	Radicut	依达拉奉氯化钠注射液	肌萎缩侧索硬化
18	力如太	利鲁唑片	
19	万全	利鲁唑片	
20	协一力	利鲁唑片	
21	恩华	利鲁唑片	
22	依必坦	依达拉奉氯化钠注射液	
23	诺其	注射用重组人凝血因子VII a	严重甲型及乙型血友病
24	拜科奇	注射用重组人凝血因子VIII	
25	百因止	注射用重组人凝血因子VIII	
26	任捷	注射用重组人凝血因子VIII	
27	安佳因	注射用重组人凝血因子VIII	
28	贝赋	注射用重组人凝血因子IX	
29	舒友立乐	艾美赛珠单抗注射液	
30	优拓比	司来帕格片	严重原发性肺动脉高压
31	傲朴舒	马昔腾坦片	
32	东维力	左卡尼汀口服溶液	原发性肉碱缺乏症
33	麟平	布罗索尤单抗注射液	低磷性佝偻病
34	维加特	乙磺酸尼达尼布软胶囊	进行性肺纤维化
35	维达全	氯苯唑酸葡胺软胶囊	转甲状腺素蛋白淀粉样变性多发性神经病

### 3. 罕见病检测和罕见病专属医疗保险结合

最近市场上推出的一种新型保险是将罕见病检测和罕见病专属医疗保险相结合的形式。这种保险主要销售价格相对昂贵的罕见病基因检测，并附送罕见病专属医疗保险。该保险的责任范围包括罕见病的治疗费用和罕见病增值服务。其中罕见病检测的费用是主要的，高于罕见病保险的保费。因此，在这种组合中，罕见病医疗保险属于赠送的保险。

### （三）保险产品增值服务

除了提供保险产品本身的风险保障，一些保险产品还提供罕见病增值服务。对罕见病患者而言，这种增值服务更为重要，因为它们可以帮助患者应对罕见病诊断的困难。常见的罕见病增值服务包括 MDT 多学科会诊、个体化治疗管理、社会融入支持、遗传生殖咨询等。具体内容请参见下表 16。

表 16 保险产品所搭配的罕见病服务示例

服务名称	服务内容	服务次数
知识课堂	为被保险人提供罕见病服务平台知识课堂服务，邀请国内外知名专家为被保险人提供最新的疾病知识、治疗方案和国际一手资源，可免费听取罕见病相关的健康知识讲座使用条件	有效期内不限次
知识智库和就医地图	为被保险人提供罕见病知识智库和就医地图服务，免费查询海量罕见病知识，包括症状、诊断、治疗、寻医导诊等专业内容，从不同的角度的治疗预测方案，为被保险人提供便捷的疾病智能查询知识库	服务期内不限次
一对一治疗管理	专属患者管理服务团队，包括全科医生、执业药师等，为被保险人提供一对一病情管理服务，建立专属医疗档案，协助指导就医、用药、康复治疗等，提高疾病治疗效果	服务期内不限次
社会融入帮助	专业服务团队指导被保险人尽早实现社会化融入，通过各类社会支持组织联络互动，为被保险人提供社会救助等社会化支持，提高生存质量和社会价值	服务期内不限次
互联网医院普通诊疗	互联网医院可为被保险人提供在线咨询、远程诊疗、智能问药服务，专职医生、药师通过视频方式提供诊疗建议	有效期内 5 次
互联网医院专家诊疗	为被保险人提供全国罕见病专科领域的知名专家诊疗服务，以视频、电话方式一对一进行专科诊疗	有效期内 1 次
MDT 多学科综合会诊	可为被保险人解决罕见病诊断难、治疗难、误诊率高等实际困难，根据被保险人的实际情况，协调推荐多名全国罕见病专科领域的知名专家，通过远程高清视频连线进行会诊服务，并提供书面医学二次诊断报告	有效期内 1 次
罕见病遗传生殖咨询	推荐全国知名的遗传生殖专家，为有相关需求的被保险人提供远程遗传咨询服务，协调安排遗传生殖相关就医资源	有效期内 1 次

## 四、罕见病领域商业健康险与医药协同创新面临的挑战

### （一）重疾产品对于罕见病的保障相当有限，与医药缺乏协同

#### 1. 包含罕见病病种的普通重疾存量较大，但罕见病被忽视

对包含罕见病责任的普通重疾保险而言，罕见病常被消费者忽视，往往与其他疾病一同考虑。从保险公司角度看，罕见病在其中被当成普通重疾进行处理。然而，这类产品在重疾险市场占有主导地位。据原银保监会数据，普通重疾保险销售保单数量高达3亿，涵盖人数达2亿，其覆盖范围相当广泛。但由于已经实现上述的覆盖面，使得重疾保险成为存量市场，新单销售显著下降，自2009年的千亿级新单保费规模减少至每年约100亿的新单保费规模。

#### 2. 专属罕见病产品销售受限，缺乏市场影响力

对于专门针对罕见病的重疾产品险，由于消费者对罕见病的了解有限，这些专属产品的销售通常较为有限。独立的专属产品难以激发消费者的购买兴趣。同时，由于罕见病的数据受限，产品开发周期较长，销售表现常难以达到预期，这使保险公司面临开发成本压力。因此，除了考虑宣传因素外，专属罕见病保险缺乏充足的市场影响力。

除此之外，由于当前的重疾保险平均保额相对较低，大约在10万元左右。这使得重疾产品在提供罕见病保障方面的作用显得相当有限。另外，重疾保险采取的是一次性给付的方式，与医疗保险相比，医疗的协同作用较为有限。

### （二）医疗保险产品对于罕见病的保障尚在探索中

#### 1. 罕见病作为独立的保险金的医疗保险较少，保障有限

当前医疗险市场中，将罕见病作为独立的保险项目的医疗险还相对较少。与重疾保险类似，由于罕见病在整个保险市场中影响力较小，发生概率低，加上罕见病责任的医疗险未能在消费者中引发额外的购买兴趣，导致保险公司对这类责任的开发积极性较低。

但同时罕见病独立保险金解决的问题有限，这种医疗险一般只报销医院范围内用药，不能报销院外药，而往往罕见病用药都是院外药，所以这种责任同重疾的罕见病责任类似，仅仅提升罕见病的认知。

## 2. 罕见病用药列入特殊药品目录进行保障的医疗险产品相对普遍，但一般并未突出罕见病责任

相比之下，将罕见病用药纳入特殊药品目录进行保障的医疗险产品较为常见。这种模式对保险公司来说更具可操作性，也能够真正解决院外药品问题。但一般这种责任最多延续 18 个月到 3 年，罕见病患者和其他疾病不一样，通常是终身用药。同时，许多这类产品并未充分突出罕见病，而是将罕见病用药与其他特药放在一起，成为医疗保险特殊药品目录的一部分，而并未充分强调罕见病责任，更不能体现罕见病终身用药的特性。

## 3. 罕见病的检测和医疗险结合初现，未形成规模

关于罕见病检测和医疗保险的结合方式，市场仍在探索阶段。目前，市场上只有极少数产品尝试结合了这两者。从产品设计来看，是一个不错的组合，但这种模式尚未形成规模，上市的几个产品销量也较小。

## 4. 罕见病患者保险缺失

在医疗保险中，尚未出现专门针对罕见病患者的保险产品。市场上的其他疾病患者保险主要以药品折扣计划或福利计划为主。这种情况有两方面原因：一方面，原银保监会对单独销售的“商保创新支付”保险（或称为“药转保”业务）提出了质疑，认为这类业务不符合保险原则，缺乏保险的可行性，从而限制了其发展。另一方面，由于罕见病患者数量较少，无法支撑开发专门的罕见病患者保险所需的成本。

### （三）罕见病增值服务经济效益有限

药企与保险公司合作，为罕见病提供增值服务，以促进医疗和保险的协同作用，这一初衷具有积极意义。这种合作模式能够在提供保险金的同时，为患者提供所需的医疗支持和服务，帮助他们更好地应对罕见病的挑战。然而，由于目前罕见病保险的涵盖范围较有限，大部分商业保险的受保对象是健康人群，这导致了罕见病治疗案例的稀缺性。

由于罕见病的发生率较低，罕见病服务的逐单收入通常较为有限，远不及像绿色通道服务等保单服务费用的收入。事实上，由于发病率的稀少，许多保险公司甚至可以仅象征性地提供罕见病服务，导致罕见病服务在市场中的实际应用受到限制。

综上所述，在涵盖上述保险参与罕见病保障的两类产品和七种形式中，重疾保险在商业健康险和医药协同方面表现不太显著。其与罕见病的协同作用相对有限，而唯一能够实现协同互动的方式是通过提供罕见病增值服务。

在医疗险领域，罕见病责任的引入确实能够减轻新发患者的经济负担。然而，由于罕见病用药通常并不在医保目录内，这使得这种保障的实际意义受到限制。目前，医疗保险中的罕见病用药目录成为了较好的医药协同模式，特别是在加入了罕见病增值服务的情况下，这能够更迅速地为患者提供罕见病诊断、治疗和用药的全流程服务。

罕见病增值服务对患者而言具有良好的友好性。然而，需要解决的问题是如何提高这种增值服务的覆盖面，确保其能够真正为患者所用，而不仅仅是一项被大家看好但难以受益的服务。因此，推动罕见病增值服务的普及和实际应用成为了一个关键的课题。

## 五、罕见病领域商业健康险与医药协同创新趋势展望

### （一）将罕见病责任纳入传统产品中，扩大罕见病责任的销售和覆盖面

对于上述重疾险中的罕见病责任、医疗险中的罕见病医疗金这种附加在其他产品上的罕见病责任，从产品角度来看，因为附加在传统大销售量的产品上，能够大幅提高销售量和覆盖面，但从保障成本来看，现阶段仍旧属于边缘责任。由于罕见病健康体的发病率低，在重疾责任中，保费占比不足百分之一；医疗责任中，不论是罕见病保险金还是特药责任，每单成本均不超过5元甚至更低。但这也是罕见病的低发生率的本质所决定，只有通过广覆盖，才能实现商业保险对罕见病的多层次解决方案中的角色。

因此保险公司将罕见病责任纳入传统产品中，作为销售点仍是目前可行的方向。通过附加在传统大销量的健康险产品上，可以扩大罕见病责任的销售和覆盖面。不过，目前市场上附带罕见病责任和罕见病服务的产品仍然相对较少，需要进一步发展市场，让更多的保险产品包含成本较低的罕见病责任。

## （二）惠民保是推广罕见病的快速渠道和双刃剑

惠民保是医疗保险中的一个新兴且重要的部分，其推广速度较快，目前已覆盖的人群超过1亿。将罕见病特药责任和罕见病服务推广到惠民保险是一种更为快捷的方式。这也是当前药企的主要公关对象。不过，这种推广往往对药企的公关成本和运营成本构成挑战。

## （三）特药责任是罕见病保险广覆盖的重要抓手

增加特药保障责任是简单易行，且高效覆盖罕见病用药的手段。特药保障可以覆盖更多的药品，尤其是创新性药品和治疗方案，增强商业健康保险产品的吸引力，也有助于更快提高商业保险的覆盖率。

# 六、罕见病领域商业健康险与医药协同创新建议

## （一）商业保险在罕见病保障需要清晰的顶层定位

目前来看，商业健康险在罕见病领域的作用相对有限，还处于初级阶段，可以说是存在严重的保障缺失。然而，将罕见病保障融入商业保险体系需要更多的探索和创新。

解决商业保险在罕见病领域的定位问题是至关重要的。我们呼吁加强商业健康险的罕见病保障，需要从顶层设计开始，确定好定位，以扩大商业健康险在罕见病保障方面的覆盖范围。将罕见病医疗费用保障和罕见病药品目录保障附加在更多的产品中，通过广泛推广来做大分母，从而在罕见病费用支付方面赋予商业保险更为重要的角色。

第一，提高商业健康险对罕见病保障需要广覆盖。由于罕见病低发生率特性，要提升商业健康险对罕见病的保障，一定要做到广覆盖，才能分散罕见病高额治疗费用的风险。当前专属罕见病产品的销量惨淡，使我们必须瞄准更大销量的产品，去提供罕见病保障，实现商业健康险罕见病的广覆盖。

第二，实现广覆盖需要政策支持。商业健康险对罕见病保障的缺口，如果单纯依靠市场手段来实现广覆盖，一定是一个漫长的过程。一方面其推进依赖于罕见病知识的普及和全社会的关注，另一方面，从纯市场的观点来看，罕见病确实不太具备商业健康险关注的特性，容易被消费者和保险公司忽略。因此，医药公司对商业公司或者惠民保的公关，显得有点一厢情愿。要实现广覆盖，需要政策的支持，才能快速实现商业健康险对罕见病的保障。当前罕见病的保障成本并不高，在短期医疗险都包含罕见病特药和增值服务，并不会增加太多成本。如果通过行政的要求来实现，可以迅速的建立对部分罕见病的商业保险覆盖。

另外，在商业保险参与罕见病保障的过程中，需充分考虑如何提高商业保险的可持续性，以及如何协调与医疗保障体系的关系。这需要政府、保险公司、药企等各方的合作，共同制定合适的政策和机制，以确保商业保险在罕见病领域能够发挥更大的作用，为患者提供更全面的保障。

## （二）商业健康险可以更多承保罕见病早期筛查

除了商业保险在罕见病保障方面的定位外，还有一个重要的方向是关注罕见病的责任普及和早期筛查。

在罕见病的保障中，早期筛查具有重要意义。在罕见病的早期诊断中，筛查起到了关键作用。商业保险可以通过在保障合同中加入罕见病的筛查项目，为被保险人提供合理的筛查费用的报销，或是和筛查更好的结合，从而鼓励更多人参与到罕见病的早期检测中。这不仅有助于患者更早地发现罕见病，也可以为患者提供更及时的治疗和干预，从而提高治疗效果和生存率。

这种探索尚在初期阶段，我们也期望这种模式的推广和广覆盖。

## （三）责任保障和罕见病服务两手抓

扩大责任广覆盖同时，商业保险也需要扩展罕见病增值服务的覆盖，通过保险教育和培训，增强民众的保险意识，让更多人了解罕见病的风险和重要性。通过教育和增值服务，加速从罕见病的筛查到确诊的过程，使患者能够更早地得到治疗。只有提高了筛查到诊断的过程，才能真正意义上解决罕见病治疗的问题，也才能更好的做好商业保险和医药的协同。



## （四）完善以患者为中心的罕见病多层次保障方案

对罕见病的保障应该回归初心，以患者为中心。鉴于罕见病人群数量有限的特点，可以通过药企、慈善机构和保险公司的合作，建立针对严重、低发和高费用的罕见病患者的慈善计划或补充患者保险计划。需要通过广泛宣传，提高前述罕见病商业保险的覆盖率，并将罕见病患者集中起来，梳理患者目前的国家、地方、惠民保和商业保险保障方案，根据其需求制定相应的补充保障方案。

在患者经过国家、地方和商业保险的报销之后，药企、慈善机构和保险公司可以通过药品福利计划等方式来承担剩余费用的部分。这种模式在国外的健康保险中被广泛采用，用于处理高费用药物的情况。

这种合作模式能够为罕见病患者提供更全面的保障，减轻其负担，并帮助他们应对高昂的治疗费用。同时，通过集中管理和协调资源，可以更有效地分配资金，确保最需要帮助的患者能够得到及时的支持。发挥了药企、慈善机构和保险公司的优势，为罕见病患者提供可持续和综合的保障方案。

然而，此类合作模式的实施需要各方之间的密切合作和协调，同时需要符合政府的政策支持和监管指导，以确保合规合法的运营，提供保障机制的透明度。只有在各方的共同努力下，才能推动罕见病多层次保障的发展，让更多的患者受益。

## 第六章 促进商业健康险与医药产业 融合发展的建议

### 一、完善促进商业健康险与医药产业融合的国家政策

#### （一）明确基本医保与商业健康险的职责界限

当前，我国基本医保是医疗支出的主要付费方，作用较强。商业保险无从发力，尚未发挥出对基本医保的补充作用。加之分级诊疗体系尚未成熟，公立医院就医难问题难以缓解，医疗资源浪费严重。

明确基本医保的责任范围，一方面可有效指导商业健康险公司在基本医保覆盖外的细分领域进行深耕，更好发挥补充层作用。可从疾病和服务两个层面进行职责划分。在疾病层面按照疾病阶段进行区分，明确不同疾病阶段的基本医保与商保的保障职责，逐步将疾病早期筛查及慢病管理等非紧急诊疗阶段交由商业保险进行补充保障。另可将较容易标准化的诊疗项目明确释放给商业健康保险，如部分眼科、齿科治疗等。从服务层面上通过推出基本医保服务包，明确基本医保可覆盖的医疗服务种类和标准。将医院配套的保健类机构、营利性和康复性服务明确释放给商业保险公司，推动其加强保险服务能力的建设。另一方面，明确基本医保的职责界限还将缓解公立医院对民营医疗机构、高端私立医疗机构以及专科机构等市场化医疗机构的挤压，间接鼓励市场化医疗机构发展，促进医疗服务供给侧的发展。此外，明确基本医保“不保所有”也可向民众普及差异化医疗服务的理念，传递按需就诊、按需配置商业保险的信号，指导民众通过商业保险改变治疗行为和治疗途径。未来，商业保险应在发挥补充医药支出的作用外，更多帮助患者链接特定医疗服务，通过产品设计引导患者匹配不同服务层级。

#### （二）完善企业补充医疗保险税优政策，促进团体健康保险发展

目前企业补充医疗保险的税优政策有待完善。一是定义不清晰，购买范围不明确。企业购买补充医疗保险的税优政策，仍沿用财政部、国家税务总局 2009 年下发的《关于有关企业所得税政策问题的通知》（财税[2009]27号），规定为在本企业任职或者受雇的全体员工支付的补充医疗保险费，在不超过职工工资总额 5% 标准内的部分，在计算应纳税所得额时准予扣除。该文件中，“补充医疗保险”并没有明确是以购买商业健康保险的方式实现，同时，各地在政策执行过程中对“补充医

疗保险”的定义不同，有些地方税优政策仅包括团体费用报销型医疗险，有些地方可以涵盖团体长期重大疾病保险、团体护理保险等健康保险。二是参公管理的事业单位（如医疗机构等）难以购买补充医疗保险。《关于党政机关及事业单位用公款为个人购买商业保险若干问题的规定》（财金〔2004〕88号）提出，依照公务员管理的事业单位用公款为干部职工购买商业保险，仅限于购买意外伤害保险。公立医院等属于从事公益服务事业单位，医护人员的基本医疗保障逐步由公费医疗并入职工医保。受此文件限制，为医护人员购买的商业保险险种少、保障低，不能满足其多层次、多样化医疗保障需求。三是企业购买补充医疗保险，职工对于企业缴费部分还需缴纳个人所得税。《国家税务总局关于单位为员工支付有关保险缴纳个人所得税问题的批复》（国税函〔2005〕318号）规定：对企业为员工支付各项免税之外的保险金，应在企业向保险公司缴付时并入员工当期的工资收入，按“工资、薪金所得”项目计征个人所得税，税款由企业负责代扣代缴。这导致企业开展补充医疗保险时，职工还需缴纳个人所得税，影响了个人参与企业补充医疗保险的积极性。

可从以下几个方面完善企业补充医疗保险税优政策。一是企业健康险税优政策中，建议有关部委进一步明确企业税优政策中“补充医疗保险”的定义，参照银保监会《健康保险管理办法》执行，并研究进一步提高税优比例。二是建议借鉴企业年金制度，鼓励员工在企业付费基础上进行个人补充付费，企业和个人付费部分都能享受个人所得税税前列支政策。三是建议修订财金〔2004〕88号文“仅能为依照公务员管理的事业单位购买意外伤害保险”的限制，结合事业单位员工的实际需求，选择多层次、多样化的医疗保障产品和服务，充分发挥医疗保障第二支柱的保障作用。

### （三）加强民众健康风险管理意识，加大购买商业健康险政策支持力度

当前我国民众健康风险管理意识尚未被有效激活。一方面，民众对于个人健康风险管理意识薄弱。多数民众认为基本医保可以保“所有”，对于商业健康险与基本医保之间的互补作用缺乏认知，更缺乏对于创新药、原研药、创新疗法等专业概念的理解。另一方面，民众对商业健康险形式理解较为单一。多数民众对于商业健康险的认知仅停留在重疾险和补充医疗保险上，对于商业健康险对创新医药的覆盖了解不足，导致相关保险产品难以找到目标人群，销售困难。

因此，要进一步加强民众对于个人健康风险管理的意识。

一是加强对于个人健康风险的宣传。政府应对全人群进行宣传教育，加强民众对于个人风险管理的责任感，明确基本医保与商业健康险的区别，强化配置商业健康险的重要性。保险机构应在合法合规的基础上加强用户教育，指导民众合理配置商业健康险。医药企业则应通过多种途径对创新药、创新疗法进行推广普及。

二是加大购买商业健康险的政策支持力度。扩大补贴范围，研究建立商业健康险支持创新医药产品保费补贴政策。鼓励销售，可打通医保个人账户购买特定覆盖创新药械的商业保险的渠道，鼓励民众配置特定保险产品。

三是可在扩大商业健康保险个人所得税优惠政策适用产品范围基础上，综合采用如下措施促进税优健康险发展。

第一，提高税优健康险额度。目前税优健康险按照 2400 元 / 年的限额标准在个人所得税前予以扣除。由于税前扣除的额度有限，节税效果不明显，难以实质性提升健康险的需求。国际经验表明，商业健康保险的发展与其税前抵扣的力度息息相关。为了更加充分地发挥市场机制在我国医疗保障体系中的作用，要大幅提高个人购买商业健康险的税前扣除额度，以税收优惠杠杆激发需求，促进商业健康保险的发展。部分发达国家商业健康保险个人所得税税前列支限额与人均工资收入的比例，一般为 10% 左右。根据国家统计局统计，2021 年，我国全国城镇非私营单位就业人员年平均工资为 106,837 元，因此我国税优健康险的减免额度为 10,000 元 / 年左右为宜。同时，建议借鉴澳大利亚等国家的经验，根据经济发展水平、人均收入的增长和医疗费用的上涨，以一定标准作为参照，每年（或每三年）动态调整税优健康险额度。

第二，研究推进税优健康险保费补贴法。根据经济效益和分配公平性原则，税前列支的运作机制是以边际所得税税率对商业健康保险的保费给予折扣。纳税人的收入越低，边际税率和税收优惠也越小。特别是最需要医疗保障的低收入人群由于不是纳税群体，实际上被排除在税优政策之外。从这个角度来看，保费补贴法是更好的税收优惠方法。虽然税前列支在理论上不是最优的税收支出工具，但具有明显的征管成本优势。因此，选择税前列支还是税额减免，需要政策制定人在实施效力、分配公平和征管成本之间取得平衡。对健康保险的税优政策可以实行累退的机遇，随着收入的提高，税收优惠比例不断降低，这样使得低收入者享受更高的税优额度，从而实现社会公平。建议我国在完善税优健康险政策、扩大产品范围的同时，研究推进税优健康险保费补贴法，保费补贴法有利于扩展受益群体（不仅局限于纳税人群），同时可绕开依赖企业代扣代缴的模式，投保客户在保费收取环节直接进行保费补贴（可根据不同的居民收入实现定额制的保费补贴），之后由税务部门将相应的保费补贴返还保险公司。

第三，利用职工医保个账改革契机，将个账余额与税优健康险对接，进一步扩大资金来源。《2021 年全国医疗保障事业发展统计公报》显示，2021 年底，职工医保个人账户个人账户累计结余 11753.98 亿元。《关于建立城镇职工基本医疗保险制度的决定》（国发 [1998]44 号）提出“个人账户的本金和利息归个人所有，可以结转使用和继承”。近年来一些地方政府纷纷出台政策，支持个人账户余额购买商业健康保险。以少量保费撬动大额保障，在社会成员之间实现风险共济，放大基金的保障效能，提高医疗补偿水平。因此，考虑到职工个账余额已经税前列支，可激活此存量资金，作为撬动购买税优健康险产品的又一资金来源，目前国家层面尚未在相关制度、文件中对职工个账余额购买商保形成突破，影响了更大层面的推广，建议予以研究实施。

#### （四）优化鼓励商业健康险创新投入的政策环境与机制

目前鼓励商业健康险创新投入的政策体系尚待建立。一方面对商业保险机构创新发展缺乏政策支持。保险公司在与医药产业探索创新支付方案和商业健康险研发的过程中，缺乏支持性政策的指导。

企业研发创新型产品风险成本过高，缺乏创新动力。二是商业健康险市场主体种类较多，监管归属不明确。寿险及健康险公司在新产品报备流程中与财险公司存在较大差异，流程复杂，增加其产品创新的成本。

因此，要进一步优化商业健康险创新投入政策环境与机制。一是明确规定保险公司应采取科技手段进行产品、服务的创新，鼓励保险机构与医药产业、医疗机构、健康服务提供商等进行合作，为产业融合创新发展提供政策空间。二是优化保险公司考核机制，将健康险产品与医药产业融合相关创新应用作为衡量保险机构服务能力的考量指标。三是在健康险经营资质上，对于积极拓展与医药产业融合，研发创新健康险产品，并通过运用保险科技提高服务能力、优化服务水平的保险机构，给予更多政策上的支持和倾斜。四是加大政策引导和支持力度，对保险公司科技创新和与医药产业合作项目给予适当的税收优惠及财政补贴。五是，明确商业健康险的监管归属。降低产品报备审核流程复杂性，为产品创新预留一定试错时间窗口，激励创新。

## 二、医药产业可发挥自身优势，积极与商业健康保险合作

### （一）充分发挥医药资源整合能力，构建医药资源“窄网络”

与保险公司客户资源丰富，医药资源不足相反，医药产业机构的优势在于拥有强大的医药资源整合能力。当前，保险机构在进行产品创新及保障责任拓展时，缺乏相应的医药资源配置及相关服务能力。为此，医药产业应充分发挥其医药资源整合能力。一方面，围绕自身核心产品匹配专业服务力量，配合保险公司丰富医药服务供给，针对性解决患者用药可及性的痛点，加强用户体验感。另一方面，从行业层面挑选相关医药服务提供商，积极构建行业医药资源网络，形成产业资源平台。在网络内通过提供药品福利等方式积极与商业保险机构探索创新支付方案，共同促进保险服务进一步升级。

### （二）调整内部资源分配侧重，主动开展外部合作

医药企业体量庞大，内部资源分配尚未向商业健康险与医药产业融合中进行倾斜，一定程度上限制了商业健康险产品及支付方式的创新。为此医药企业应调整内部资源分配的侧重，一方面结合药械产品生命周期与具体业务痛点使用不同创新支付手段，整合内部资源，以有效使用预算并降低后期项目的管理成本。另一方面，对解决患者支付能力不足的问题设置中长期目标，降低对投入回报的短期要求，积极与市场和保障机制进行磨合。对于除药品福利方案外的新型支付解决方案投入更多资源，降低内部合规流程及成本，从内部推动商业健康险机构与医药产业进行创新融合。

此外，在支付上，多方共付或成为未来创新医药的支付趋势。在从单纯的保险产品升级至以支付为中心并衔接多个服务模块的整体解决方案的过程中，需要医药企业进行合理的内部资源配置协调，主动链接产业链上下游，促成共付模式的形成，持续推进创新支付。

### （三）充分做好用户教育，提升客户对医药产业的认知

当前，创新商业健康险面临的销售困境，一定程度上来自于民众对于创新医药、创新疗法等缺乏足够的认知。为此，医药行业应充分发挥其自身专业优势，加强民众对于医药产业等认知，以认知促进销售和支付。通过联合保险公司、公益广告、慈善支持等多种方式，将创新医药产品、诊疗方案普及给用户，使更多的用户在面临疾病时有意识去寻求创新疗法，提升用户对于创新保险产品的需求的认知。

## 三、商业健康险行业探索与医药产业融合发展的创新模式

### （一）重视健康险产品创新研发，加强长期健康险研发力度

目前商业健康险公司对与医药产业融合的创新投入普遍不足，对创新药械和疗法的覆盖上仍存在缺口。一是，商业健康险天然偏好健康体，对次标体、带病体的保障依旧不足。行业供给侧目前已经出现一些突破年龄、健康状况等限制因素的产品，进一步回归保险的保障功能，但仍有大量带病体及高风险老年人群无法得到保障。二是，当前主流保险产品缺乏与医药产业的融合。重大疾病保险为我国商业健康险的主流产品，但是其作为一次性给付型保险产品，患者获赔后，无法控制其是否将理赔金用于支付医疗费用，且一次性给付的赔偿金缺乏可持续性，无法在患者治疗过程中持续提供支付支持，因此基本上未对医药产业有明确的保障作用。三是。尽管我国的创新药行业处于快速发展的阶段，市场规模逐年增大。但基本医疗保险的定位无法满足覆盖所有创新药，患者用药的可及性受到影响。另外，保险机构面对创新医药相关产品设计和落地时，往往受短期盈利模式的限制，缺乏对长期创新规划的重视。四是，随着中国老龄化的逐渐加剧和医疗健康科技的不断进步，人们对于长期医疗保障的需求逐渐增强。与此同时，医药产业持续推动疾病预防和治疗的创新，提供了更加多元化和高效的医疗服务。因此，保险业与医药产业的深度结合对于满足社会多层次、长期医疗保障需求具有重要意义。

因此，商业保险机构应重视产品创新研发，尤其是长期健康险产品的研发力度，在积极拓展可保范围的同时承担更多创新药的保障责任。

一是商业保险公司应积极与医疗机构、医药企业合作，加快研发覆盖创新医药以及未纳入基本医保保障范围的自费医疗费用的商业健康险产品。将创新性强、疗效确切、临床急需的创新药械积极纳入到商业健康险的支付范畴内。同时在药品的不同生命周期内提供配套的服务，为医药企业提供从市场准入到销量提升，从打开客户认知到提升品牌忠诚度的一揽子解决方案。二是不断细化可保人群画像，针对性设计保险产品，并尝试开发更多的健康险产品形态不断拓展可保人群。如对带病体可拓展类团险产品形态，放宽投保限制。

三是改变传统单纯寿险保障概率风险的思维，改变以精算定价、风险筛选为主的保险产品的思路，主动融入医药服务，通过加强产品创新开发落地，汇聚健康人群、患者人群，形成产业规模。

四是保险公司应持续优化其基础能力建设，加强保障能力，以应对在不断增加对创新药械、先进治疗技术等项目的保障过程中出现的在定价、风控、服务等方面更高的要求。

## （二）突破销售困境，实现精准营销

当前，目标人群触达困难是创新性商业健康险的主要销售困境。缺乏对目标人群的精准销售一方面会严重影响创新健康险产品的生存机率，进而影响保险公司和医药企业对于研发落地创新性保险产品的积极性。另一方面，对创新医药有需求的人群得不到支付保障，会增加其使用门槛，减低创新医药的可及性。

因此，保险公司应采取措施，多维度突破销售困境。一是，积极拓展销售场景。在用户就医、购买药械和保险配置的场景下，有针对性的进行保险产品的宣传，发挥场景的需求聚合优势，将更多同类用户聚合在同一场景下，实现从粗放式营销到精准营销的筛选。如在孕产幼相关科室重点布局罕见病相关保险产品，纳入潜在目标客户群等。二是，持续拓展潜在客户。进一步发挥保险科技的作用，实现带病体和健康人群进一步细分和精准获客。同时深度挖掘现有客户的潜在保险需求，引导用户优化商业健康险产品配置。三是以增强服务促进保险产品销售。通过早筛、健康咨询、诊疗辅助等保险服务加快参保人群的检查、诊断及用药流程，使更多用户能够早用药，同时加强用户健康管理服务，提升患者用药依从性。降低用户对保险服务的使用门槛，增强保险服务的获得感，推动销售。

## （三）拓展商业健康险医药服务内容，以客户为中心延长服务链条。

目前，保险公司针对创新医药领域相关的服务普遍不足。多数保险服务依旧停留在浅层次上，仅仅提供绿通、垫付、线上问诊等基础服务，用户体验感不足。尽管许多保险公司已经增加了覆盖创新医药及治疗方案的保障责任，但用户对此知之甚少。加之保险用户对于创新医药、创新疗法等新型治疗手段认知不足，存在较大信息壁垒，用户患病后看病难、诊断难、找药难等问题依旧是痛点。

因此，保险公司需要积极拓展与医药产业相关的服务内容，不断延长打通服务链条。一是跳出单纯付费方的角色限制，延伸服务链，将健康险提供的服务范围延伸至前期的疾病预防、早期筛查；中期的医疗资源匹配、治疗方案辅助；及后期的健康管理、用药指导、用药资源匹配等。在解决支付问题的同时从患者就医、用药、检测、病程管理等多环节入手，积极链接医 - 药 - 检 - 险及健康管理五方，打通数据、场景、产品、服务等多要素，融合五方优势能力，做好患者的综合保障。二是，充分发挥第三方服务机构的专业能力，加强针对创新药品、创新医疗器械以及诊疗方案的配套服务，帮助用户更便捷地获取相关信息和服务，并加强对其服务质量的监控。三是与医药产业构建有效的交流渠道，积极了解医药产业最新的药械产品，即时更新相关服务信息，更快触达保险用户。

## 四、优化商业健康险与医药产业融合的体制机制

### （一）打通数据壁垒，逐步建立医药保险行业间数据融通机制

当前，商业健康险与医药产业之间仍存在数据壁垒，尚未建立起有效的数据共享机制。临床治疗、医疗费用、药品销售等数据难以共享，是制约当前商业健康险与医药产业融合创新发展的一大困境。一方面数据持有方对于共享数据有着多种疑虑，信息安全及数据隐私保护措施不完善导致共享难度大。另一方面，医药企业、保险公司、医疗机构都将数据作为重要数字资产和商业秘密严格保护。多维数据分散在不同机构中，难以协同发挥作用。

因此，要建立医药产业与保险行业之间的数据共享机制。一是在政策上推动数据共享机制的建设。2023年6月底，国家医疗保障局规划财务和法规司就《国家金融监督管理总局与国家医疗保障局关于推进商业健康保险信息平台与国家医疗保障信息平台信息共享的协议（征求意见稿）》（下称征求意见稿），在数据融合上释放了积极信号。下一步，应并尽快细化数据信息交换和共享的配套制度，在合理、合法、合规的前提下指导医疗机构、保险公司、健康管理公司等全链条高效使用共享数据，为民众提供更好的保险产品与服务。二是持续推进数据安全和个人隐私保护机制的建设。加强数据隐私保护，确保数据共享中的数据安全。建立完善针对信息泄露和滥用事件的应急管理机制和奖惩制度。三是细化数据共享过程中的操作细节，包括数据共享范围、数据形态、数据对接机构程序等统一，并做好数据共享后多平台之间的监督与协调，确保数据可以有效安全地进行融合共享。四是基本医保、商业保险机构与医药产业探索推动共同开发病种、药品等方面的相关数据标准，进一步提升数据的使用效益。



## （二）推出行业规范，指导第三方服务机构规范化经营

当前，商业保险机构与医药产业融合存在一定的困难。一是，因双方商业侧重与功能定位不同，在合作过程中对产品定位、数据需求、服务提供等多环节均存在分歧，导致合作成本高昂。二是，可以支持双方对话合作的人才不足，沟通成本较高且，沟通效率低下。专业的第三方医疗健康服务机构对保险以及医疗行业均有着一定的认知，可减少两个行业之间的合作障碍，运用科技手段提升双方合作效率，同时根据其对市场需求的了解，帮助两个行业更精准把握市场趋势，通过共同推出创新产品和服务提高三方整体效益。

因此，未来应更加鼓励和指导第三方服务机构在促进医药产业与商业保险机构融合上发挥重要作用。一是，进一步推出行业规范和政策配套实施细则，指导第三方服务机构规范化经营，真正发挥其高效融合的作用，在支持商业健康险创新产品研发、和优化服务供给上发挥作用，而不是徒增成本。二是，重视第三方服务机构的科技能力，鼓励其在全产业链中的发挥更大的作用。随着第三方不断优化自身的科技能力建设，未来第三方机构将不再仅仅是医药产业与商业机构之间的合作桥梁，应鼓励第三方机构从资源协调方向健康险开发和服务环节直接参与者转化。

## （三）积极发挥行业协会的作用，形成产业对话“联盟”

当前，医药行业与商业保险公司之间尚未形成有效的对话模式。单独的药企在药品供给上各有侧重，很难满足保险机构对于多种疾病全面覆盖的需求，难以形成有影响力的合作。对于保险公司来说，一家险企的健康险体量对于医药企业来说较小，双方在创新合作上难以获取内部资源支持，导致医药企业与保险公司即便有很强的合作意愿，也缺乏推动合作的动力。

因此，要积极发挥行业协会作用，促进产业间进行有效对话。一是通过行业协会联合多家医药企业及保险公司共同进行创新与合作，双方均形成规模效应将有效弥补体量不足的缺陷，使产品创新等合作效果事半功倍。从健康险公司的角度出发，行业协会平台可将各家产品中重合的常见疾病形成集合，谈判与协商能力以及风险管理能力将远超单个保险公司。从医药行业角度出发，行业平台可将各个公司的“拳头”产品进行集合，满足健康险公司多病种产品的需求，推动商业健康险药品覆盖的优化发展。二是创造更多的行业交流机会，让险企和医药产业机构彼此了解对方话语体系，了解自身业务模式在对方生态面临的合规、落地与运营相关挑战，推动创新产品研发落地进程。三是建立跨行业联动机制，建立有效途径反映彼此诉求，更好地在资源、数据和信息方面进行协同，降低创新的试错成本。

