



中国医药教育协会



艾社康
ASK HEALTH



2022-2023 多层次医疗保障创新 案例集

目录 CONTENTS

前言

01'

2022年多层次医疗保障体系发展回顾 ····· 01

一、政策发展回顾 ····· 01

(一)医疗保障信息化建设加快推进 ····· 01

(二)个人账户改革提高门诊保障 ····· 02

(三)重特大疾病保障在各省市落实 ····· 07

(四)商业健康险注重消费者权益保护 ····· 09

(五)慈善立法工作有序推进 ····· 10

二、参与主体发展回顾 ····· 11

(一)基本医保制度的统一性得到提升 ····· 11

(二)基本医保持续发挥战略购买作用 ····· 12

(三)商业健康保险在低迷中徘徊 ····· 13

(四)公益慈善继续关注大病救助 ····· 17

02'

多层次医疗保障体系发展面临的问题 ····· 19

一、基本医疗保险制度性缺陷依然存在 ····· 19

(一)筹资运行机制尚不完善 ····· 19

(二)待遇保障公平有待提高 ····· 19

(三)支付方式改革任重道远 ····· 20

二、补充医疗保险保障有限,且存在起付门槛 ····· 20

三、商业健康保险支付体量仍然有限 ····· 21

(一)供需错位,非标体保障需求未得到有效满足 ····· 21

(二)话语权弱,与医疗、医药产业的链接不充分 ····· 21

四、慈善救助的效率有待提升 ····· 22

(一)项目同质化,关注的病种和人群比较集中 ····· 22

(二)信息孤岛化,慈善救助信息共享不充分	23
(三)管理独立化,制度衔接不够导致效率较低	23
五、医疗救助未能实现完全兜底	24
(一)托底层救助的边缘人群存在悬崖效应	24
(二)一站式报销尚未全面覆盖,存在垫付压力	24
(三)部分支出型贫困人群未被触及	24

03'

多层次医疗保障体系创新发展案例	27
一、“呵护”——儿童和青少年	27
(一)浙江出生缺陷儿童全生命周期医疗服务保障	27
(二)罕见病多层次保障——山东罕见病保障体系	28
(三)儿童哮喘专属保险——哮喘儿童“健康之路”计划	31
(四)儿童出生缺陷与重疾医疗救助——“小鹿灯”	33
(五)厦门重特大罕见病“1+N”多元化社会救助	35
二、“爱护”——女性人群	36
(一)女性专属普惠医疗保险——北京“惠她保”(“爱她保”)	36
(二)女性专属普惠重疾险——陕西“秦意·佳人保”	38
(三)乳腺癌疾病定制商业保险——“粉红守护”&“粉红相伴”	39
三、“关爱”——老年人群	40
(一)老龄慢病人群专属普惠保险——“万户健康公益项目”	40
(二)阿尔茨海默病单病种保险——“脑无忧认知症防护险”	42
(三)帕金森单病种保险——“臻医保·帕无忧”	44
(四)肺癌少见靶点无忧保商保项目	45
(五)胶质母细胞瘤医疗器械多方共付项目——“恒星计划”	46
四、“扶助”——低收入人群	48
(一)海南多层次医疗救助示范区	48
五、“关照”——灵活就业人群	50
(一)上海市“新就业形态劳动者互助保障计划”	50

04

多层次医疗保障体系发展建议	53
一、发挥政府的引导作用, 建立多层次保障的衔接机制	53
二、推动学界和产业参与, 开展保障效果研究	53
三、内外合力, 实现商业健康险创新质与量双提升	54
(一) 向外拥抱, 抓住政策与产业协同发展机遇	54
(二) 由内变革, 塑造健康险专业化能力	55
四、推动社会力量积极参与补充保障	56
附录: 2022年多层次医疗保障领域政策清单	57
参考文献	59
写作团队	66
致谢	67

前言

社会保障体系是人民生活的安全网和社会运行的稳定器。2022年10月，二十大的召开让我们有机会全面系统地对医疗保障事业的十年发展历程进行回顾。二十大报告的精神，也再次为我国医疗保障事业的发展提供了明晰的指引——要健全覆盖全民、统筹城乡、公平统一、安全规范、可持续的多层次社会保障体系；促进多层次医疗保障有序衔接。

在21世纪的今天，医疗保障体系已经成为衡量一个国家社会发展水平的重要指标。医疗保障体系不仅关乎每一个公民的健康和生活质量，也关乎社会的公平和稳定。作为世界上人口最多的国家，建设完善的多层次医疗保障体系对我国有着特殊的重要性和紧迫性，而我们也向着这一目标稳步前行。

多层次医疗保障体系是指在基本医疗保障的基础上，通过商业医疗保险、互助医疗保险、公益慈善等多种方式，形成覆盖全民、层次分明、互为补充的医疗保障体系。这种体系既能保障全民享有基本的医疗服务，又能满足不同人群的多样化、个性化的医疗需求。

2022年，尽管经受了新冠疫情的冲击，政府继续坚持以人民为中心的发展思想，以满足人民日益增长的健康需求为目标，推进医疗保障体系的建设，我国的多层次医疗保障体系建设仍然取得了重要的突破。首先，政府加大了对基本医疗保障的投入，扩大了基本医疗保险的覆盖范围，提高了基本医疗保险的待遇水平。同时，政府也鼓励和引导社会资本参与医疗保险市场，发展商业医疗保险，以满足人们的多样化需求。此外，政府还支持公益慈善组织开展医疗救助活动，为困难群体提供帮助。

这份案例集将从政策举措、实施效果、存在问题等维度回顾2022年中国多层次医疗保障体系建设的进展，希望能够为读者提供全面、准确、深入的信息，帮助读者了解多层次医疗保障体系建设的风雨兼程，以及其中的繁花似锦与荆棘满途。



01

...

2022年多层次医疗
保障体系发展回顾

2022年,已经是新冠疫情暴发流行的第三年,伴随着强传染性的奥密克戎变异株在全国范围的蔓延,全民都经受了病毒的冲击,而我国尚在健全完善过程中的医疗保障体系也经受了疫情的严峻考验,统筹好疫情防控和医保工作成为2022年我国医保工作的一项重要原则和目标。为了支持疫情防控,全国医保基金在2022年共支付核酸检测费用43亿元,2021-2022年两年间,医保基金和财政补助累计在全国结算新冠病毒疫苗及接种费用1500余亿元^[1]。

随着2022年12月26日,我国正式将“新型冠状病毒肺炎”更名为“新型冠状病毒感染”,以及两周之后的2023年1月8日,将新冠病毒感染从“乙类甲管”调整为“乙类乙管”,预示着我们最终顶住了疫情的压力,取得了疫情防控的决定性胜利。

在应对疫情的过程中,医保所发挥的作用绝不仅限于直接在资金方面提供的支持——通过及时将新的诊疗治疗项目和药品纳入医保支付范围,保证了医疗机构不会因为支付政策而影响救治;通过开展价格磋商,降低了疫苗和核酸检测的价格,支持了“动态清零”方针的有效落实;通过推进跨省异地就医直接结算、“互联网+”医保服务等创新服务模式,保证了疫情期间患者的报销不受影响;以及通过实施阶段性缓缴政策,帮助中小微企业纾困稳岗^[2]。

与此同时,多层次医疗保障体系中的其他主体也发挥了积极的作用。根据中国保险行业协会统计,截至2022年6月,保险行业为一线疫情防控人员等捐赠保险保额超过6000亿元,相关赔付近7亿元,开发新冠专属保险产品及其扩展新冠责任保险产品超过1000个,捐款捐物超过0.68亿元^[3]。以基金会、慈善会为代表的慈善组织一方面通过资金筹集为患者、一线工作人员提供善款,另一方面通过动员社会资源、搭建平台等方式,有效整合了各类资源以助力疫情防控^[4]。

也正是在各个参与方的共同努力下,我国的多层次医疗保障体系建设能够在有效应对疫情带来的不确定性的同时,继续向着制度健全、体系完善的目标迈进。根据国家医保局数据^[1],2022年我国基本医疗保险参保人数134570万人,参保率持续稳定在95%以上,在2021年基础上清理重复参保1727万人,参保质量持续提升;基金收入和支出同比分别增长了6.9%和1.6%^[5],收入稳步增长,收支保持平衡。2022年,协议期内275种谈判药报销1.8亿人次,当年累计为患者减负2100余亿元。

商业健康保险、慈善捐赠、医疗互助等其他保障制度尽管整体规模和影响仍然有限,但在提升部分人群的保障水平方面,也在发挥着不容忽视的作用,值得全社会给予更多的关注。



政策发展回顾

(一) 医疗保障信息化建设加快推进

党的二十大报告中提出要加快建设网络强国、数字中国。医保信息化建设既是推动医保服务标准

化、便利化的基础,也是实现医保监管治理规范化、智慧化的前提。医保领域的公共服务、医保经办、支付方式改革、基金监管、价格管理、药品和医用耗材招采等工作都离不开信息化平台和技术的支撑,毫不夸张地说,如果没有医保信息化,医保的改革也将无从谈起。

2022年1月初,国家发展和改革委员会等21个部委联合印发《“十四五”公共服务规划》,其中对医疗卫生领域基本公共服务的要求是完善医疗保障经办管理服务网络,推进标准化、信息化建设,提升基层医疗保障经办服务能力建设^[6]。

2月,国家医保局印发通知,要求进一步推进医保信息化标准化,明确要全面深化医保信息平台应用,筑牢网络和数据安全防线,加快构建平台运维管理体系,不断提升医保服务支撑能力,为推进医保改革和服务、提升医保治理体系和治理能力现代化水平、推动医保事业高质量发展提供动力^[7]。

医保信息化的一项重要应用是通过建立标准的知识库和规则库,对医疗机构使用医疗保障基金的情形进行全流程监控,提升监管效能,促进基金的有效使用。其中知识库是医疗保障基金智能审核和监控所需知识和依据的集合;规则库是基于知识库判断监管对象相关行为合法合规合理性的逻辑、参数指标、参考阈值以及判断等级等的集合。在多年开展医保信息化建设的基础上,各地都有各自的知识库和规则库(以下简称“两库”),但标准化和权威性都存在许多不足。2022年4月,国家医保局印发了《医疗保障基金智能审核和监控知识库、规则库管理办法(试行)》的通知(医保发〔2022〕12号)^[8],填补了之前在知识库和规则库管理方面的空白,也为进一步优化“两库”的框架结构,建立全国统一的“两库”奠定了基础。

医保信息的另一项重要应用是支撑支付方式改革。根据《DRG/DIP支付方式改革三年行动计划》安排,2022年是DRG/DIP付费国家试点地区全面进入实际付费的第一年,加强信息系统的基础支撑,对于改革的推进至关重要。4月,国家医保局发布了《关于做好支付方式管理子系统DRG/DIP功能模块使用衔接工作的通知》,对试点地区如何做好转换使用全国统一医保信息平台DRG/DIP功能模块提出了明确要求,并明确各地要于2022年11月底前完成落地应用^[9]。9月,医保局又发布《关于开展全国统一医保信息平台支付方式管理子系统监测点建设工作的通知》,提出将通过监测点工作机制,快速扎实推进以DRG/DIP功能模块为重点的支付方式管理子系统建设,并明确邯郸市、上饶市、东营市、武汉市、邵阳市、广州市作为首批监测点^[10]。

(二)个人账户改革提高门诊保障

2021年4月,国务院办公厅发布了《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^[11],同时通过将普通门诊费用纳入统筹基金报销,提升基金的使用效率,增强医保基金的保障功能。

各省在2021年12月之后,尤其是2022年,集中发布了省级门诊共济和个人账户改革的实施办法,

2022年6月前,全国31个省级行政区(不含香港、澳门和台湾)均已着手在省级落实和执行门诊共济制度以及个人账户的改革工作(见表1)。由于各省的医保统筹层次、门诊保障待遇存在一定的差异,结合自身的实际情况,各地对于这项改革工作的执行也有了明确的时间表。青海、海南都将执行时间定为2021年12月,河北、西藏、安徽、福建等16个省以及北京、上海和天津3个直辖市在2022年开始实施,其余9个省及重庆也将全部在2023年底之前完成相关的改革。

表1. 各省门诊共济保障改革实施办法发布情况

省份	文件名称	发布时间	执行时间
青海	青海省人民政府办公厅关于印发青海省职工基本医疗保险门诊共济保障实施办法的通知(青政办〔2021〕79号)	2021.11.12	2021.12.1
海南	关于印发《海南省城镇从业人员基本医疗保险个人账户管理办法(试行)》的通知(琼医保规〔2021〕15号)	2021.12.28	2021.12.28
河北	河北省人民政府办公厅印发关于建立健全职工基本医疗保险门诊共济保障机制实施办法的通知(冀政办发〔2021〕6号)	2021.9.23	2022.1.1
西藏	西藏自治区人民政府办公厅印发《关于建立职工基本医疗保险门诊共济保障机制的实施办法》的通知(藏政办发〔2021〕36号)	2021.12.29	2022.1.1
安徽	安徽省人民政府办公厅关于印发安徽省建立健全职工基本医疗保险门诊共济保障机制实施办法的通知(皖政办秘〔2021〕112号)	2021.12.31	2022.1.1
天津	天津市人民政府办公厅印发关于健全职工基本医疗保险门诊共济保障制度实施办法的通知(津政办规〔2021〕16号)	2021.12.31	2022.1.1
上海	上海市人民政府办公厅关于印发《健全上海市职工基本医疗保险门诊共济保障机制实施办法》的通知(沪府办规〔2021〕18号)	2021.12.29	2022.2.1
福建	福建省人民政府办公厅关于完善职工基本医疗保险门诊共济保障机制的实施意见(闽政办〔2022〕2号)	2022.1.11	2022.3.1
宁夏	宁夏回族自治区人民政府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实施意见(宁政办规发〔2022〕3号)	2022.4.27	2022.6.1
黑龙江	黑龙江省人民政府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实施意见(黑政办规〔2021〕44号)	2022.12.31	2022.6.30
吉林	吉林省人民政府办公厅关于印发吉林省建立健全职工基本医疗保险门诊共济保障机制实施办法的通知(吉政办发〔2021〕59号)	2021.12.29	2022.6.30

省份	文件名称	发布时间	执行时间
河南	河南省人民政府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实施意见(豫政办〔2022〕15号)	2022.2.28	2022.7.1
广东	广东省人民政府办公厅关于印发广东省职工基本医疗保险门诊共济保障实施办法的通知(粤府办〔2021〕56号)	2022.3.14	2022.7.1
贵州	贵州省人民政府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实施意见(黔府办发〔2021〕27号)	2021.12.31	2022.9.30
内蒙古	内蒙古自治区人民政府办公厅关于建立完善职工基本医疗保险门诊共济保障机制的实施意见(内政办发〔2021〕82号)	2021.12.24	2022.10.1
北京	北京市人民政府办公厅关于印发《健全北京市职工基本医疗保险门诊共济保障机制实施办法》的通知(京政办发〔2022〕8号)	2022.3.11	2022.12.1
云南	云南省人民政府办公厅关于印发云南省职工基本医疗保险门诊共济保障实施办法(暂行)的通知(云政办规〔2021〕1号)	2021.12.22	2022.12.31
新疆	关于印发新疆维吾尔自治区职工基本医疗保险门诊共济保障实施办法的通知(新政办发〔2021〕115号)	2021.12.31	2022.12.31
山东	山东省人民政府办公厅关于印发山东省建立健全职工基本医疗保险门诊共济保障机制实施方案的通知(鲁政办发〔2021〕22号)	2022.1.5	2022.12.31
辽宁	辽宁省人民政府办公厅关于建立健全全省职工基本医疗保险门诊共济保障机制的实施意见(辽政办发〔2021〕39号)	2022.1.14	2022.12.31
陕西	陕西省人民政府办公厅关于印发建立健全职工基本医疗保险门诊共济保障机制实施方案的通知(陕政办发〔2022〕2号)	2022.5.18	2022.12.31
甘肃	甘肃省人民政府办公厅关于印发甘肃省职工基本医疗保险门诊共济保障实施办法的通知(甘政办发〔2021〕111号)	2021.12.20	2023.1.1
江苏	江苏省政府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实施意见(苏政办发〔2021〕108号)	2021.12.27	2023.1.1
广西	广西壮族自治区人民政府办公厅关于印发广西职工基本医疗保险门诊共济保障实施办法的通知(桂政办发〔2021〕137号)	2021.12.28	2023.1.1
四川	四川省人民政府办公厅关于印发四川省建立健全职工基本医疗保险门诊共济保障机制实施办法的通知(川办发〔2021〕85号)	2021.12.29	2023.1.1
江西	江西省人民政府办公厅关于建立健全江西省职工基本医疗保险门诊共济保障机制的实施意见(赣府厅发〔2021〕47号)	2021.12.30	2023.1.1
山西	山西省人民政府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实施意见(晋政办发〔2021〕103号)	2021.12.31	2023.1.1
湖南	湖南省人民政府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实施意见(湘政办发〔2022〕12号)	2022.3.4	2023.1.1

省份	文件名称	发布时间	执行时间
浙江	浙江省人民政府办公厅关于进一步健全职工基本医疗保险门诊共济保障机制的实施意见(浙政办发〔2022〕14号)	2022.4.1	2023.1.1
湖北	湖北省人民政府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实施意见(鄂政办发〔2022〕25号)	2022.6.27	2023.1.1
重庆	重庆市人民政府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实施意见(渝府办发〔2022〕16号)	2022.1.28	2023.12.31

在改革的内容方面,各省按照国务院的要求,确定了在普通门诊统筹、门诊慢特病保障、个人账户计入办法、个人账户使用范围、门诊保障范围、就医管理与门诊支付等方面进行相应的改革。大致的改革方向可以概括将普通门诊医疗费用纳入统筹基金报销范围、调整个人账户计入办法以增加统筹基金、扩大个人账户的使用范围以增加共济属性。

在个人账户计入办法方面,各省对在职工的个人账户计入采用了统一的标准,即本人缴费基数2%,单位缴费部分不再计入。而对退休人员的个人账户计入标准则有所差异,河北、山东等地按照当地基本养老金平均水平的一定比例(2%-3%不等)计入,北京、上海等地则按照一定的额度计入。在个人账户的使用范围方面,国家规定允许家庭成员共济使用,用于支付定点医疗机构发生的由个人负担的医疗费用,北京、广东、云南等地则在此基础上进一步扩展,允许使用个人账户资金购买特定的商业健康保险。

此次改革的主要目的在于提高门诊保障待遇水平。改革前,对于类似普通感冒等常见病在门诊发生的医疗费用,是不在医保统筹基金报销范围内的,主要由参保人用个人账户或现金支付,但由于很多地方个人账户平均计入额度较低,对于常年需要在门诊看病的参保人来说,保障远远不够。改革后,参保人在门诊产生的符合规定的医疗费用可通过统筹基金予以部分报销,年度累计报销额度将高于改革前,有助于减轻参保人的医疗费用负担。从各省的试行情况来看,普通门诊统筹的待遇仍然存在较大的差异,对于门诊统筹的起付线、支付比例以及支付限额,各地都有不同的规定。以起付线为例,青海、广东、河北、贵州等地统一设置某一额度作为起付线,适用于所有职工医保参保人,这一额度通常从100-600元不等,其中也有比较特殊的情况不设起付线(青海、广东);河南、云南、四川、上海等省份也设置了起付线的额度,但设置的标准又有所不同,四川和上海均对退休人员设定了更低的起付线,河南则按照门诊就诊次数设置每次起付线的标准,云南则根据就诊的医院等级不同,引导患者到一二级医院就诊。另外一种确定起付线标准的方法是根据就业人员平均工资的某一比例计算,各省所选的比例也不尽相同(见表2)。

除了在普通门诊统筹支付的起付线设置上存在差异以外,各省对普通门诊支付比例、支付限额、门诊慢特病的保障水平、门诊支付方式等方面均有不同的规定^[12]。

表 2. 各省门诊统筹起付线设定

确定标准	省份	普通门诊统筹起付线
定额设置 统一额度	青海	不设起付线
	广东	不设起付线
	河北	100元
	贵州	150元
	西藏	300元
	广西	600元
	江西	600元
定额设置 统一标准	甘肃	不高于300元
	辽宁	不低于300元
定额设置 单次额度	河南	每次不超过50元, 基层定点医疗机构不设起付线
定额设置 且按医院 等级区分	云南	一级及以下定点医疗机构:30元 二级定点医疗机构:60元 三级定点医疗机构:90元
定额设置 且按在职 状态区分	四川	在职职工:200元 退休人员:150元
	上海	在职职工:500元 2001年1月1日后退休人员:300元 2000年12月31日前退休人员:200元
按比例设置 且按在职状 态区分	湖北	在职职工:全口径城镇单位就业人员平均工资的1% 退休人员:全口径城镇单位就业人员平均工资的0.8%
	天津	在职职工:上年城乡居民人均可支配收入3% 不满70周岁的退休人员:较在职人员降低100元 70周岁以上退休人员:较在职人员降低150元
按比例设置 统一标准	福建	全口径城镇单位就业人员平均工资的1%左右
	安徽	上年城乡居民人均可支配收入3%
	山东	不高于全省全口径城镇单位就业人员平均工资的2%
	江苏	不高于统筹地区2021年度全口径城镇单位就业人员年平均工资的1%
按比例设置 且按次数 区分	新疆	单次:同级医疗机构首次住院起付线的10% 多次:从第二次起依次降低1个百分点, 最低降低至首次住院起付线的5%

(三)重特大疾病保障在各省市落实

2021年11月19日，国务院办公厅印发《关于健全重特大疾病医疗保险和救助制度的意见》，各省、市纷纷在地方层面予以落实，并在2022年集中出台了实施意见。截至2022年底，除浙江外，全国所有省级行政区均已发布关于健全重特大疾病医疗保险和救助制度的实施意见。

各地的实施方案基本围绕统一救助对象类别、确保困难群众应保尽保、明确救助费用保障范围、合理确定基本救助水平、促进三重制度互补衔接、落实综合保障政策、建立健全长效机制、高效规范经办服务等方面确定工作内容。

表 3. 各省重特大疾病医疗保险和救助制度实施办法发布情况

省份	发文机构	文件名称	发布时间
海南	省医保局	关于贯彻落实《国务院办公厅关于健全重特大疾病医疗保险和救助制度的意见》《海南省医疗救助办法》的通知(琼医保〔2021〕312号)	2021年12月14日
河北	省政府办公厅	关于健全重特大疾病医疗保险和救助制度的实施意见(冀政办字〔2021〕157号)	2021年12月20日
黑龙江	省政府办公厅	关于健全重特大疾病医疗保险和救助制度的实施意见(黑政办规〔2021〕45号)	2021年12月31日
广西	自治区政府办公厅	关于健全广西重特大疾病医疗保险和救助制度的通知(桂政办发〔2022〕5号)	2022年1月29日
甘肃	省政府办公厅	关于健全重特大疾病医疗保险和救助制度的实施意见(甘政办发〔2022〕23号)	2022年2月28日
河南	省政府办公厅	关于健全重特大疾病医疗保险和救助制度的实施意见(豫政办〔2022〕26号)	2022年3月18日
浙江	省医保局	关于公开征求《关于健全重特大疾病医疗保险和救助制度防范因病致贫返贫促进共同富裕的实施意见(征求意见稿)》意见建议的通知	2022年4月27日
安徽	省政府办公厅	关于印发安徽省健全重特大疾病医疗保险和救助制度若干举措的通知(皖政办〔2022〕6号)	2022年5月18日
云南	省政府办公厅	关于印发云南省健全重特大疾病医疗保险和救助制度若干措施的通知(云政办发〔2022〕40号)	2022年6月2日
陕西	省政府办公厅	关于印发健全重特大疾病医疗保险和救助制度若干措施的通知(陕政办发〔2022〕24号)	2022年6月13日
天津	市政府办公厅	关于健全重特大疾病医疗保险和救助制度若干措施的通知(津政办规〔2022〕11号)	2022年6月27日

省份	发文机构	文件名称	发布时间
四川	省政府办公厅	关于健全重特大疾病医疗保险和救助制度的实施意见(川办规〔2022〕6号)	2022年6月28日
青海	省政府办公厅	关于印发青海省健全重特大疾病医疗保险和救助制度实施方案的通知(青政办〔2022〕41号)	2022年6月28日
内蒙古	自治区政府办公厅	关于健全重特大疾病医疗保险和救助制度的实施意见(内政办发〔2022〕41号)	2022年6月28日
吉林	省政府办公厅	关于健全重特大疾病医疗保险和救助制度的实施意见(吉政办发〔2022〕16号)	2022年7月6日
江苏	省政府办公厅	关于健全重特大疾病医疗保险和救助制度的实施意见(苏政办发〔2022〕54号)	2022年7月11日
贵州	省政府办公厅	关于健全重特大疾病医疗保险和救助制度的实施意见(黔府办发〔2022〕19号)	2022年7月12日
新疆	自治区政府办公厅	关于健全重特大疾病医疗保险和救助制度的实施意见(新政办发〔2022〕40号)	2022年7月15日
辽宁	省政府办公厅	关于印发辽宁省健全重特大疾病医疗保险和救助制度的实施意见(辽政办发〔2022〕36号)	2022年7月20日
山东	省政府办公厅	关于健全重特大疾病医疗保险和救助制度的实施意见(鲁政办发〔2022〕12号)	2022年7月22日
福建	省政府办公厅	关于健全重特大疾病医疗保险和救助制度的实施意见(闽政办〔2022〕39号)	2022年7月31日
湖北	省政府办公厅	关于健全重特大疾病医疗保险和救助制度的实施意见(鄂政办发〔2022〕35号)	2022年8月17日
江西	省政府办公厅	关于健全重特大疾病医疗保险和救助制度的实施意见(赣府厅发〔2022〕31号)	2022年8月18日
山西	省政府办公厅	关于健全重特大疾病医疗保险和救助制度的实施意见(晋政办发〔2022〕74号)	2022年9月7日
重庆	市政府办公厅	关于健全重特大疾病医疗保险和救助制度的实施意见(渝府办发〔2022〕116号)	2022年10月28日
西藏	自治区政府办公厅	关于健全重特大疾病医疗保险和救助制度的实施意见(藏政办发〔2022〕31号)	2022年12月1日
宁夏	自治区政府办公厅	关于健全重特大疾病医疗保险和救助制度的实施意见(宁政办规发〔2022〕12号)	2022年12月6日

省份	发文机构	文件名称	发布时间
湖南	省医保局	关于印发《关于健全重特大疾病医疗救助制度的若干措施》的通知(湘医保发〔2022〕64号)	2022年12月29日
上海	市政府办公厅	印发《关于本市健全重特大疾病医疗保险和救助制度的实施意见》的通知(沪府办规〔2022〕19号)	2022年12月29日
广东	省政府办公厅	关于健全重特大疾病医疗保险和救助制度的实施意见(粤府办〔2022〕40号)	2022年12月30日
北京	市医保局、市民政局、市财政局等7部门	关于健全重特大疾病医疗保险和救助制度的实施意见(京医保发〔2022〕37号)	2022年12月30日

在救助对象的管理方面,各省都遵循了国家提出的分类救助原则,按照一定的标准对救助对象进行识别和分类管理,尽管具体的分类规则和标准因省而异,但基本上都将救助对象分为两大类型,第一大类是有明确的规定进行认定的救助对象,主要是低保对象、特困人员、低保边缘家庭成员、纳入监测范围的农村易返贫致贫人口等,对这一类人群会按照现行的规定给予救助;另一类则是不在前述认定标准之内的,但因高额医疗费用支出导致出现严重生活困难的大病患者,对这一类因病致贫的人群也会给予一定的救助。具体到救助的政策方面,重特大疾病保障强调综合保障,首先是三重保障制度的互补衔接,按“先保险后救助”的原则,救助对象在定点医药机构发生的住院费用、慢特病门诊费用,经基本医保、大病保险报销后的政策范围内个人自付费用(包括基本医保和大病保险起付标准以下、乙类先行自付部分以及超限价自付部分的费用),按规定纳入救助保障。其次是支持慈善救助、职工医疗互助和商业健康保险发挥更大的作用,例如鼓励慈善组织和其他社会组织设立大病救助项目,为困难群众提供慈善医疗救助,支持商业健康保险开发普惠性质的保险产品等。再次,门诊和住院保障待遇均在当地的报销政策基础上向救助对象予以倾斜,包括降低或取消起付线、提高报销比例等。在保障机制的建立方面,一些省份均提出要建立因病致贫和因病返贫双预警机制,通过信息化技术对医疗救助对象信息实施动态管理,畅通低保边缘家庭成员和农村易返贫致贫人口、因病致贫重病患者医疗救助申请渠道,确保符合条件的救助对象及时享受救助。尽管各地因经济水平、医保基金筹资及支付能力不同,造成实际的救助标准、救助水平存在地方差异,但这一政策的实施使得我国的多层次医疗保障体系在织牢织密医疗保障安全网的方向又迈进了坚实的一步。

(四)商业健康险注重消费者权益保护

2022年,围绕保险行业的监管在持续完善,与2021年在健康险产品方面出台诸多规范相比,2022年的监管似乎更多围绕着提升消费者权益的保护而展开。

5月19日,《银行保险机构消费者权益保护管理办法(征求意见稿)》发布,明确银行保险机构承担

保护消费者合法权益的主体责任,消费者有诚实守信的义务;要求银行保险机构将消费者权益保护纳入公司治理、企业文化和经营发展战略;规范机构经营行为,保护消费者八项基本权利。文件的初衷在于维护公平公正的金融市场环境,切实保护消费者合法权益,促进行业高质量稳健发展。

7月19日,银保监会又对《保险销售行为管理办法》公开征求意见,在文件中明确了保险销售行为原则和分类,以及保险公司、保险中介机构需要承担的公众教育和信息安全保护义务;规定保险销售资质条件、业务范围、保险产品信息披露、保险营销宣传行为以及保险销售的技术准备、人员准备、渠道准备等,有利于保护投保人、被保险人、受益人的合法权益,规范保险销售行为,统一保险销售行为监管要求。

11月17日,《人身保险产品信息披露管理办法》发布,以维护公平竞争的市场秩序、强化外部监督、保护消费者合法权益为出发点,强化保险公司产品信息披露的真实性、准确性、完整性、及时性;以提高信息披露质量为目的,优化信息披露方式,强化保险公司产品信息披露的全面性,顺应互联网技术应用的趋势;以依法全面从严监管为导向,强化保险公司产品事件的问责力度,提高信息披露违规成本。进一步推动全行业坚持以人民为中心的发展思想,维护人民根本利益,全面规范人身保险产品信息披露行为,切实保护投保人、被保险人和受益人的合法权益,促进行业健康可持续发展。

(五)慈善立法工作有序推进

继2021年全国人大常委会正式启动《中华人民共和国慈善法》的修订工作之后,2022年,慈善法修订工作进入草案审议环节。12月27日,慈善法修订草案提请十三届全国人大常委会第三十八次会议初次审议,并于12月30日起公开征求意见^[13]。对慈善法的修订内容中体现了“充分发挥慈善在第三次分配中的作用,推动共同富裕”的慈善功能新定位,并且提出建立慈善工作协调机制,建立应急慈善协调机制,完善网络慈善规定,充实慈善信托新制度等内容。其中建立应急慈善协调机制部分的内容对疫情防控中部分慈善组织原则不明、信息公开不及时等问题进行了回应,对应急状态下的慈善募捐作出更严格的规定,除了要加强信息公开工作之外,还明确县级以上人民政府及其有关部门应当为捐赠款物分配送达提供便利条件;乡级人民政府、街道办事处和居民委员会、村民委员会,应当为捐赠款物分配送达、信息统计等提供力所能及的帮助。

另一个与多层次医疗保障体系建设密切相关的修订在于对网络慈善相关内容的完善,一方面对网络募捐平台进行了分类,区分不同平台的功能和责任,规范网络慈善秩序;另一方面将个人网络求助纳入法律规范之中,填补了网络个人求助的法治空白。



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)基本医保制度的统一性得到提升

长期以来，我国的医疗保障制度在诸多方面存在明显的地区差异，在根本上影响了保障待遇的公平以及医保治理的效率。尽管距离全面的统一还有很长的距离，但在2022年，我们至少在两个方向上实现了阶段性的突破。

一是医保用药范围基本实现了全国统一。医保用药目录直接关系到医保待遇的公平性，在基本医保制度建立之初，由于国家医保药品目录收录的药品品种较少、地区间的用药习惯差异较大，各统筹地区在国家药品目录的基础上进行地方增补是非常普遍的现象，这在很大程度上造成了医保药品目录管理的碎片化，影响了医保制度的统一性和公平性。2020年，国家医保局开始推动地方增补药品三年“消化”计划的执行，按照第1年40%、第2年40%、第3年20%的比例逐步调出原省级药品目录内按规定调增的药品，2022年是这项三年行动计划的收官之年，年初的《政府工作报告》也将实现全国医保用药范围基本统一列入年度工作任务。根据国家医保局发布的信息，2022年上半年已有15个省份及新疆生产建设兵团提前完成了地方增补药品的清理工作，其余16个省份则将这项工作的完成节点定为2022年年底^[14]。

二是全国统一的医保信息平台全面建成。“智慧医保”是我国“十四五”全民医疗保障规划中提出的一项目标^[15]。现代信息技术为是“智慧医保”的支撑，而国家医保信息平台则是“智慧医保”的载体。2018年国家医保局成立之初就将建立统一的医保信息系统作为提升医保治理能力的重点工作提上日程^[16]，并于2019年正式启动平台建设工作^[17]。历时两年多的时间，全国统一的医疗保障信息平台终于在2022年5月建成，功能涵盖医保公共服务、经办管理、基金监管、药品耗材招采等14个子系统。平台建成后已经在全国31个省（区、市）和新疆生产建设兵团全域上线，有效覆盖约40万家定点医疗机构、约40万家定点零售药店^[18]。对于参保群众而言，医保信息平台的建成所带来的最直接的感受便是“互联网+医保服务”以及异地就医直接结算备案所带来的便利。而对于多层次医疗保障的建设而言，全国统一的医保信息平台能够实现各种编码标准、数据规范以及经办服务的统一，促进各级医保信息以及与医疗机构、药店等单位的信息互联互通、数据有序共享，帮助推进医保数据治理，筑牢安全防线，持

续提升治理和服务水平。

(二)基本医保持续发挥战略购买作用

基本医疗保险制度“保基本”的特点一方面为广大的参保人群提供了尽可能多的基本服务保障，另一方面也因为保障程度偏低而引发诸多讨论。在此背景下，我国医保通过开展药品价格谈判、药品/耗材集中带量采购等方式，以价值导向优化医保目录调整和医保资金使用效率，实现“腾笼换鸟”，逐步将更多的创新药、创新器械以个人和医保基金可以承受的价格纳入保障范围。

2022年1月的国务院常务会议确定了“常态化制度化开展药品和高值医用耗材集中带量采购”的总体工作目标，并划定了2022年集中带量采购工作重点^[19]，“提速扩面”也成为了2022年集采工作的关键词。2022年7月，国家医保局组织开展了第七批全国药品集采，平均降价48%，在此前历次集采的基础上，累计成功采购药品达到294种。

表4. 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9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7月	55	53%
第四批全国集采	2021年1月	45	52%
第五批全国集采	2021年6月	61	56%
第六批全国集采	2021年11月	16	48%
第七批全国集采	2022年7月	60	48%

*数据来源：国家医保局，艾社康整理

高值耗材方面，继2020年的冠脉支架集采和2021年的人工关节类集采之后，2022年在国家层面完成了第三批高值医用耗材集采^[20]，并组织了冠脉支架接续采购，首次探索在全国范围统一开展接续工作^[21]。在省级层面，高值医用耗材的集采更是全面加速。据统计，2022年以省际联盟形式开展的高值医耗材集采项目共14次，涵盖心脏起搏器、人工晶体等13种品类，另外江苏、安徽和福建三省还单独开展了7次高值耗材的省级集采，涉及11个品类^[22]。以冠脉支架接续采购为例，参与新一轮集采报量的医

疗机构较上一轮增加了1288家,采购需求量增加了约53万个,可以看到医保的战略购买作用得到了进一步的提升。

另一项体现医保基金战略购买作用的国家医保药品谈判工作,在连续开展5年之后,谈判机制也日趋完善。2022年的医保谈判政策与2021年基本一致,适当放开了鼓励仿制药、鼓励儿童药和罕见病药物三类药品的申报条件,并在之前谈判规则的基础上,进一步明确了谈判药品的续约规则以及简易续约品种的价格调整机制。

2022年,协议期内275种谈判药报销1.8亿人次,当年累计为患者减负2100余亿元^[1]。

表5. 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%
2022	国家医保药品目录调整	医保局	147	121	82.3%	60.1%

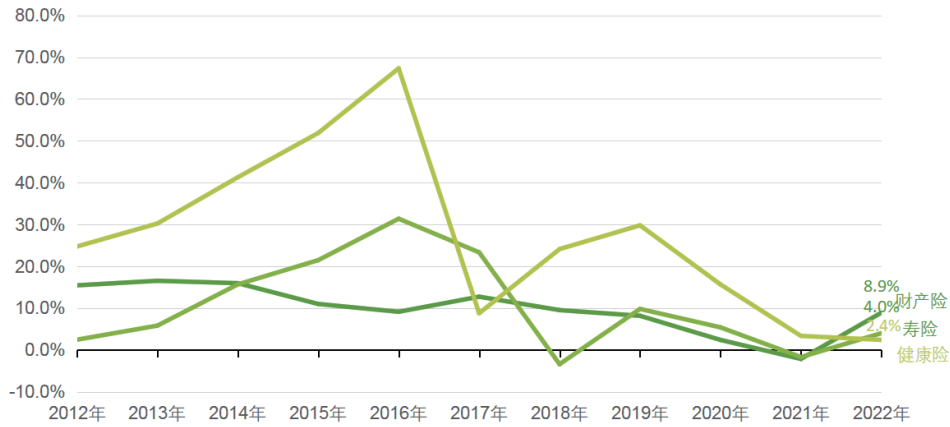
*数据来源:国家医保局,艾社康整理

(三)商业健康保险在低迷中徘徊

2022年,保险业仍然延续了2020年以来的低迷,行业累计实现原保费收入4.70万亿元,同比增长4.6%,尽管扭转了2021年整体负增长的局面(上一年同期增速为-0.79%),但在分险种的对比中可以看到,与财产险和寿险增速回升相比,健康险的增速仍处于下降通道,2.4%的增速也创下了历史最低。在全国31个省级行政区中,14个省的健康险保费规模同比出现负增长。

图1. 2012-2022年我国三大险种保费增速

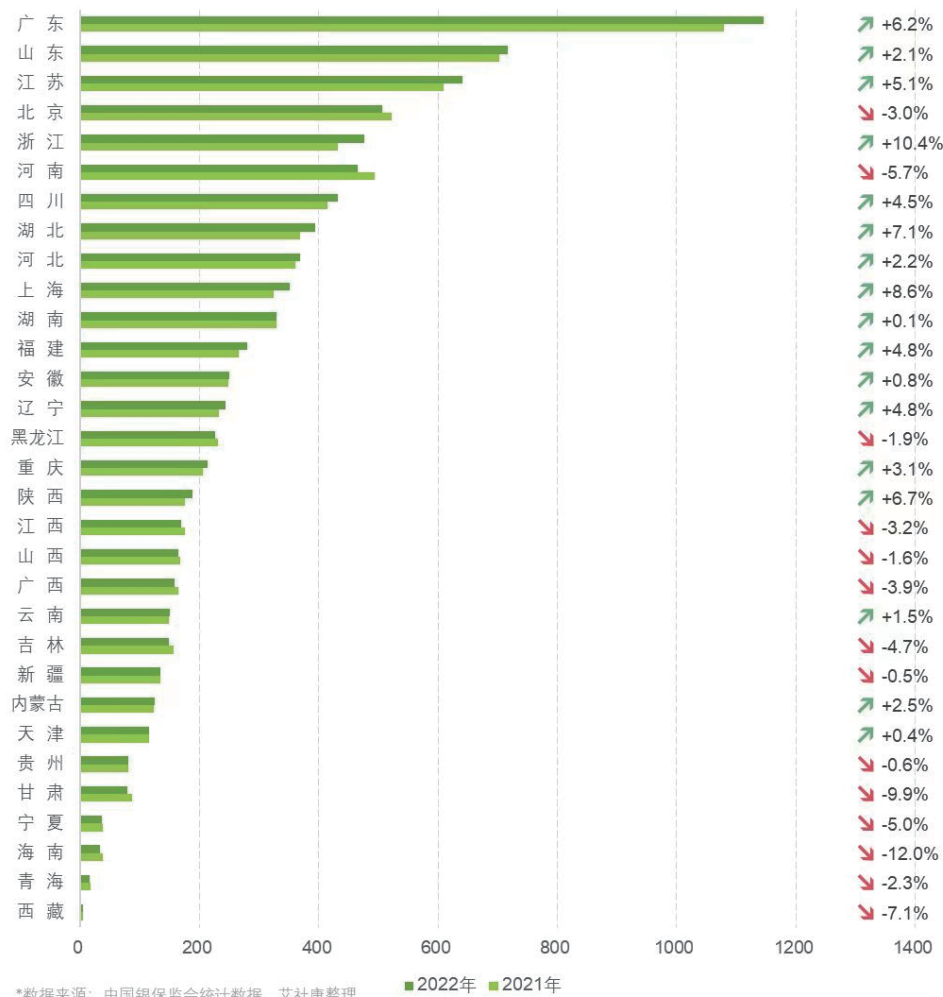
2012-2022年我国三大险种保费增速（单位：%）



*数据来源：中国银保监会，艾社康整理

图2. 各省健康险保费规模对比 (2021 vs 2022)

各省健康保险保费增长情况（单位：亿元）

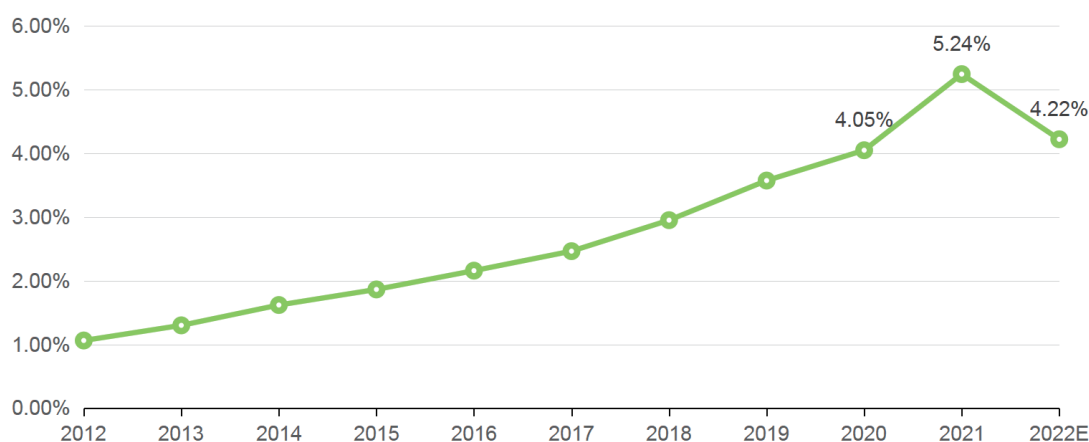


*数据来源：中国银保监会统计数据，艾社康整理

相较于收入端的低速增长，赔付端的表现甚至更加乏力，2022年商业健康保险赔付支出3600万元，相比2021年下降了10.6%。尽管卫生总费用数据还未公布，但几乎可以预见健康险赔付支出在卫生总费用中的占比也会出现下降。

图3. 我国商业健康保险赔付支出在卫生总费用中的占比

我国商业健康保险赔付支出在卫生总费用中的占比



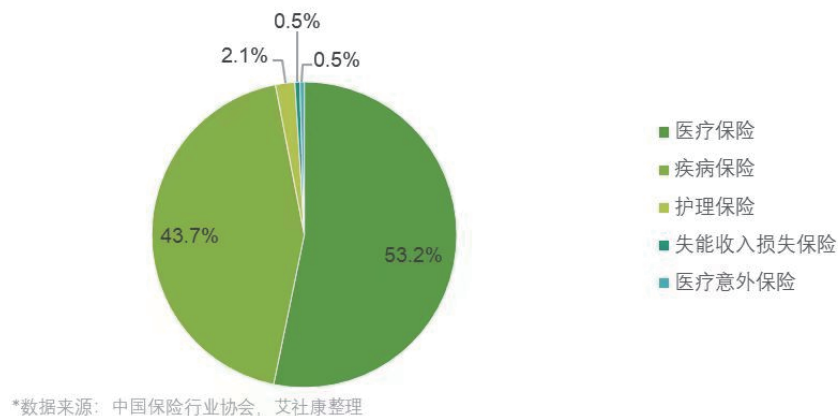
*数据来源：国家统计局、中国卫生健康委员会，艾社康整理

商业健康保险在2022年的弱势表现，或许可以在很大程度上归因于疫情的反复以及收入不确定性的增强，出于避险的心理，人们普遍倾向于增加储蓄，而减少对于医疗险、重疾险等消费属性更强的险种的需求。但这只能部分地解释保费规模增长的乏力，赔付支出占比的下降还需要更多地从行业自身的产品供给以及运营管理等方面寻找原因。从已公布的数据来看，2022年短期健康保险的赔付率处于较低水平，139家保险公司平均的综合赔付率约为45%，赔付率超过50%的保险公司仅有39家^[23]。赔付率低自然会导致参保人的获得感较差，进而降低大众的购买意愿。

长期以来，医疗保险和疾病保险是我国商业健康保险的主要产品，这种趋势很难在短期内发生显著变化。根据中国保险行业协会产品库中的数据，截至本报告成稿前，我国在售的健康险产品共有6112款（不含个人税收优惠型健康保险），其中疾病保险2673款，医疗保险3253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126款，失能收入损失保险和医疗意外保险分别仅有32款和28款，相较于2021年，所有类型的产品数量都有所增加，但在占比方面，疾病保险由之前的39.4%提高到43.7%，医疗保险则由57.5%下降至53.2%。

图4. 我国商业健康保险产品构成

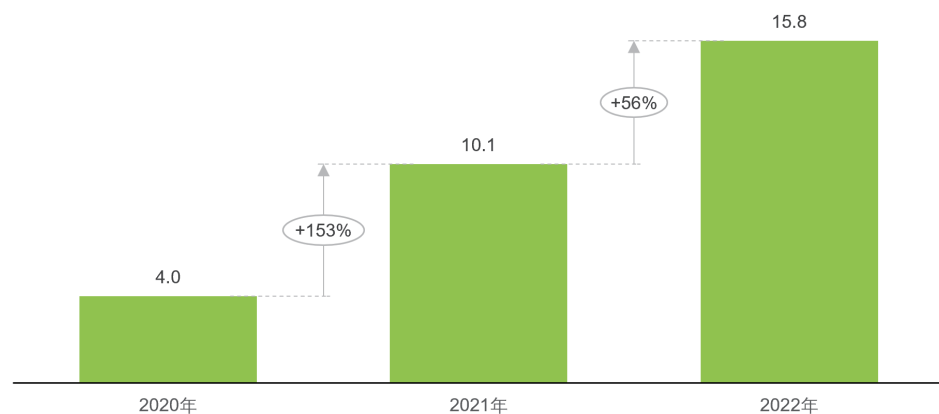
2022年我国商业健康保险产品构成



自2019年之后就呈现爆发式增长的“惠民保”，尽管在2022年依然实现了56%的增长，但相较此前几年，增速同样出现了明显的下降。截至2022年底，全国共有263款惠民保产品，总参保达2.98亿人次^[24]，2022年保费规模超140亿元。从单个项目的参保人数来看，相较于2021年涨跌不一，其中上海、北京均出现投保人数下降，但也有像广州、成都一样投保人数持续增加的案例，尤其是浙江各地市的惠民保项目基本都保持了增长。类似上海、北京一样续保人数出现较大幅度下降的现象也提示了年轻人群和健康体由于投保后的获得感较低，极有可能出现不再续保的情况。南开大学的一项调研也印证了惠民保续保率不理想的问题，根据对2052份有效样本的分析，假设惠民保的产品基本不变，6.6%的参保人明确表示没有续保的意愿，另有25.8%的参保人无法明确是否继续参保^[25]，考虑到这项调研是通过线上问卷的方式，基本接受调研的人群以年轻、较高学历人群为主，这一数据还是可以比较准确地反映年轻和健康人群对待惠民保的态度。

图5. 2020-2022年惠民保参保人数及增长情况

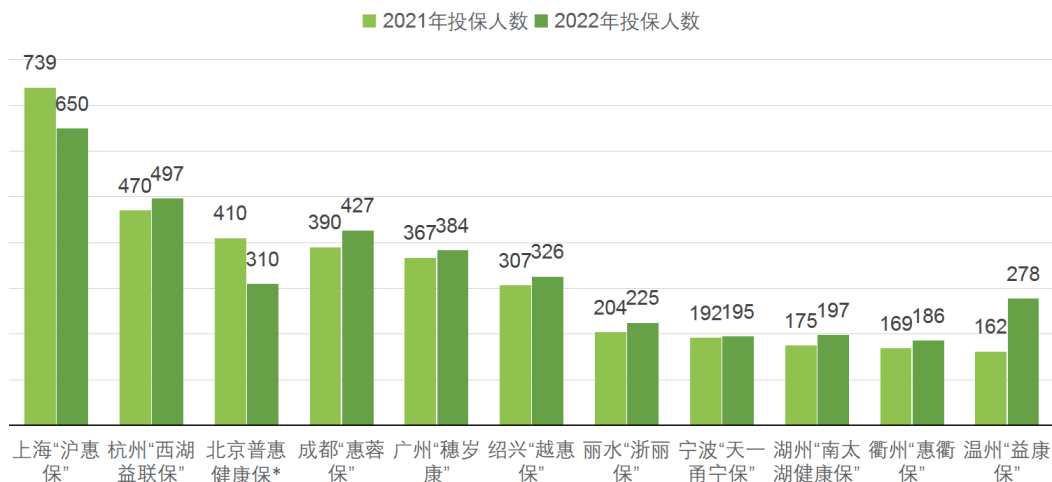
2020-2022年惠民保参保人数（单位：千万人）



*数据来源：南开大学《惠民保发展模式研究报告》

图6. 部分惠民保项目参保人数涨跌不一

部分惠民保项目参保人数（单位：万人）



*数据来源：网络公开报道信息，艾社康整理，北京2021年为“北京普惠健康保”与“北京京惠保”合计，2022年两款产品进行了合并

(四)公益慈善继续关注大病救助

党的二十大报告明确了慈善事业在我国建设社会主义现代化强国战略目标中的定位，并对中国式现代化慈善事业的发展提出新的要求，提出“构建初次分配、再分配、第三次分配协调配套的制度体系”，要求“引导、支持有意愿有能力的企业、社会组织和个人积极参与公益慈善事业”。根据民政部“慈善中国”平台的数据，2022年共有1169家公募慈善组织发布了9803个项目，以及225家公募红十字会发布了500个项目，这些项目中服务于医疗卫生的项目共有3240个，占比达到15%，仅次于教育相关的项目数（3376个）；而从金额来看，医疗卫生相关的项目总计收入38.76亿元、支出30.74亿元，均在所有领域中排名第一^[26]。

1月28日，随着中国最大的网络互助平台“相互宝”正式停止运行^[27]，网络互助完成了集体谢幕。但社会对于网络互助平台所发挥的积极作用还是给予了认可，网络互助平台近十年的发展对于培养大众的健康保障意识以及挖掘市场需求都有非常重要的推动作用。在某种程度上，公益慈善一直将大病救助当作其广泛关注的领域，也受到了网络互助的影响。在关闭网络互助业务之后，一部分平台如水滴筹、轻松筹、360大病筹等将平台求助作为一种新兴的大病救助形式，成为多层次医疗保障的有益补充。截至2022年12月底，水滴参与多层次医疗救助体系的系列项目共救助480人次，帮助患者获得项目救助资金超914万元^[28]，水滴筹个人大病筹款+水滴公益缙云专项公益基金共计救助355人次，拨付救助金820余万元^[29]。

海南、河南、浙江、青海等地也通过慈善和社会捐助等多渠道筹集资金，发挥慈善组织、互联网公募平台、个人大病求助平台、社工、志愿者等社会慈善资源优势。尽管力量仍然有限，但公益慈善积极参与重特大疾病的救助正在逐渐成为具有中国特色的多层次医疗救助模式。



02

...

多层次医疗保障体系
发展面临的问题

“罗马不是一日建成的”，多层次医疗保障体系的建设也非一日之功，在逐步建立完善的过程中，我们仍有许多的问题有待解决。从整体来看，由于制度依赖和技术制约，目前多层次医疗保障体系仍然处于较为初级的阶段，补充托底部分发展有限，多层制度之间衔接不足。从效果来看，因重特大疾病医疗费用支付所导致的风险尚未得到有效化解，“被动赔付”以及“以治疗为中心”的支付惯性，均使得对健康的激励作用尚显不足。

基本医疗保险制度性缺陷依然存在

（一）筹资运行机制尚不完善

职工和居民医保的筹资水平不均衡且居民医保缴费水平偏低。保障水平是与筹资水平相适应的，当前，城镇职工医保采取的筹资机制是与收入关联的费率制，城乡居民医保则是定额筹资，由政府按人头补贴与居民定额缴费共同组成。2022年覆盖3.6亿参保人的职工医保人均筹资5694元，而覆盖9.8亿人的居民医保人均筹资仅为1023元^[1]，两项制度筹资水平差距较大。虽然居民的筹资额度逐年提高，但缺少客观的筹资增长机制，与保障水平相比还不充分。

强制参保执行不到位，基本医保的社会保险属性体现不足。目前居民医保仍坚持自愿参保的原则，职工医保强制参保未执行到位，使得部分就业人群，尤其是灵活就业人群未被职工医保充分覆盖。加之，偏低的居民医保缴费使得居民医保似乎更具“性价比”，进而可能会“虹吸”职工医保参保人员。此外，基本医保参保办法未能完全适应人口流动化、就业形式多样化的趋势。各地对于灵活就业人员参加职工基本医疗保险办法不统一，是否建立个人账户做法不一。目前出台的政策文件仅仅关注了流动时个人账户的转移，回避了统筹基金的转移接续，导致基本医保缴费年限异地衔接存在困难。

基本医保基金运行依然存在效率损失的情况。自2021年开始，我国已经在矫正医保个人账户的制度性缺陷迈了实质性步伐。改革是通过不再将单位缴费划入个人账户，使职工医保统筹基金规模直接增长30%，进而加强职工医保互助共济功能，提升统筹保障能力。但是当前职工医保个人账户依然存在。2022年全国医保基金（含职工和居民）年末累计结存42540.73亿元，其中职工医保个人账户累计结存13533.79亿元，占比31.8%^[1]，意味着基本医保制度丧失了近三分之一的统筹保障能力。

（二）待遇保障公平有待提高

群体分割和区域分割现象明显，基本医保待遇保障的统一性和公平性仍有待提高。首先，职工与居民医保制度之间存在较大的待遇差距，以住院平均待遇水平来看，职工医保高出居民医保15%左

右。其次，地区间医保待遇差距也不小，某省职工医保住院政策范围内支付比例最高与最低的两个统筹地区差距可达20%，地区间待遇公平性有待提升。

(三)支付方式改革任重道远

依然普遍使用的按项目付费方式对健康的激励作用有限。不同的医保支付方式会影响医生的诊疗行为和医疗资源配置，最终影响健康产出。按服务项目付费有时会鼓励医生提供过多的医疗服务，这与患者的健康需求并不相融。

支付方式改革前景与挑战并存，控费与服务的平衡有待实现。医保支付方式改革的理想目标是在降低医疗费用增速的同时提高医疗质量和健康绩效。随着DRGs、DIP在全国的推广，医保基金有限性与医疗成本补偿的矛盾可能在经济欠发达、参保人异地就医比重较高的地区出现，比如导致有些疾病“消失”，医院也不再进行某类手术，患者的健康效益受损。



补充医疗保险保障有限 且存在起付门槛

补充医疗保险筹资渠道单一，限制保障水平。由于基本医保的保障水平不足，我国又建立了针对部分人群的补充医疗保险，如职工医保中的大额互助保险和在居民医保基础上建立的大病保险。但大病保险没有形成独立的筹资渠道，主要依托于基本医疗保险基金划拨，制度可持续性面临挑战，严重制约了筹资水平和保障规模的提升。

补充医疗保险存在起付门槛。补充医疗保险仅对满足特定医疗费用条件的参保人群给予额外保障，虽其起付线门槛相对不高，但这一增设的起付线仍造成了一定的费用累积。这一方面可能导致低收入者由于“门槛费”难以享受补充医疗保险待遇，造成逆向再分配；另一方面也可能诱发参保人过度医疗以获取补充医疗保险资格等问题。



商业健康保险 支付体量仍然有限

(一) 供需错位, 非标体保障需求未得到有效满足

商业健康险规模尚小, 并且未充分发挥与筹资水平相对应的赔付力度。目前, 我国商业健康险覆盖约7.5亿人, 2022年, 基本医保基金收入30697.72亿元, 总支出24431.72亿元; 反观商业健康险保费总收入8652.94亿元, 赔付金额3599.53亿元。基本医保筹资水平是商保的3.5倍, 提供的保障却是商保的6.8倍, 商业健康险的发展未提供与其保费收入相当的保障作用。

主流热销商业健康险产品责任迭代内卷激烈, 却大都将非标体“拒之门外”。以百万医疗险为例, 纵观市场上各家保司推出的2023版产品形态, 责任范围不断丰富, 不仅涵盖医保目录内外费用, 高值药械、先进疗法、特需病房等均有纳入。但“保健康体”“对人群进行风险选择”依然是商业健康险行业默认的逻辑惯性, 保障范围虽做到了衔接基本医保, 但健康告知严苛, 承保人群有限, 真正需要健康保障的人群却无法加入, 全人群的保障缺口依然巨大。

带病体保险产品创新不断, 但行业实践仍然保守。首先, 缺少老年人群专属保障产品的供给。目前最常见的覆盖老年人群的做法是拓宽普通医疗产品的投保年龄和投保条件, 但保费与保障水平之间的杠杆率不高, 保费相对较贵, 保额不足。在老年专属健康险中, 报销型医疗险保障的多为意外医疗费用, 缺少专属的百万医疗产品; 疾病保险以癌症为主, 限额一般为20万元; 长期护理保险产品同样较少, 还在初期探索中。其次, 慢病保险覆盖率低。因为非标体的数据标签相对缺乏、评估标准难以统一及保险公司核保能力有限等因素, 非标体人群获得保险保障的比例较低。目前, 政策型保险包括城市普惠险、税优健康险对慢病人群友好, 但前者由于低廉的价格只能满足一部分的保障需求; 后者试点推行情况并不理想。此外, 市场上允许慢病群体投保的产品尚未出现真正意义上的非标体保险, 问题主要是可投不可赔; 责任单一, 仅限于保障单一疾病恶化的情况; 缺乏长期且精细化的健康管理。两个问题叠加进一步导致老年慢病人群更加难以获得保障, 尽管近两年出现了一些允许带病体投保的产品, 但普遍存在保费高、保障范围窄、保额相对较低等问题。

(二) 话语权弱, 与医疗、医药产业的链接不充分

在公立医院主导的医疗卫生服务体系中, 医院往往具有更高的议价能力和话语权, 在民众中也享有更高的信任度。因此优先与公立医院建立合作是大多数保险公司的必然选择, 但同时也导致合作内容局限于商保直付、院内服务、高端医疗服务引流等, 难以真正介入诊疗过程, 发挥成本控制的作用。而自建、投资私立、高端医疗机构的做法由于门槛较高, 尤其需要保险公司有极高的长期规划经营能

力,目前也仅在部分保险公司中有所尝试。

在医药方面,基本医保是我国最大的支付方,对药械的价格、处方监管有着非常大的话语权。商业健康保险由于规模尚小,难以介入医药管理过程。此外,保险与医药行业互相了解仍然有限,保险公司在医药专业背景的人才储备存在不足,如何建立新药进入商保报销范围的机制也尚未清晰。

在健康管理方面,商业健康险本应发挥更大的作用,但目前健康管理主要停留在“营销卖点”阶段。健康管理和保险保障功能分割,保险公司的实践聚焦在资源的整合,购买第三方的健康服务,却未将客户真正“闭环”地管理起来。缺乏健康大数据,对客户、准客户的健康风险评估还难以做到,保险仍然是事后赔付。

慈善救助的效率 有待提升

(一)项目同质化,关注的病种和人群比较集中

慈善医疗救助项目缺乏引导,致使项目救助领域分配不均。公益慈善医疗救助,是社会爱心人士怀着“扶贫济困”的美好愿景,自愿捐助资金或相关药品设备,帮助困难的患者家庭能够承担其所需要的手术、药品、辅具等医疗服务,其中多通过基金会或公益组织作为资金的统筹管理方。因发起方或捐赠方等对于医疗救助领域的选取标准和初心各自不同,多数是出于经历或了解进行选择。这导致慈善医疗救助项目在领域上,存在一定的扎堆救助与无序救助现象,部分疾病领域项目重复,部分疾病领域项目难觅。

在病种方面,救助项目未满足所有疾病领域的患者需求。当前的慈善项目多集中于短期内救助成效较为明显的疾病领域进行投入,而罕见病等重大疾病与长期慢性疾病患者的慈善救助补充不足。在基本医疗保障政策后,白内障、唇腭裂、儿童先天性心脏病等疾病患者自付费用较少的情况下,基金会仍对这些病种有较大的救助力度,而对罕见病、淋巴瘤、多发性骨髓瘤等经济负担重、治疗周期长、治疗效果不明显或者不确定的病种的救助力度较小。在这种情况下,慈善资源无法得到有效的匹配,越需要援助的群体可能反而得到的援助越少。

在人群方面,救助项目服务对象也有所遗漏。同样出于社会关注度和救助收益,医疗救助项目也更多集中于儿童,而老年等其他同样需要通过慈善公益援助等作为医疗费用补充的群体,较少得到这一补充层次的支持。此外,很多处在政府医疗救助标准边缘的人群既得不到政府救助,又不符合慈善组织救助标准,未被安全网兜住。

(二)信息孤岛化,慈善救助信息共享不充分

慈善救助需要患者家庭自行寻找渠道与项目组对接,存在信息获取门槛。不同于在多数地区都能一站式结算的基本医保与补充医疗保险,多数慈善救助作为事后救助,类似商业健康保险,需要患者家庭先行垫付医疗费用后再根据单据进行救助申请。但其相较商业健康保险,又多出了渠道寻找的环节。对于商业健康保险,患者在发生需要报销的医疗行为之前就已经购置,因此在医疗行为发生后仅需留存单据通过线上线下渠道报销。而慈善救助需要被救助者首先了解到相关的基金会以及可申报的项目,并自行联系进行申请,这在一定程度上将一部分信息渠道较少的困难家庭排除在救助范围之外。

能够给患者提供救助渠道的医疗机构较为有限。当前,除了红十字会、地方的慈善总会等知名度较高的慈善机构,其他的基金会和相关救助项目都较为分散,仅凭患者家庭需要花费较长时间搜索才能触及,患者高度依赖就诊医疗机构引荐相应救助项目或通过病友互助群推荐。但对相关救助项目了解较多的,多为省会城市的大型三甲医院和领域内专家,若患者未跨地区前往中心医院就诊,可能就失去了了解到救助项目的机会。因而在渠道门槛的限制下,慈善救助未能触及所有满足救助条件且有实际需求的人群。

(三)管理独立化,制度衔接不够导致效率较低

多数慈善救助项目与其他保障层次未有衔接,致使救助成效有限。作为多层次医疗保障体系中的一部分,慈善医疗捐赠应当与主体层、托底层、其他补充层之间形成协调合作的关系。然而,目前慈善医疗捐赠与基本医疗保障、政府医疗救助的衔接有限,缺乏资源整合,大部分慈善医疗捐赠与政府医疗救助之间没有开展合作,救助项目缺乏互补,难以形成整体性效应,降低了慈善医疗捐赠的效率。例如,当前慈善救助资金一般不超过5万元,若相关的医疗救助项目救助内容未能与医保、其他补充层的保险形成有效衔接,患者家庭仅凭救助资金较难获取实际的医疗服务。以儿童罕见病的高值特效药为例,若该药品未进入医保目录或当地惠民保等保障层次,患者仅凭5万元以内的救助仍无法承担药费。



医疗救助未能实现完全兜底

(一)托底层救助的边缘人群存在悬崖效应

在贫困人群核定标准边缘的低收入人群，发生重疾易导致灾难性支出。目前我国特困户、贫困户、低保户、低保边缘家庭等困难家庭大多是依靠政府的低保收入维持其基本生活，经济能力较差，一旦身患重大疾病，昂贵的医疗费用将会是困扰他们的最大问题。再加之居住环境、营养和卫生等方面的原因，低收入人群相对更易患病，陷入疾病与贫困的恶性循环之中。同时，我国困难家庭对补充性的医疗保险的购买情况不容乐观。为解决该部分贫困家庭的医疗问题，我国不断完善医疗救助的安全网。2021年国务院《关于健全重特大疾病医疗保险和救助制度的意见》中，已经参考脱贫攻坚时期的救助人群，将医疗救助对象的范围进一步地拓展延伸，把低保边缘人群和检测范围内的农村易返贫致贫人口纳入了救助。同时，因高额医疗费用支出导致家庭基本生活出现重大困难的支出型贫困患者也能根据实际情况获得一定救助。医疗救助的托底功能进一步得到了健全，我国在形成保障安全网上更进一步。然而，无论是低保户、贫困户、低保边缘人群、还是监测户都有固定的衡量标准，这也导致在相关标准边缘的低收入人群，虽不处于救助范围内，但在出现重大疾病或需要长期治疗和投入的慢性疾病时，仍面临远超出经济负担的费用支出。

(二)一站式报销尚未全面覆盖，存在垫付压力

多数地区的医疗救助仍需垫付，阻碍了一些低收入患者获取医疗服务。部分地区已经实现低保户和贫困户在本地区就医的医疗救助一站式报销，但在多数地区，该体系尚未形成。救助对象仍需先垫付相关医疗费用后再根据单据在医保局获得救助资金援助。此外，对新纳入救助范围的低保边缘家庭和支出型贫困患者，当前也尚未形成一站式报销的机制。这可能导致患者，尤其是长期患病治疗的患者，因无法支付垫付金额，而失去接受相关医疗服务的机会，逐步放弃治疗。

(三)部分支出型贫困人群未被触及

因数据尚未互通，医疗费用的支出型贫困人群难以被发现。不同于低保、贫困人群都在普查中登记在册，相关边缘人群也长期处于监测中。支出型贫困人群，尤其是医疗费用产生的支出型贫困因当前各体系之间的数据壁垒较难被识别，若未有幸被基层服务工作者发现，就需要通过自行申请获取救助。而部分支出型贫困人群不了解相关政策，未提起救助申请，损失了获得医疗保障的机会。



03

...

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，各参与方在努力地尝试不同方向的创新探索。三年的疫情也一再提醒我们老年人、儿童、育龄妇女、慢性病患者等重点人群的健康和保障需要得到更多的关注。也正是出于这一考虑，在案例部分我们特意从重点人群的视角出发，整理了近年来出现的一些代表案例，希望可以帮助让更多的人关注到重点人群的保障需求。

“呵护” ——儿童和青少年

(一)浙江出生缺陷儿童全生命周期医疗服务保障

1. 案例概述

儿童健康是全民健康的重要基石。重特大疾病作为危害儿童健康的重要因素，不仅影响儿童成长，还可能给家庭带来沉重的经济负担。而出生缺陷严重影响儿童的生存和生活质量，也给患儿家庭压上了巨大的精神和经济负担。出生缺陷指婴儿出生前发生的身体结构、功能或代谢异常，病种多，病因复杂，在我国的总发生率约有5.6%，是导致婴幼儿死亡和先天残疾的主要原因^[30]。

为了防治出生缺陷，浙江省2020年印发《关于做好出生缺陷预防项目工作的通知》^[31]，升级出生缺陷三级预防体系，在出生缺陷预防“六免”政策基础上，新增免费产前筛查和产前诊断、新生儿先天性心脏病筛查。

2023年，为了更好地为省内出生缺陷儿童提供全生命周期的医疗保障服务，浙江省医保局、省卫生健康委、省残联等7个部门联合出台《浙江省出生缺陷儿童全生命周期医疗服务保障工作实施意见》（以下简称《实施意见》）^[32]，构建了“筛、诊、治、康复、保障”一体的全生命周期服务保障机制。在继续完善出生缺陷综合防治体系的基础上，将健全多层次医疗保障体系也纳入了重点，为出生缺陷儿童家庭，搭建了“医保+大病+惠民保+救助”的四重医疗保障，各项制度有序衔接，梯级减负。

2. 模式创新

2.1 完善出生缺陷患儿的基本医保和大病医保保障

在《实施意见》中，浙江省提出进一步完善基本医疗保险和大病保险制度，巩固提高待遇水平，减轻高额医疗费用负担。首先，进一步资助出生缺陷儿童困难家庭参加基本医保，确保这些困难家庭得到医疗保障。其次，制定门诊特殊病种管理办法，将出生缺陷等儿童疾病按规定纳入保障范围，实行动态调整，门诊费用按照住院待遇报销。再次，降低出生缺陷儿童困难家庭大病保险起付标准，提高报销比例，将政策范围内门诊个人负担费用纳入大病保险支付范围。通过以上三大措施，确保通过基本医

保和大病医保能够承担患儿家庭主要的医疗费用。

2.2.通过“浙里惠民保”为出生缺陷儿童家庭提供补充保障

《实施意见》也要求“浙里惠民保”衔接基本医保和大病保险，在出生缺陷防治方面发挥统筹共济作用，逐步将出生缺陷防治按规定纳入赔付保障范围，赔付标准向相关患儿家庭适当倾斜，为出生缺陷家庭再增加一道保障。从目前浙江省内各地市的惠民保产品来看，除了保障医保内出生缺陷相关医疗服务，个别惠民保也已经推出了和出生缺陷相关的补贴项目。例如2023年度的西湖益联保，为既往孩子有出生缺陷等原因，临床上需要进行人工辅助生育的投保人，提供胚胎培养和胚胎移植两项费用的定向补助责任。其中胚胎培养费用报销限额为0.15万元/年，胚胎移植费用报销限额为0.15万元/年，在年度限额范围内可按项目实报实销^[33]。

2.3.建立多方筹资的专项救助基金，提供兜底保障

在基本医保和大病医保发挥主体保障作用，惠民保发挥补充保障作用的基础上，通过构建“浙里病贫共济”中的“医保暖心无忧专项基金”，浙江的出生缺陷患儿也获得了兜底的救助保障。医保暖心无忧专项基金汇集了区慈善总会、红十字会等各类医疗困难慈善补助资金和财政补助资金，同时，也正通过金融保险公司、医药机构等其他社会力量捐助、企业及乡贤定向帮扶、规范公益项目等方式不断扩充筹资渠道，扩大社会救助服务供给。共同打造兜底保障机制，确保出生缺陷儿童困难家庭高额医疗费得到帮扶化解。

3.实践效果

随着信息共享、闭环跟踪、全程服务的出生缺陷全生命周期医疗服务逐步建立，浙江在提升出生缺陷医保待遇，降低患儿家庭医疗费用支出方面不断努力。文件中也提出了“到2025年，出生缺陷儿童困难家庭医疗费用综合保障率达到90%以上，高额医疗费用帮扶化解率达到100%”的要求。

虽《实施意见》2023年2月起施行，成效尚不明显，但部分提前开展实践的地区，已作出了较好的示例。以省内温州瓯海区为例，该区已率先实现出生缺陷儿童“六重”医疗保障，除将出生缺陷疾病防治与城乡居民医保、大病保险、温州惠民保、医疗救助进行衔接之外，瓯海区还提供“一险一金”（即补充商业医疗保险和慈善医疗专项救济基金），通过“一险”对个人自付医疗费用予以全额救助，“一金”对个人自费医疗费用按比例救济^[34]。

（二）罕见病多层次保障——山东罕见病保障体系

1.案例概述

我国目前有近2000万罕见病患者，其中50-70%的患者会在儿童期发病。因罕见病多为基因遗传，且多数罕见病的特效药尚未研发成功，不少罕见病患儿只能通过长期采取替代疗法的方式维持正常生活。在确诊困难、需要长期用药控制、不少患儿甚至需要家长全天陪护的多重压力下，罕见病患者家庭面临极重的经济负担，亟需通过完善的保障层次获得支持。

近年来我国对于罕见病用药保障的重视程度日益提高，2020年，中共中央、国务院发布的《关于深化医疗保障制度改革的意见》明确提出“探索罕见病用药保障机制”，并陆续将多款治疗罕见病的药品纳入国家基本医保目录，而在地方层面，多个省份也在完善罕见病用药保障方面进行了积极的尝试。其中山东推出了“1+N”，即大病保险配合“惠民保”、企业援助、社会慈善救助的多层次保障模式。

2. 模式创新

2.1. 政府主动引导，建立罕见病多层次保障框架

2020年12月，山东省医保局牵头发布了《关于将部分罕见病特效药品纳入我省大病保险保障范围的通知》，通过谈判将四款治疗戈谢病、庞贝病、法布雷病的药品纳入大病保险特药管理，并且提出了由大病保险、药企援助、医疗救助和慈善帮扶共同为符合条件患者提供待遇保障^[35]：

- 大病保险：以谈判价格作为医保支付标准，药品费用分段报销，起付线为2万元，2万元-40万元部分报销80%，40万元（含）以上部分报销85%，一个医疗年度内每人最高报销90万元。
- 企业援助：经大病保险报销后剩余的药品费用，由药品生产企业按谈判协议约定对患者实施援助。
- 医疗救助：经大病保险报销和企业援助后剩余的药品费用，符合医疗救助条件的患者由户籍地政府按规定给予医疗救助。
- 慈善帮扶：经大病保险报销、企业援助、医疗救助后仍确有困难的，鼓励慈善组织等社会力量给予帮扶。

2.2. 商保充分参与，在普惠险中纳入罕见病药品保障

商业健康保险在山东省的罕见病保障中也发挥着重要的作用。在山东全省16个地市均有城市定制型商业医疗保险（“惠民保”）产品上市的基础上，2022年5月，山东省医保局发布《关于优化调整定制型商业医疗保险的意见（试行）》^[36]，提出全省的惠民保产品原则上要将罕见病药品费用（包括相关疾病特殊疗效食品）纳入保障范围，起付线不高于1万元，报销比例不低于70%，封顶线不低于30万/人，并且制定了具体的责任清单，包括7款国内已上市且但未纳入国家基本医保药品目录的罕见病用药，明确根据国家罕见病目录及国内药品上市、国家基本医保目录调整情况进行动态调整。

城市	惠民保产品	罕见病保障责任
烟台	烟台市民健康保	11款罕见病药品，起付线1万，报销比例70%，最高支付限额30万 ^[37]
泰安	泰安市民保	10款罕见病药品，指定罕见病药品保险金、指定罕见病住院医疗费用保险金共用保额30万，免赔额分别为2万，报销比例60% ^[38]
临沂	临沂保	12种罕见病药品，不限既往症，起付线1万，报销比例70%，最高支付限额30万 ^[39]

城市	惠民保产品	罕见病保障责任
青岛	琴岛e保	11款罕见病药品,不限既往症,起付线1万,报销比例70%,单药最高支付限额30万 ^[40]
威海	威你保	12款罕见病药品,不限既往症,起付线1万,报销比例70%,最高支付限额50万 ^[41]
潍坊	潍坊惠民保	9款特殊疗效罕见病药品,不限既往症,起付线1万,报销比例70%,最高支付限额30万 ^[42]
济宁	济惠保	9款罕见病药品,不限既往症,起付线2万,报销比例60%,最高支付限额30万 ^[43]
淄博	齐惠保	9款罕见病药品,起付线1万,报销比例70%,最高支付限额30万
日照	日照暖心保	13种罕见病药品(含特殊食品),不限既往症,起付线1万,报销比例70%,最高支付限额50万 ^[44]
济南	齐鲁保	11种罕见病药品,不限既往症,起付线1万,报销比例70%,最高支付限额40万 ^[45]
菏泽	惠菏保	7种特殊疗效罕见病药品,起付线1万,报销比例80%,最高支付限额50万 ^[46]
枣庄	枣惠保	12种罕见病药品(11种罕见病),不限既往症,起付线1万,报销比例60%,最高支付限额30万 ^[47]
东营	惠东保	9种罕见病药品,不限既往症,起付线2万,报销比例70%,最高报销30万
德州	德州惠民保	9种罕见病药品,不限既往症,起付线1万,报销比例70%,最高支付限额30万 ^[48]
聊城	聊惠保	8种特殊疗效罕见病药品,不限既往症,起付线2万,报销比例60%,最高支付限额30万
滨州	滨州医惠保	13种罕见病药品,不限既往症,起付线1万,报销比例70%,最高支付限额30万 ^[50]

*注:以上均为2022年款产品的保障责任

2.3.慈善积极跟进,协助解决用药保障的“最后一公里”问题

由协会、公益基金、医疗机构等多方社会力量联合发起的“罕见病医疗援助工程山东专项”也对省内罕见病患者和家庭提供了资金和服务的支持。例如对于因罕见病治疗产生的特效药或特食费用,项目给予患者家庭最高50000元的援助金额,申请救助的患者家庭平均获得20000元的救助费用,而被纳入定向资助或单病种子项目的患者家庭不受上限限制^[51]。

同时,在一些地市的惠民保项目中,也有社会力量参与建立大病专项救助公益基金,重点面向罕见病等重特大疾病患者,提供特药服务等诊疗资源。

3.实践效果

随着医疗保障待遇清单制度的实行,通过增补地方医保目录药品对罕见病予以保障的方式将不再具备可操作性,但山东的探索仍然为我国的罕见病用药保障提供了很好的参考价值。在医疗保障待遇清单制度全面实施前的窗口期,也切实解决了一部分罕见病患者的用药问题^[52]。

以上内容仅为本文档的试下载部分，为可阅读页数的一半内容。如要下载或阅读全文，请访问：<https://d.book118.com/826201143231010032>