

构建中国医药创新生态系统

系列报告第三篇：多层次医疗保障体系，助力人民健康和产业高质量发展



中国医药创新促进会 (PHIRDA)

中国外商投资企业协会药品研制和开发行业委员会 (RDPAC)

2021年8月

摘要

人民健康是民族昌盛和国家富强的重要标志，我国在《“健康中国 2030”规划纲要》中提出主要健康指标到 2030 年进入高收入国家行列等一系列关键目标。随着经济水平提升和老龄化加速，我国需要加大卫生健康事业的持续投入来实现健康目标。按照国际经验测算，预计到 2025 年我国医疗卫生总费用可能将从 2019 年的 6.5 万亿元增长到 10.9 万亿元。医疗保障支出是卫生支出的关键组成部分，也是深化医药卫生体制改革的主要任务之一。国务院《关于深化医疗保障制度改革的意见》明确：“到 2030 年，全面建成以基本医疗保险为主体，医疗救助为托底，补充医疗保险、商业健康险、慈善捐赠、医疗互助共同发展的医疗保障制度体系”。多层次对应着多需求、多联动，也呼唤多部门、多维度的分工与协作。为了更好地打造“面向未来、鼓励创新”“面向人民生命健康”的高质量多层次保障制度，提高患者可获得感，提高创新药物可及，本报告基于国内多层次医疗保障体系建设的实际情况，通过国际案例的整理和研究，总结出可供我国商业健康险发展的参考建议；同时，基于对商业健康险三个基本问题“保障什么需求、覆盖什么人群、执行何种管理模式”的研究，为我国多层次保障体系的建设和优化提出了切实可行的建议。

综观全球，商业健康保险在美国、德国、法国、澳大利亚等国均经历了较长（50-100 年）的发展周期，并均通过法律和政策的不断迭代，逐渐优化制度规则，最终形成了现行的管理模式。结合我国国情，商业健康险在我国的发展很难完全参照某个国家的模式，但不同国家的发展经验中存在的共性特征和规律，值得我们思考。

第一、作为医保之外的重要筹资手段，商业健康险的保障范围也应是多层次的：包括补充层（对医保自付部分的补充和医保外部分的补充）、互补保障（提供高端服务等）与替代保障（作为医保的替代）。而补充层的覆盖和建设是实现“商业健康险”与“基本医保”有效衔接的关键，也是满足我国广大人民群众基本生命安全或生活水平的重要基础。现如今，我国商业健康险整体的保障水平不高，对补充层（医保外部分）保障较少、且产品保短期不保长期。2020 年开始，140 余个城市推出的“惠民保”可谓是“补充型商业健康险”的有益探索，但结合“保费标准、参保条件、赔付标准”等多维度指标来看，快速扩张的“惠民保”在可持续发展方面存在不确定性，距离我国建设多层次医疗保障体系的目标要求，仍有一定的优化和改进空间。

第二、基于商业健康险的“多层次”定位，成熟市场的经验显示，政府需要通过有效的鼓励和“强制”政策（如个人税优政策、对保险公司的优惠政策和风险补偿等），保障商业健康险对高风险人群（包括老年人、有既往病史的人群等）的覆盖，从而通过“看得见的手”和“看不见的手”有机协同，实现民生福祉和产业经济利益的平衡。而我国现阶段的商业健康险产品，缺少对“高风险人群”的覆盖和保护，且在民众保险意识薄弱、商业健康险公司发展成熟度有待提高的大环境下，政策的出台很难直接对参保行为产生影响，产生“赔付风险”的管理偏差。

第三、各国政府对商业健康险的规范均以“立法”为前提基础，并在具体工作中采取“管办分开”模式提高管理效率。由于商业健康险的制度建立涉及跨行业、跨部门的联动，因此“立法”过程通常由国家高级决策机构牵头完成，并历经多轮修订逐渐完善，以明确商业健康险的保障范围、与基本医保的协作、鼓励政策、刺激或强制规范等；另一方面，在具体管理和监督过程中，通过多个行政部门（如卫生管理部门、医保管理部门、财政和金融管理部门等）的积极参与，在职责范畴内落实并监督具体法律条款执行。2021 年 6 月，由国家医保局颁布的《医疗保障法（征求意见稿）》是我国在构建多层次医疗保障体系过程中的重要举措，尽管“征求意见稿”的内容仍需细化并完善，但“立法”

探索的本身，即是我们构建“面向国际”、“面向未来”、“面向人民健康”的多层次医疗保障体系建设的重要一步。

结合国际经验和思考，本报告对我国的“多层次医疗保障体系建设”提出四大建议：

第一、继续加强并完善多层次医疗保障体系的顶层设计，通过立法，进一步厘清多层次医疗保障体系中各层级的定位、分工与协作关系，更好地指导商业健康险对基本医保的补充；同时，明确政府组织设置与职能分工，在推动“三医联动”的同时增强医药卫生系统与金融监督系统的沟通，提高商业健康险的规范和管理效率；

第二、尽快制定并出台科学有效的激励政策和规章制度，有效调动市场和民众对商业健康险的参与热情，促进商业健康险的可持续发展。如，强化商业健康险“补充层”的功能定位，明确覆盖范围、规范并指导城市普惠险的发展，同时通过完善税优政策等鼓励民众参保，并对商业健康险的产品加强监督；

第三、进一步提升医保基金使用效率，夯实其作为“多层次医疗保障体系”压舱石的作用，建立价值导向、科学客观、公开透明的医保目录调整机制，营造科学、可预见、数据驱动的医保基金使用规范，助力“健康中国 2030”愿景的实现；

第四、促进商保与医保的进一步融合，尤其在创新药支付方面，调整医保支付标准运行机制、并推动探索风险共担的支付模式与国际接轨，提高患者对创新药物的可及性和可获得感。

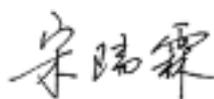
综上所述，构建多层次医疗保障体系是保障持续卫生投入、提升我国人民健康水平的关键，同时创新药产业的发展对患者、医疗卫生系统及社会价值巨大且需要多层次医疗保障体系的支撑。商业健康保险是国家医疗保障体系中重要组成部分，需要秉承“解放思想、实事求是”和“不忘初心、牢记使命”的理念，破除固有思维，不断适应中国经济发展和老龄化社会的演变规律以及人民群众对健康的需求变化，及时调整相关政策；在政府引领下，充分发挥市场的调节作用，使社会得和谐、人民获实惠、创新可持续，使商业健康保险真正发挥社会稳定发展助推器的作用。我们也希望，通过本报告的研究，可以助力我国商业健康险的发展和多层次医疗保障体系的进一步优化。

中国医药创新促进会 (PhIRDA)

会长任晋生

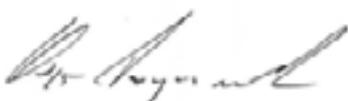


执行会长宋瑞霖



中国外商投资企业协会药品研制和开发行业委员会 (RDPAC)

执行委员会主席安思嘉



执行总裁康韦



专家名单

毕井泉

中国国际经济交流中心常务副理事长

郑秉文

全国政协委员、中国社科院世界社保研究中心主任

李剑阁

孙冶方经济科学基金会理事长

熊先军

原国家医保局医药服务管理司司长

陈文玲

中国国际经济交流中心总经济师、研究员

顾雪非

国家卫生健康委医疗保障研究室主任

刘国恩

北京大学国家发展研究院长江学者特聘教授

朱铭来

南开大学金融学院保险学系教授

商敬国

中国保险行业协会秘书长

Michele Mestrinaro

Global Head of Pricing and Access Policy, Novartis

Joachim Engelhard

Senior Knowledge Analyst in Health Care Practice, BCG

目录

第一章 多层次医疗保障建设背景	1
第一节 我国人民健康水平提升需要持续的卫生投入	1
第二节 构建多层次医疗保障体系至关重要	4
第三节 多层次医疗保障也是创新药产业持续发展的基础	5
第四节 基本医保保障水平有限，需要商保进行补充	7
第五节 多层次保障建设思考的核心问题	11
第二章 国际经验借鉴	12
第一节 主要国家中商业健康险的整体发展	12
第二节 美国商业健康险的发展	14
第三节 德国商业健康险的发展	18
第四节 法国商业健康险的发展	21
第五节 澳大利亚商业健康险的发展	25
第六节 各国政府参与商业健康险市场的方式	27
第七节 国际经验对中国的启示	28
第三章 中国商业健康险现状、挑战与思考	31
第一节 人民群众对商业健康险的多层次需求日益增强	31
第二节 我国商业健康险发展的现状与主要挑战	33
挑战 1 保障需求层次：保障水平不高，且责任边界不清晰	35
挑战 2 保障人群覆盖：高风险和带病人群参保困难	36
挑战 3 城市普惠险发展的可持续性仍待时间检验	37
第四章 多层次保障的政策建议	40
第一节 完善多层次保障的顶层建设	40
第二节 促进商业健康险的可持续发展	41
第三节 完善医保基金的高效使用	43
第四节 促进医保与商保的融合联动	43
附录一 我国商业健康险相关政策梳理	45
附录二 部分国家商业健康保险鼓励政策总结	46
参考文献	47

第一章

多层次医疗保障建设背景

第一节 我国人民健康水平提升需要持续的卫生投入

人民健康是民族昌盛和国家富强的重要标志。改革开放 40 多年以来，我国卫生健康领域发展显著，人均预期寿命从 1981 年的 67.8 岁增长到了 2019 年的 77.3 岁，婴儿死亡率从 37.3‰ 下降至 5.6‰¹，人民健康生活水平得到进一步提高。2015 年 10 月，十八届五中全会首次提出推进健康中国建设，“健康中国”也从此上升为国家战略。为此，《“健康中国 2030”规划纲要》提出我国主要健康指标到 2030 年进入高收入国家行列的目标，并提出了包括癌症五年生存率提升 15% 等一系列关键目标。这需要社会对卫生健康事业的持续投入来实现。相较于世界中等收入以上的主要国家，如韩国、意大利、日本等，以及部分金砖国家，如巴西和南非，我国卫生医疗支出占 GDP 比例仍然较低。

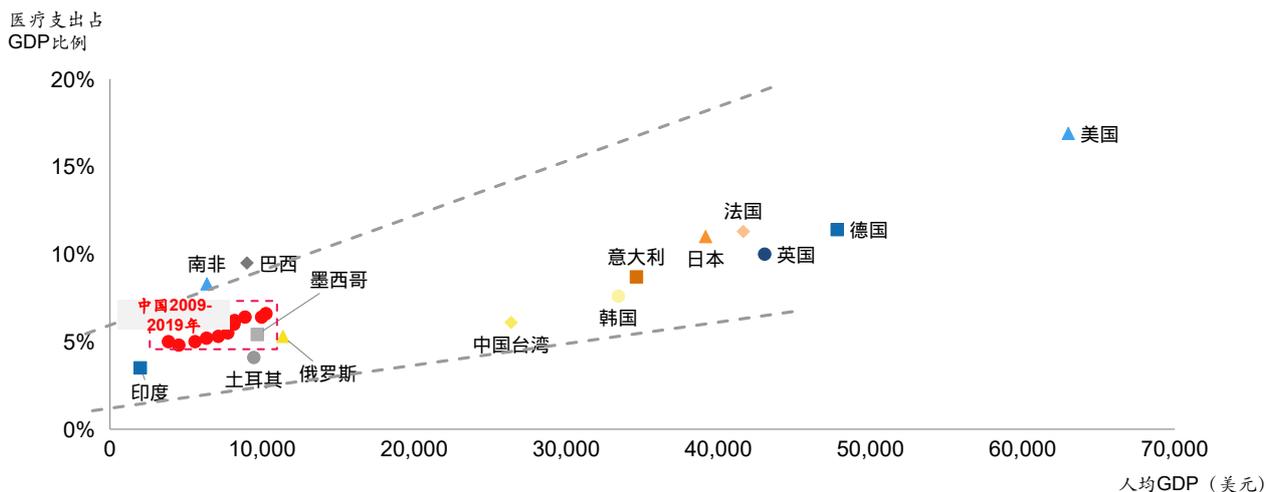
表一：各个国家或地区人均 GDP（美元）与医疗支出占 GDP 比例（%）

国家或地区	国家或地区	人均 GDP（美元，2018年）	医疗支出占 GDP 比例（%，2018年）
金砖国家	印度	1,997	3.5
	南非	6,373	8.3
	巴西	9,001	9.5
	中国	9,977	6.4
	俄罗斯	11,371	5.3
主要发展中国家	印尼	3,894	2.8
	土耳其	9,456	4.1
	墨西哥	9,687	5.4
发达国家或地区	中国台湾	26,376	6.1
	韩国	33,423	7.6
	意大利	34,616	8.7
	日本	39,159	11
	法国	41,631	11.3
	英国	43,043	10
	德国	47,811	11.4
	美国	62,997	16.9

资料来源：World Bank、中国台湾地区卫生部门

综观世界中等收入以上的主要国家，各国卫生支出与经济发展水平密切相关。如图一显示，不同国家的卫生支出占 GDP 的百分比与人均 GDP 呈现近似线性相关的特点。在金砖四国、我国台湾地区 and 人均 GDP 高于 8000 美金、且人口数量高于 5000 万的 15 个国家和地区中，2019 年人均 GDP 和医疗支出占 GDP 比例的线性相关度达到 0.85。其核心驱动因素是，随着经济发展、人民对医疗健康的需求不断增长，且随着经济发展水平的提升，医疗设施基础建设水平也会显著提升。

图一：2018 年各个国家或地区人均 GDP（美元）与医疗支出占 GDP 比例（%）的关系



资料来源：World Bank、国家统计局、卫生健康公报

过去 10 年，随着中国的经济增长，卫生支出占 GDP 比例也显著提升，从 2009 年的 5.0% 提升到 2019 年的 6.6%。我们可以预见，在经济水平持续增长的未来，我国卫生支出占 GDP 的比重将持续增长，以满足经济发展和医疗健康需求的增加。

表二. 2009-2019 年中国人均 GDP 和卫生支出占 GDP 比例

年份	人均GDP (美元)	卫生支出占GDP比例 (%)
2009年	3,843	5.0
2010年	4,520	4.8
2011年	5,595	5.0
2012年	6,349	5.2
2013年	7,124	5.3
2014年	7,750	5.5
2015年	8,148	6.0
2016年	8,189	6.2
2017年	8,879	6.4
2018年	9,977	6.4
2019年	10,261	6.6

资料来源：World Bank、国家统计局、卫生健康公报

同时，卫生支出也与人口老龄化程度密切相关。对比金砖四国、我国台湾地区和世界主要中等收入及以上国家，不同国家的卫生支出占 GDP 的百分比与 65 岁以上人口比例呈较明显的线性关系。意味着老龄化的增长带来人民对医疗健康需求的增加，医疗费用支出占比也将随着老龄人口占比增加而进一步提升。

表三. 各国 65 岁及以上人口占比 (%) 与医疗支出占 GDP 比例 (%)

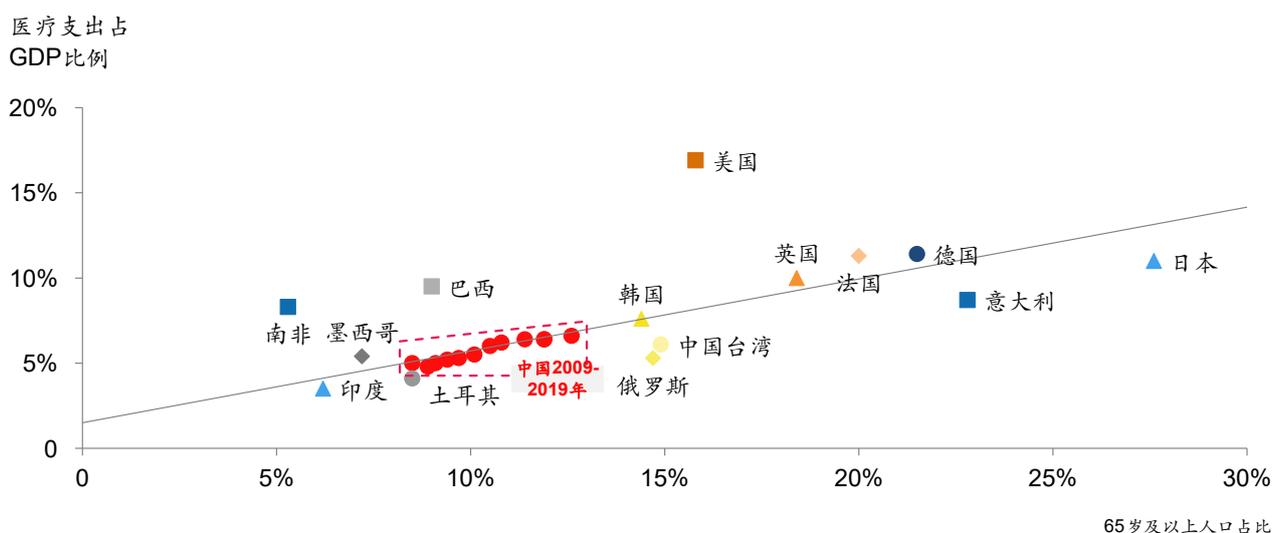
中国历年	65岁及以上人口占比 (%)	医疗支出占GDP比例 (%)	国家或地区	65岁及以上人口占比 (%，2018年)	医疗支出占GDP比例 (%，2018年)
中国2006	7.9	4.5	南非	5.3	8.3
中国2007	8.1	4.3	印度	6.2	3.5
中国2008	8.3	4.6	墨西哥	7.2	5.4
中国2009	8.5	5.0	土耳其	8.5	4.1
中国2010	8.9	4.8	巴西	9.0	9.5
中国2011	9.1	5.0	中国	11.9	6.4
中国2012	9.4	5.2	韩国	14.4	7.6
中国2013	9.7	5.3	俄罗斯	14.7	5.3
中国2014	10.1	5.5	中国台湾	14.9	6.1
中国2015	10.5	6.0	美国	15.8	16.9
中国2016	10.8	6.2	美国	18.4	10.0
中国2017	11.4	6.4	法国	20.0	11.3
中国2018	11.9	6.4	德国	21.5	11.4
中国2019	12.6	6.6	意大利	22.8	8.7
中国2020	13.5	/	日本	27.6	11.0

注：对比国家或地区包括我国台湾地区、主要发展中大国和人均 GDP 高于 8000 美金，且人口数量高于 5000 万的中高收入国家

资料来源：中国统计年鉴、World Bank、中国台湾地区卫生部门披露

中国老龄化也在加速。2021 年第七次人口普查数据显示，过去十年（2010-2020 年）我国 15 到 59 岁之间的劳动人口占比从 70% 下降到了 63%，60 岁以上人口占比从 10 年以前的 13.3% 提高到了 18.7%，65 岁以上人口占比从 8.9% 提高到了 13.5%。以中国养老精算报告 2019 年的数据为基础，预测到 2025 年劳动人口总量（和占比）将进一步下降，而 65 岁及以上人口比例将进一步上升到 15.6%，人口老龄化形势严峻。

图二：2018 年各个国家 65 岁及以上人口占比 (%) 与医疗支出占 GDP 比例 (%) 的关系



本报告综合考虑经济增长趋势与老龄化因素，对中国未来的医疗卫生费用需求进行预测。首先，《国民经济和社会发展第十四个五年规划和 2035 年远景目标纲要》中对 GDP 的目标为“在质量效益明显提升的基础上实现经济持续健康发展，增长潜力充分发挥，国内生产总值年均增长保持在合理区间、各年度视情提出”。综合国际货币基金组织等机构对中国 GDP 的预测，本报告预计中国人均 GDP 的年均增长率将保持在 6.4%。

参考其他国家经济发展水平和老龄化与医疗卫生支出的线性关系，预计中国医疗卫生总费用可能从2019年的6.5万亿元增长到2025年的10.9万亿元，占GDP比例从6.6%增长到7.6%。人均医疗卫生支出从2019年的大约4612元，增长到2025年约7700元的水平。

表四：中国老龄人口比例和医疗卫生支出预测

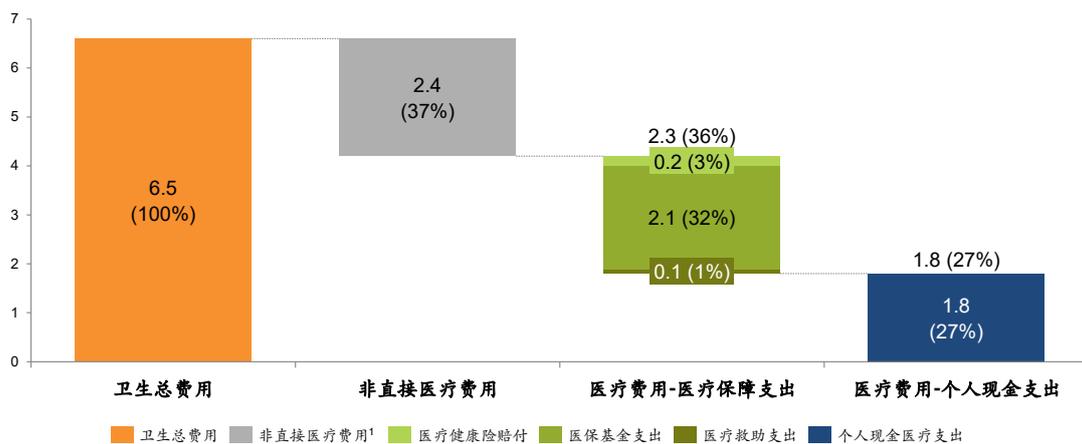
年份	GDP (万亿元)	人口 (亿人)	65岁以上人口占比	人均GDP (元)	卫生支出占GDP比例	卫生总支出 (万亿元)	人均卫生支出 (元)
2019	99.1	14	12.6%	70,776	6.6%	6.5	4,700
2020	105.4	14	13.5%	75,074	6.8%	7.2	5,105
2021	112.2	14.1	13.9%	79,664	7.0%	7.8	5,545
2022	119.4	14.1	14.3%	84,568	7.1%	8.5	6,021
2023	127.0	14.1	14.7%	89,808	7.3%	9.2	6,538
2024	135.1	14.2	15.2%	95,408	7.4%	10.1	7,098
2025	143.8	14.2	15.6%	101,395	7.6%	10.9	7,706
复合年均增长率	6.4%	0.2%	/	6.2%	/	8.8%	8.6%

资料来源：中国统计年鉴、国际货币基金组织、中国社科院世界社保研究中心数据库、BCG 分析

第二节 构建多层次医疗保障体系至关重要

中国2019年卫生总费用约6.5万亿人民币，其中直接医疗费用支出约为4.1万亿元（除去公立医疗机构投资、商业健康险非赔付部分保费、基本医保结余等非直接医疗费用2.4万亿元），其中约2.3万亿为医疗保障体系支出（包括基本医保和商业健康险），约占总费用的35%。医疗保障支出是卫生支出的关键组成部分，也是保障人民群众医疗健康水平的关键。

图三：中国2019年卫生总费用中各组成部分占比（单位：万亿人民币）



注1：非直接医疗费用主要包括医疗机构投资、公共卫生支出、医保基金结余等

资料来源：2019年卫生健康事业发展统计公报、2019年医保事业发展统计快报、银保监会公开数据、BCG 分析

然而进一步分析可发现，医疗费用支出中，个人现金支出仍占到约44%的水平，而医疗保障性支出仅占约56%（医保基金支出约50%，医疗健康险赔付约5%，医疗救助约1%）。个人现金医疗支出仍有较大压力，中国医疗保障支出在整个卫生支出中的

占比仍处于较低的水平。

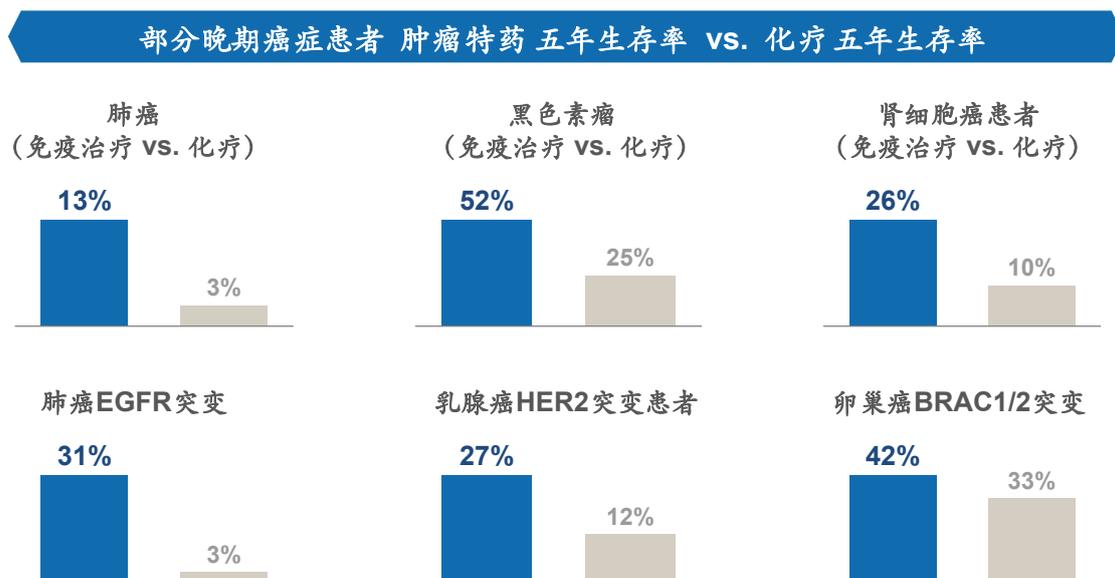
医疗保障作为深化医药卫生体制改革的主要任务之一，在保障人民群众健康方面发挥着重要的基础性作用，其中，构建多层次医疗保障体系是重要目标。《健康中国 2030 规划纲要》明确提出，要健全以基本医保为主体、其他多种形式补充保险和商业保险为补充的多层次医疗保障体系。2021 年 6 月，医疗保障局公布《医疗保障法（征求意见稿）》，进一步从立法上明确“国家建立以基本医疗保险为主体，医疗救助为托底，补充医疗保险、商业健康保险、慈善医疗救助等相互衔接、共同发展的医疗保障制度体系”。从法律角度形成了构建多层次医疗保障体系的稳定基石。

第三节 多层次医疗保障也是创新药产业发展的基础

创新药的价值巨大

创新药对患者、医疗卫生系统及社会均可以带来多重价值，可以体现在：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；同时创新疗法如靶向治疗、活细胞提取药物、免疫疗法、CAR-T 细胞治疗及 CRISPR 基因编辑等也为延长患者生命提供了新的可能。例如，在肿瘤领域，靶向药、免疫治疗等创新疗法相比传统化疗对患者五年生存率有显著提升。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，因此提升创新药可及性有助于实现 2030 健康中国的目标。

图四：部分晚期癌症患者肿瘤创新药和化疗五年生存率对比



相比于传统的治疗手段，许多创新性药物都体现出了更好的经济性。许多创新疗法可以帮助患者避免手术治疗、住院治疗、长期护理，从而减少医疗花费。据美国国会预算办公室测算，处方药的处方量每增加 1%，Medicare 整体医疗服务支出（针对老年人的医保）就会降低 0.2%。经过多轮谈判，2020 年，我国医保目录谈判纳入的药品中尚有 90 个西药品种在专利期内，当年医保支出约 370 亿元。若按照美国经验估算，这些创新药的准入为医保基金节省了约 70 亿元空间。

以常见的糖尿病和心血管疾病为例，尽管单病医疗费用可控，但是疾病控制不达标会造成很多本可以预防的合并症/并发症出现，带来高昂的治疗费用，甚至造成患者死亡。

由于传统药物的疗效不佳或使用不便等因素，患者用药依从性不足、疾病管理不当、疾病风险和负担增加。而创新药物能够提高用药依从性、治疗安全性、综合达标率、降低并发症（如心血管疾病风险）、优化疾病管理，从而在保证患者安全的前提下减轻医疗费用的负担。

创新药物的经济价值还间接地体现在医疗体系之外。创新药物的普及可以降低疾病带来的社会成本，比如部分恢复患者的正常工作能力、提高生产力等。以某项类风湿性关节炎患者登记研究显示，疾病会导致患者严重的劳动力损失，而接受某生物制剂治疗的患者每年可延长31周的工作时间，平均收入能够比接受传统治疗的患者增加2.6万欧元；再以某精神类疾病为例，发表在《美国精神病学报》的研究显示，在美国，相关疾病的药物治疗虽然每年需要花费65亿美元，但因此节省的其他间接成本高达87亿美元，超过了直接的治疗开支费用。

创新医药产业发展也是我国重要的政策方向

《中国制造2025》、《国务院关于实施健康中国行动的意见》、《国民经济和社会发展规划十四五规划》均把生物医药产业明确为我国战略发展的重点方向，是我国经济发展的新动能。2020年全球销售额排名前30的制药企业中没有中国企业的身影出现，而美国企业有11家、日本有5家、德国有3家⁴，我国距生物医药产业发展强国的目标尚有差距。

2016年国务院《关于促进医药产业健康发展的指导意见》指出“医药产业是支撑发展医疗卫生事业和健康服务业的重要基础。大力发展医药产业，对于深化医药卫生体制改革、推进健康中国建设、培育经济发展新动力具有重要意义”，并具有战略性地指出“全球医药科技发展突飞猛进，医药产业深刻调整变革”，提出“推动提升我国医药产业核心竞争力，促进医药产业持续健康发展”的关键目标，并明确我国政府的主要任务包括“完善价格、医保政策，营造良好的市场环境”，“根据医保基金承受能力，及时将符合条件、价格合理、具有自主知识产权的药品、医疗器械和诊疗项目按规定程序纳入医保支付范围。”

2017年中共中央、国务院《关于深化审评审批制度改革鼓励药品医疗器械创新的意见》指出“我国药品医疗器械科技创新支撑不够，上市产品质量与国际先进水平存在差距”，提出“及时按规定将新药纳入基本医疗保险支付范围，支持新药研发”的指导意见，要求各地区各部门结合实际贯彻落实。

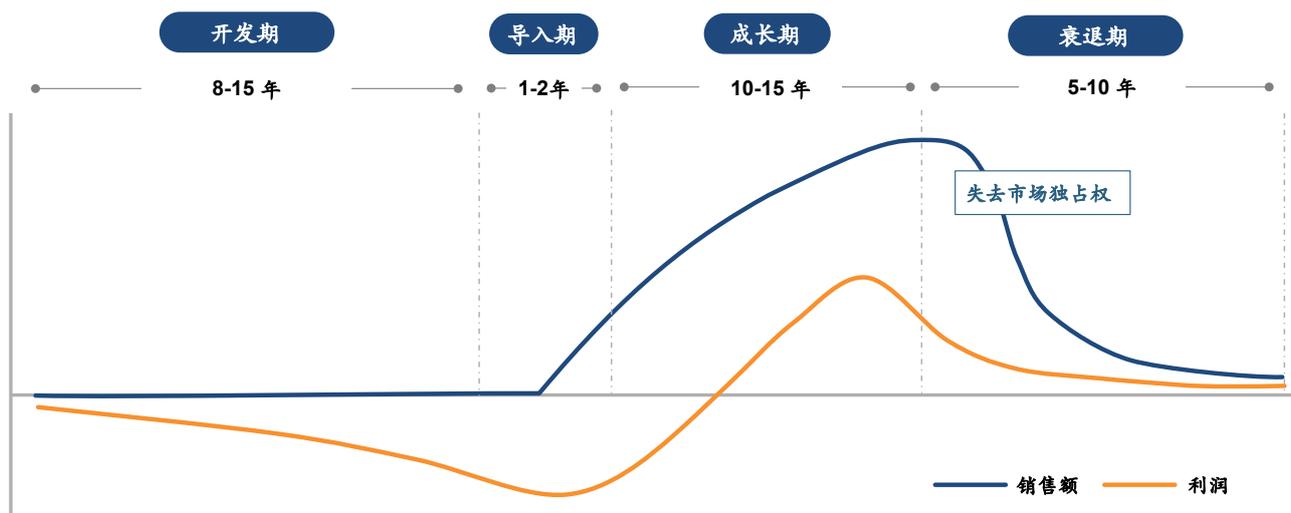
我国的制度优势之一体现在各政府部门统一目标、集中力量办大事、办难事。我国政府在抗击新冠疫情上的表现再次证明制度优势，中国可以做到在短期内调动大量政府行政资源形成合力。虽然新冠疫情这样的公共卫生突发事件再次彰显了中国的制度优势与政府能力，但也凸显出了中国生物医药产业在创新疫苗技术、药物研发的薄弱之处。

近年来众部委均在全力支持医药创新。如国家药品监督管理局（原食药监总局）开展药审改革，持续推进药品审评审批速度；科技部开展国家科技重大专项推动新药研发；科创板允许未盈利生物医药公司挂牌上市等。这些政策措施均对医药创新起到正向的推动作用。针对创新药的支付体系建设，包括国家医保局的作用，应在中国生物医药产业发展中贡献更重要的力量。

创新药产业持续健康发展需要与其匹配的支付水平

医药创新及产业发展的基础是长期、持续的药物研发投入。从药物研发的根本逻辑上看，一个创新药的完整生命周期可以分为开发期、市场导入期、成长期以及衰退期，这是创新医药产业发展的客观规律。由于创新药研发投入大，典型药品成熟市场中，成长期之前创新药的利润为负的投入期，随着创新药的销售额逐渐上升，直至成长期中段一款创新药才能达盈亏平衡点。因此，创新药需要在上市后的相当长时间内维持一个合理的价格水平，才能收回研发成本。

图五：成熟市场药品各生命周期的销售额和利润水平



为了保证创新药物的合理价格水平，绝大多数发达国家在医保谈判中，以药品价值为导向进行支付定价，在药品生命周期的不同阶段采用不同的支付原则。其中在专利期采用多维度综合价值评估为主，而在仿制药上市后采用阶段性降价和竞争性比较。同时，对于社会医保覆盖不足的部分，商业医疗保险对于创新药的支付还会进行一定程度的“补充”。这使得创新药在国际市场能够在专利期内较长一段时间维持较高的价格水平，创新药企业实现了前期研发投入的回报，会持续有动力投入进行新一轮的创新研发。

但在中国，随着我国创新药审批加速（2020 新药 NDA 审评周期可缩短至 12 个月，达到美国 FDA 水平）和医保目录动态调整（2020 年起每年调整），国家医保目录谈判产品中，市场上流通已久的“老药”逐渐被新上市的“创新药”取代，而这些创新药不仅对于中国市场是“全新”的，在国际市场上也是上市周期在 3 年以内的“新药”相比（2017 年，医保谈判成功产品的全球获批与我国医保谈判时间差中位数为 13 年），正处在产业的“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。然而。由于医保谈判降价显著，同时中国的药品专利维持时间较短，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；创新药“支付体系”无法形成有效的创新激励，无法对可持续的创新药物研发产生良性闭环。我国现有的医保体系在基金筹措方面上升空间受限，其支付能力受到多方掣肘；同时，考虑到我国的商业健康险市场成熟度与主要发达国家市场仍有较大差距，支持创新药产业研发的生态闭环亟需得到“多层次医疗保障体系”和“多元医疗保障支付方”的支撑。因此，在医保为创新药主要支付方的现状下，发展商业健康险等医保以外的支付渠道，对创新药的持续健康发展至关重要。

第四节 基本医保保障水平有限，需要商保进行补充

中国基本医疗保险制度自建国后，特别是改革开放后不断发展改革，经历了不同阶段，包括传统医疗保障制度的转型探索期、新基本医疗保障制度的试点构建期和全民医疗保险制度的发展完善期。

基本医疗保险制度的改革与发展为推动国民健康做出了卓越贡献，具体体现在四个方面。一是覆盖人口快速增加，截止到 2020 年，全民基本医保体系覆盖 13.61 亿人，覆盖率从 2001 年不到 6%，至 2007 年 50% 左右，目前基本实现全覆盖。二是筹资水平大幅度提高，例如城镇职工医疗保险基金年度收入从 2001 年的 354 亿元，至 2020 年已达到 15732 亿元，人均筹资水平从 2001 年的 476 元，到 2020 年已达到 4560 元。

三是保障范围逐步扩大。由单一住院统筹向门诊、住院综合统筹发展，建立重特大疾病保障和救助制度，减少“因病致贫”现象，用药范围进一步扩大。四是调整制度常规化。自2018年国家医保局成立后，医保局逐步建立医保目录动态调整机制，创新药品通过国家谈判被纳入，实现调整常规化、制度科学化。

基本医疗保障为主体，筹资规模平稳发展。过去数年，医保的人均筹资水平与经济发展速度高度相关。同时筹资水平也面临诸多挑战，如城镇职工医保的退休人员不缴纳费用，及城乡居民中个人缴纳部分较低，主要依靠财政补贴等问题，这些也是2020年2月《关于深化医疗保障制度改革的意见》中提出未来将探索解决的方向。因此，基本医保的基金收入增长在未来将趋向平稳，若保持与经济发展水平的相关关系，则到2025年可增长到约4万亿元的水平，占我国卫生总费用的比例约为37%。

相比发达国家，中国的人均基本医保支出较低，仅相当于欧洲发达国家的约1/10-1/15。即使到2025年，若医保支出达到约4万亿水平，中国的人均医保支出仍然明显低于发达国家。这意味着我国基本医疗保障水平不够充分的矛盾将长期存在，急需其他的筹资来源进行补充。

表五：各个国家人均社会医疗保险支出

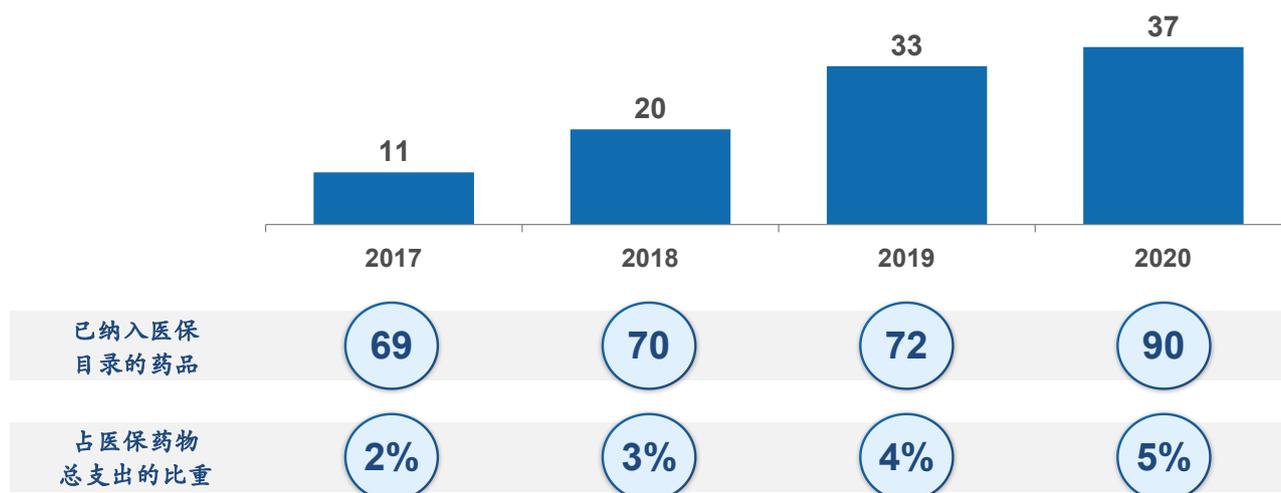
	国家	人均社保支出（2018年，美元/年）
金砖国家	中国	267
	巴西	365
	俄罗斯	357
	印度	19
	南非	225
其他主要发展中国家	印尼	55
	墨西哥	264
	土耳其	301
发达国家	法国	3622
	德国	4142
	英国	3357
	意大利	2229
	日本	3618
	韩国	1524

注：本表人均社保支出数据由各国GDP*医疗卫生支出占GDP比例*OECD所披露的2018年各国政府及强制型保险占医疗卫生支出比例，计算得出；中国数据根据医保局披露基本医保支出和参保人数，综合计算得出
资料来源：OECD、World Bank、国家医保局

以创新药为例看医保保障水平的有限性

从2017年开始，我国每年都对国家医保目录进行调整，逐步建立了动态调整机制，越来越多的创新药被纳入国家医保目录。以专利西药统计，从2017年到2020年，国家医保覆盖的专利西药的数量从69个品种提升到90个品种（包括化药与生物药），据测算，国家医保对于专利西药的支出从110亿人民币/年提高到370亿人民币/年，专利西药支出占国家医保药品总支出的比例也提升到了5%的水平，国家医保对于创新药支付的支持进一步提高了创新药的可及性。

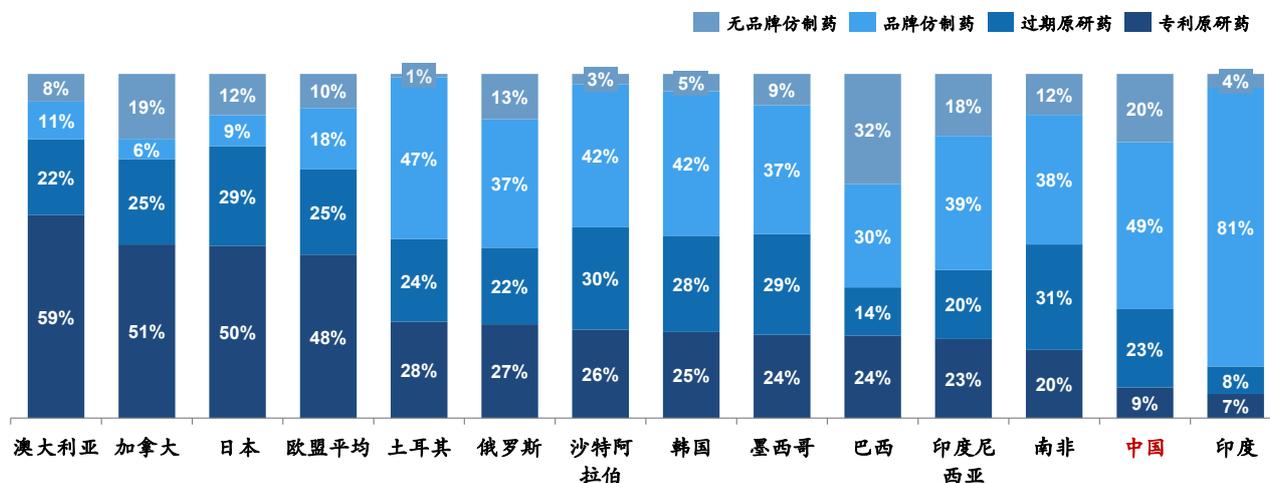
图六：医保专利药支出（人民币 / 十亿）



注：所统计药品为当年仍在专利期的医保专利药品，以年初数量计
数据来源：米内网，医保药品目录，案头研究，BCG 分析

虽然国家医保目录的调整提升了创新药的可及性，但总体来看，我国药品费用中创新药占比并不高。2018 年按产品种类划分的处方药市场销售数据显示，专利原研药占中国药品费用 9%。目前欧美国家专利药的费用比例已经达到了 40% 以上，土耳其、俄罗斯、墨西哥、巴西、印度尼西亚、南非等人均 GDP 与中国近似或低于中国的国家，其专利药费用占比也超过了 20%。创新药在中国的可及性还有较大的改善空间。

图七：2018 年按产品种类划分的处方药市场销售情况



资料来源：IQVIA, BCG 分析

自 2016 年起，国家每年都会对通过谈判纳入一些药品进入国家医保药品目录，一些药品则因谈判结果不理想，而无法进入医保，如 2019 年新增品种的谈判成功率仅 59%。影响许多临床疗效突出的创新药纳入国家医保目录的主要原因包括：

- 在国家医保目录调整的谈判中无法对价格达成一致。很多时候药企面临的矛盾是担心中国过低的价格影响全球价格体系。
- 对医保基金预算影响较大或不确定性高。

综上所述，构建多层次医疗保障体系是保障持续卫生投入、提升我国人民健康水平

的关键，同时创新药产业的发展对患者、医疗卫生系统及社会价值巨大且需要多层次医疗保障体系的支撑。因此，通过多层次保障解决创新药支付问题刻不容缓，其对于国家鼓励创新药发展、提升创新药可及性至关重要。

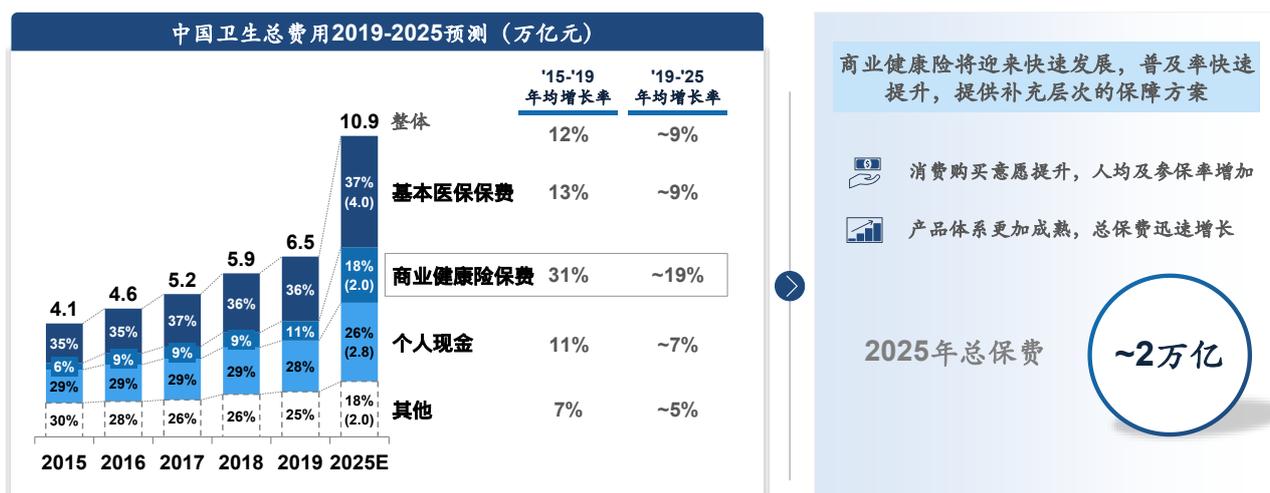
商业健康险成为重要补充。在中国构建多层次医疗保障体系的大背景下，商业健康险预计将成为推动“多层次医疗保障体系”的主要增长动力。在过去的5年间，商业健康险保费（包括企业补充医疗保险）收入从2015年的2411亿元，增长到了2019年的7066亿元，年增长速度达到31%，与基本医保筹资的比例从1:4.6上升至1:3.3，成为支持医疗保障体系建设的中坚力量。其主要驱动力量是消费者保险意识的显著提升，以及产品的多样化，规模化。

在2020年初，中国银保监会等13个部门联合发布的《关于促进社会服务领域商业保险发展的意见》中提出到2025年商业健康险保费规模力争超过2万亿元的目标。未来中国经济发展持续增长将带来保险消费意识的持续提升，加上政府对商业健康险的高度重视，若保持约19%的年均增速，则在2025年就可以达到保费2万亿的目标。经初步估算，可支撑卫生总费用中18%的来源，成为医疗保障中的主要贡献者。

慈善医疗救助等共同发展。在基本医疗保障有限，且商业健康险难以对困难群体进行深入覆盖的情况下，基于社会捐助体系的慈善医疗有其现实需要。根据中国慈善联合会发布报告显示，2019年我国从事医疗类的慈善组织有536家，医疗健康领域的慈善捐助额在330亿元左右，开展医疗救助、医疗服务、药品器械捐赠已成为医疗类慈善组织的活动重点。慈善医疗救助将与商业健康险等保障共同发展，成为多层次医疗保障体系的重要组成。

医疗救助兜底：目前我国对农村贫困人口医疗救助覆盖主要以各级政府财政出资、对重大疾病的补助为主。2019年各级财政支出502.2亿元，占医疗总费用比例小于1%。在多层次医疗保障体系下，医疗救助将继续承担对困难群众医疗保障的“托底”角色。

图八：2015-2019年中国卫生总费用及各渠道占比及预测



资料来源：财政部、卫生健康公报，银保监会，BCG分析

第五节 多层次保障建设思考的核心问题

国务院《关于深化医疗保障制度改革的意见》明确提出“到2030年，全面建成以基本医疗保险为主体，医疗救助为托底，补充医疗保险、商业健康险、慈善捐赠、医疗互助共同发展的医疗保障制度体系”。建设“多层次医疗保障体系”的规划已有框架性的顶层设计。那么具体中国的多层次医疗保障应如何发展，还有如下的问题值得进一步思考

第一、从需求层次上，商业健康险（包括补充医疗保险）应保障哪些需求？这些需求是人民对于高层次生活品质的需求，还是需要覆盖一些人民广泛迫切的、影响生命健康和生产力、生活质量的需求？

第二、从人群层次上，商业健康险应保障哪些人群？基本医保对人民群众的覆盖不会根据其自身身体状况（如健康、高患病风险、带病人群）做差异性对待，那么商保是否也应该覆盖这些人群？

第三、政府应如何参与多层次医疗保障建设？构建多层次医疗保障体系是全社会共同的任务，政府也参与其中。那么政府是否应参与商业健康险市场，应在哪些领域参与，如何参与？

本报告致力于通过国际经验研究，寻找对中国的借鉴，并结合中国实际情况提出建议。

第二章 国际经验借鉴

第一节 主要国家中商业健康险的整体发展

商业健康险（指代广义非强制参保的私人健康保险）在众多的国家卫生支出中扮演了重要的作用。世界卫生组织“European Observatory on Health Systems and Policies 欧洲卫生体系与政策观察”的报告中总结到，商业健康险对医疗保障体系主要起到两大作用。其一、商业健康险参与到医疗保障中可以提升效率，并给予消费者更多的选择；其二、在财政资金有限的情况下，通过商业健康险来降低个人现金卫生支出；其三、商业健康险可以起到为社保扩大规模与提升保障水平铺路的作用。

从需求层次保障上看：根据“European Observatory on Health Systems and Policies 欧洲卫生体系与政策观察”对中等和高等收入国家的商业健康险总结，商业健康险主要扮演以下四类作用：

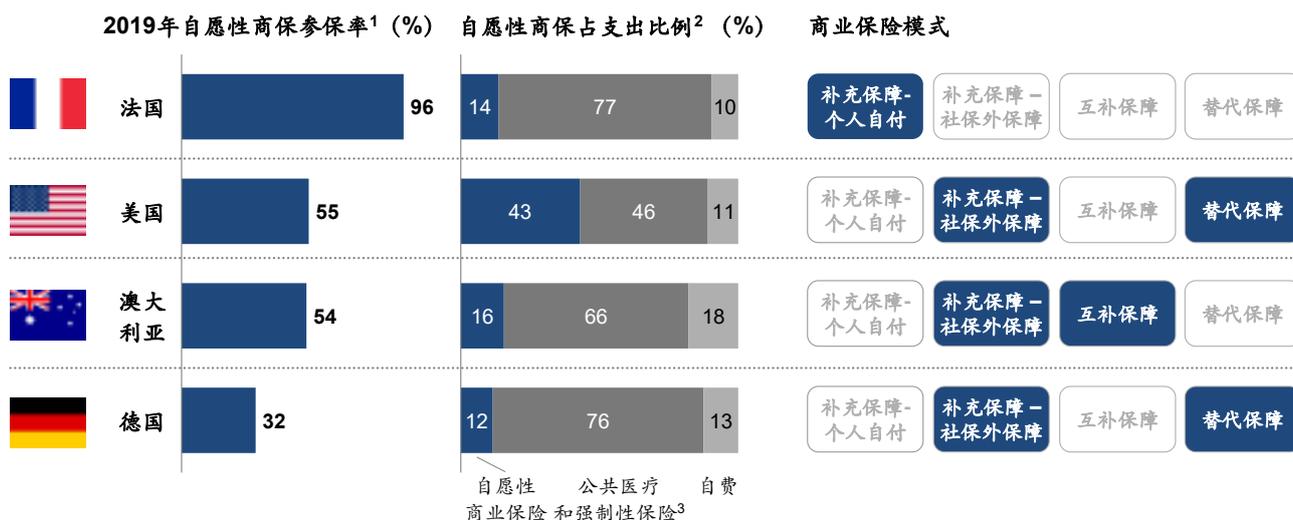
图九：欧洲主要商业健康险保障类别和范围



资料来源：European Observatory on Health Systems and Policies, OECD, BCG 分析

在主要商业健康险市场上具有代表性的国家中，商业健康险的主体覆盖责任有所不同。

图十：不同国家自愿性商业健康险参保率、支出比例及商业保险模式



从人群层次保障上看：健康人、高患病风险人群（老年人等）和带病人群的潜在卫生支出需求看具有明显的差异。

表六：人群层次及产生医疗费用高低及概率

人群层次	人群描述	既有医疗费用	未来产生医疗费用的概率
健康人	近期未曾患病的人群，且没有高致病风险因素的人群	基本没有	较低
高患病风险人群	具有高致病风险因素的人群，如老年人，短期内有过住院历史的人群、患有良性肺结节的年轻人等	较低	较高
带病人群	患有慢性病或重疾	较高	100%

在自由市场中，商业健康险市场可以很大程度地通过“企业团险”形式实现对就业人群（包括其配偶和子女）的医疗保障覆盖，包括健康人、高风险人群和带病人群。因为在一个企业中，高风险人群和带病人群更高的赔付责任被分摊到所有员工。

但在个人自由参保市场中，很容易出现“市场机制失灵”的问题，导致高患病风险人群和带病人群无法参保，而恰恰他们是对卫生体系负担最重、最需要医疗保障的人群⁶。“市场机制失灵”来源于以下两个主要原因：

一、逆向选择：身体健康不太患病的群体一般不愿意自愿到保险公司购买商业健康险；而恰恰是身体不太健康易生病的群体更愿意购买商业健康险。由此造成保户的总体健康水平更低，保险公司赔付风险大大高于按照正常人平均得病率所收取的保费。长此以往，在缺乏健康人群投保情况下，保险产品将变得难以持续。

二、风险选择：保险公司通常希望降低赔付风险，因此按照一定标准对投保人的风险进行审核评估，以排除不合格的投保人，防止不可保风险的介入。但这也造成了高风

险群体，如老年人、有既往病史人群等，需花费大大高出健康人群的保费才能获得保障，或面临保障降低、或被直接拒保的情况。

因此，在个人自愿参保市场，可以从以下三点观察商业健康险对高风险人群和带病人群的覆盖情况：

- 高风险人群和带病人群是否可参保
- 健康人参保后是否可保证续保
- 保费是否根据个人的身体健康状况进行调整

若该国的主要商业健康险允许高风险人群和带病人群参保，且个人保费不因个人健康因素做较大调整，或允许健康人在患病后保证续保，则可以认为该国的商业健康险对于高风险人群会和带病参保人有较好的覆盖。

第二节 美国商业健康险的发展

美国医疗保障制度概况

美国医疗保障体系以商业健康险为主导，覆盖大约 55% 的人口（其中雇主险占比 49%，个人险占比 6%）；其次为政府主导的 Medicare 计划和 Medicaid 计划，分别覆盖约美国 17% 和 18% 人口；另外 2% 人口的保障计划由美国军队所提供；仅剩余约 8% 的人口不持有健康保险计划。从健康保险支出的角度来看，美国 2016 年健康保险总支出约 2.4 万亿美元，其中商业健康险支出占比 48%，Medicare 支出占比 28%，Medicaid 占比 24%。

表七：美国主要医疗保障类别

保障类别	保障人群	保障性质	覆盖人口比例
雇主医疗险	就业人群，大部分包括家庭参保	商业保险	约49%
个人医疗险	个人自愿参保	商业保险	约6%
Medicare	65岁以上老年人，或长期终末期肾病患者	多层次：由CMS运营的社会保险，可购买商业补充保险，或购买Medicare Advantage计划替代CMS运营的社保	约17%
Medicaid	低收入人群、残疾人等	社会保险，由政府或商业健康险公司运营	约18%
军队医疗保障	现役和退伍军人及家属	政府运营保障	约2%

美国医疗保障体系中不同人群层次的覆盖情况

美国是相对自由的商业健康险市场，纵观美国商业健康险的发展历史，“企业团险”实现了对就业人群，包括健康人、高风险人群和带病人群的保障覆盖。二战之后，由于市场劳动力出现较大短缺，以及较高的通货膨胀，美国通过了“1942 Stabilization Act”限制企业为员工支付过高的工资。但是，当时企业为员工购买医疗福利不仅不受限，还可以免税，因此大力推动了企业提供员工医疗保险，也由此奠定了美国健康保险体系以雇主为主的结构。美国的企业团险覆盖率从二战前的约 10%，提升到 1955 年约 70%，尽管当时的大部分保障仅覆盖住院费用。

但在美国自由发展的商业健康险市场上发生了“市场机制失灵”问题，缺乏工作和经济来源的老年人群以及低收入人群无法形成有效保障。到 1960 年代，老年人、残

疾人等弱势群体缺乏保障的问题逐渐引起社会广泛关注，于是通过政府介入建立基于社会保障的 Medicare 和 Medicaid，结合社保筹资加个人筹资的方式解决老年人、残疾人等弱势群体的参保问题。美国国会在 1960 年代通过了《Social Security Act 社会保险法》，其中第 18 章和第 19 章分别提出建立了 Medicare 计划（针对老年人）和 Medicaid 计划（针对低收入群体）。

根据法律规定，参保人在 65 岁前持续缴纳 Medicare 医疗保险税超过 10 年（以及长期终末期肾病患者），即可在 65 岁以后享受 Medicare Part A 部分的报销（覆盖医院住院部分费用）⁷。同时，参保人还需要缴纳每个月 105 美元的保费，来保障 Part B（门诊部分的服务费用）。

另外，美国自由市场中商业健康险的“市场机制失灵”还体现在带病人群无法参保上，最终通过政府的参与进行解决。在美国，2010 年前由于广泛地存在保险公司针对个人参保的“风险选择”问题，带病人群很难参与医疗保障。在 2010 年，美国仍有约 17.8% 非老年人口没有医疗保障，这样的社会问题也引发广泛的关注。2010 年，在奥巴马政府的推动下，美国通过“Affordable Patient Act”法案，这是美国自 1965 年 Medicare 和 Medicaid 计划立法后最具突破性的医疗保障法案，旨在提升美国的整体健康险参保率，尤其是弱势群体的参保。在全文 1000 多页的法案中，有对商业健康险的参保和承保的各项要求，并在之后的数年内进行更新，其中影响较大的规定包括：

一、政府对保险产品背书：由联邦政府和州政府建立“Exchange”（健康险交易平台），消费者可以在“Exchange”（包括互联网平台、电话、线下销售渠道）上选择并直接购买经过政府筛选并核准的产品。此举目标是降低商业健康险公司的营销费用，并增强消费者对保险产品的信任。联邦政府同时要求能够放在“Exchange”平台上销售的产品必须至少包括 10 项基本保障（包括住院费用、妇产费用、救护车服务等），每个州政府可以在此基础上进行添加。

二、鼓励民众参保：所有未参保商业健康险的美国人必须购买一款政府指定范围内的商业健康险，否则就需要罚款。通过将更多的健康人纳入到保险池中，降低赔付的整体负担。

三、鼓励企业参保：要求大企业（50 名员工以上的企业）必须为员工提供健康险，否则就需要罚款。对为员工提供健康险的小企业提供税收优惠或补贴⁸。

四、对保险公司加大要求：对各个保险保险产品条款增加监管，要求在“Exchange”上销售的产品企业不可根据带病情况拒保，带病参保人的保费价格不可因为其疾病情况作出调整，仅能根据年龄作出调整，且调整范围有所限制。对健康险的赔付率（Medical Loss Ratio）提出要求：如对于大企业赔付率应高于 85%，小企业和个人参保赔付率应高于 80% 等。这样的赔付率要求基本符合美国大型商业健康险公司的赔付水平。

五、帮助保险公司控制风险：由于广泛加入带病参保人，许多保险公司普遍担心赔付风险过高。因此，在 2014-16 阶段，美国政府为保险公司提供“风险走廊”补偿，即参与“Exchange”的保险产品，如果赔付风险超过一定保费规模，则由政府支付超赔部分的 50-80%。同时，政府采用“风险转移”的方式，向普通团险的保险企业收取税收，补贴参与“Exchange”的保险企业。

在此法案推动下，美国商业健康险未参保率（非老年人）从 2010 年的 17.8% 下降到 2016 年的 10.0%。此后，由于特朗普政府对医改的投入减少，未参保率在 2019 年又回升到约 10.9%，但总体来讲奥巴马医改对美国弱势群体的医疗保障起到了非常积极的作用。

表八：美国历年0至64岁人群未参保商业健康险比例

年份	未参保人数 (百万人)	占0-64岁人口比例
2008	44.2	17.1%
2009	45.0	17.3%
2010	46.5	17.8%
2011	45.7	17.4%
2012	44.8	17.0%
2013	44.4	16.8%
2014	35.9	13.5%
2015	29.1	10.9%
2016	26.7	10.0%
2017	27.4	10.2%
2018	27.9	10.4%
2019	28.9	10.9%

资料来源：KFF analysis of 2008-2019 American Community Survey, 1-Year Estimates.

但同时，政府的深度参与和对商业健康险市场的详细规定也带来诸多问题。如通过“风险转移”收取的商业健康险公司的费用被企业转嫁到普通团险产品上，普遍提升了企业团险的价格，造成广泛不满。对个人强制参保（不参保则需要罚款）的政策也受到不少不愿意参保人群的反反对，在2019年特朗普政府的推动下该项规定被废除。

Medicare 体系中商业健康险需求层次的定位

由于美国的 Medicare 保险基本为全民覆盖，与中国的社保类似，所以我们对 Medicare 体系进行着重介绍，来看 Medicare 体系中商保的作用。Medicare 保障又分为五种：

- 传统 Medicare：由美国 CMS（Center of Medicare and Medicaid Services）进行直接管理的 Part A 和 Part B：覆盖住院费用和门诊服务费用；
- 由商业健康险公司提供的 Part C（Medicare Advantage）。消费者可在传统 Medicare 和 Medicare Advantage 间自由选择。其保障至少需覆盖传统 Medicare 的内容。若消费者选择 Medicare Advantage，则 CMS 将该消费者的保费转移到商业健康险公司。若保障费用高于转移保费，则消费者需要额外支付超额部分；
- 由商业健康险公司提供的 Part D，对 Part A 和 B 不覆盖的门诊处方药费用进行保障。

表九：美国 Medicare 主要保障分类

	Medicare				
	Medicare Part A	Medicare Part B	Part C	Part D	Medigap
覆盖人群	自愿参保由CMS运营的Medicare保障		自愿参保商保公司 Medicare保障	自愿购买	已经参与Part A+B或Part C后自愿购买
覆盖范围	住院治疗、护理治疗、疗养院护理、居家照顾、临终关怀等	体检、护理实验检测（X光片、血液检测等）、医疗用品（轮椅、住院病床）、矫正器及假肢、救护车使用、心理健康治疗	作为替代A+B部分的商业性医疗保险计划（包含相同的服务内容），还包括预防性治疗及处方药、牙科、眼科	门诊处方药	补充Part A及B覆盖需要个人支付项目部分的报销，海外旅行险
人均保费（美元/年）	免费	1260	根据保险公司不同而不同	84~1068 平均约396	平均约1,712
覆盖人数（百万人）	56	53	22	47	14

Medigap 和 Part D 的主体是在基本的 Part A 和 B 基础上的补充层保障，许多保障内容都可以看做是较为基本的保障。在 2006 年前，Medicare 仅覆盖 Part A 和 B 的住院及门诊诊疗服务费用（不包含药费）。但随着慢性病发病率逐步上升，慢性病的门诊药费逐渐成为老年人非常重要的负担，其中包括很多肿瘤、糖尿病、高血压相关的口服用药。因此美国在 2006 年通过了“Medicare Modernization Act”，启动了 Medicare Part D 计划，对门诊处方药药费进行覆盖。截止 2016 年，D 计划的参保率在 Medicare 参保人中达到 60%。

对于 Part D 这样受惠面广，需求基本的保险产品，美国采用政府出资、药企出资和个人筹资三种结合的商保形式，以合作和共付机制实现对 Medicare 中处方药赔偿的费用管控。该计划由商保公司所承保，但联邦和州政府予以补贴，药企也予以较大价格的优惠。以 2016 年为例，在 Part D 计划的全年筹资中，75% 由 Medicare 基金补贴，11% 由州政府出资，14% 由个人支出所承担。这其中个人支出部分的多少根据参保人的收入而定，高收入人群所需负担的标准费用相应更高。同时，对于保险中层覆盖（赔付区间在 3310 美元~7515 美元）部分，药企会对品牌药给予较大的折扣（~50%）。为防范道德风险，该计划同时设置了较高免赔额（大多数情况为 360 美元）。因此，Part D 计划通过多方合作和共付机制，对老年人医疗服务中处方药的支出费用实现了保障。

另外，在 Medicare 计划中，补充医疗保险部分由 Medigap 计划所覆盖，其 9 项责任中有 5 项是 Medicare 基本保障的自付或起付线内的部分。Medigap 是完全由商业保险公司所承保并有权推出商保自身产品，但政府通过规定 Medigap 计划的 9 种补充计划所对应的保障范围和偿付标准，给予商业保险公司一定自由空间的同时，也保证了市场的规范和积极性。Medigap 中对 Medicare 基本保障的补充有五项，可归为补充-自付补充型，包括：住院费用的自付部分和起付线内部分、门诊诊费自付部分和起伏线内部分、临终关怀自付部分。对于 Medicare 以外的服务有两项为较为基本的需求，可归为补充-医保外补充，包括：血液服务、护理治疗器械。另有两项可归为互补型，包括：门诊超额收费部分、紧急海外就医。

Medigap 的 10 个子计划由联邦医疗保险和医疗补助服务中心（CMS）管理规定（每年可对报销比例做一定调整），商业健康险公司则需在此范围内提供符合要求的相关产品。由此，政府通过对 Medicare 计划中补充型产品保障范围的管理一定程度上规范了商业保险公司产品保障责任。

表十：Medigap 10 种补充计划（2015 年）

计划内容	A	B	D	G	K	L	M	N	C	F
Medicare A部分医院共保	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Medicare B 部分共保	100%	100%	100%	100%	50%	75%	100%	100%	100%	100%
血液	100%	100%	100%	100%	50%	75%	100%	100%	100%	100%
Medicare A临终关怀共保	100%	100%	100%	100%	50%	75%	100%	100%	100%	100%
护理治疗器械			100%	100%	50%	75%	100%	100%	100%	100%
Medicare Part A免赔额		100%	100%	100%	50%	75%	50%	100%	100%	100%
Medicare Part B免赔额									100%	100%
Medicare Part B超额收费				100%						
海外旅行急诊保障			80%	80%			80%	80%	80%	80%

在 Medicare 计划中，Medicare Advantage (MA) 是 Medicare Part A + Part B 计划的替代选项，于 1997 年正式推出。其主要目的是通过将服务外包给商业保险公司，使得保险运营效率上升。在上世纪 90 年代初，商业健康险公司承担了大量社会性医疗保险保障职责（如 Medicare Part A, B 计划等），但由于投保人群风险较大，且政府设置的最低赔付率较高等一系列要求，大量商业健康险公司因此经营困难，纷纷退出了 Medicare Part C 市场，经营的可持续性受到巨大挑战。为解决此情况，1997 年美国政府推出了平衡预算法案 (The Balance Budget Act)，并成立了 Medicare Advantage 计划。该计划通过对商保公司的合理风险补偿机制，加大了商业健康险公司的运作积极性。其基本业务模式为联邦政府通过复杂的风险调整机制和竞价系统支付商业保险公司合理保费，并由商保公司以薄利普惠原则（赔付率低于 85% 时需返还部分保费）为投保人提供医疗服务，以此依托商保公司运营能力来提高资金使用效率。且政府对保险公司的服务水平进行星级评估，对服务较好的保险公司予以奖励。此举显著提升了保险公司运营 Medicare Advantage 的积极性与该项业务的可持续性，目前 Medicare Advantage 在全国 Medicare 服务中的整体占比已达到 30% 以上，在部分州的渗透率已高达 50%。

第三节 德国商业健康险的发展

德国医疗保障制度概况

德国法定医疗保险和商业健康保险并行，实行的是一种以法定强制保险为主、私人自愿保险为辅的医疗保障制度。2019 年，德国医疗费用支出占 GDP 的比重为 13.0%，约 5 千亿美元，人均费用开支为 5500 美元；卫生融资方面，社会保险占 76.5%，商业健康险占 10.3%；

人口覆盖方面，德国几乎所有人口都受到保险覆盖，过去十年参保人口比例皆维持稳定，全民整体保险覆盖率达到 98%。社会保险覆盖了大约 87% 的人口，商业保险的总覆盖率为 32%（其中 21% 拥有商业健康险和法定医疗保险，11% 人口仅被商业健康保险所覆盖）。

德国商业健康保险在需求层次上的定位

在德国，商业健康险保险分为全面保险 (Comprehensive Coverage) 和额外保险 (Additional Health Insurance) 两种保险形式，公民可以在参与法定医保的基础上再投保一份额外保险，以获得更高层次的补充保障；公务员（不被社保覆盖）以及一定收入以上群体可选择退出法定医疗保险，仅购买商业全面保险。

根据 2007 年颁布的《法定健康保险竞争加强法》，商业健康保险（尤其是全面健康保险（替代型）和长期护理险）与法定健康保险能够起到相同的医疗保障作用。德国《社会保险法》中明确规定了税前年收入超过一定标准（2020 年要求税前年收入高于 62,550 欧元，每年调整）的人不被强制参加法定医疗保险，可自愿在法定医疗保险和商业健康险中进行选择。但是，如果已经选择参与法定医疗健康险，则不能购买替代性商业医疗保险。全面保险属于替代型商业健康险，由全面医疗保险覆盖的人群主要由三类构成：现役和退休的永久性公职人员，如教师、教授、公务员等；在法定医疗保险体系之外的自我雇佣者；收入超过标准而自愿选择脱离法定医疗保险的人。同时，一些参加公立医疗保险的人群（约占人口 21%）也选择参加补充性商业健康医疗险，以获得更好的医疗服务保障。

由于德国法定和替代型商业保险已经涵盖对绝大多数治疗费用的覆盖（处方药、创新药、住院、门诊费用等），德国补充型商业健康保险基本不存在大病、特殊疾病保险等重要疾病保障的相关市场需求，额外医疗保险以补充保障（医保外保障）为主。

表十一：德国法定和商业医疗保险介绍

	法定医疗保险	全面医疗保险	额外医疗保险
保费规模	~2400亿欧元	~280亿欧元	~92亿欧元
人均保费	~4600欧元/年	~3169欧元/年	~440欧元/年
赔付率	~90%	~85%	~70%-80%
参保人群	<ul style="list-style-type: none"> • 大约覆盖87%人口，约7200万人（2018年） • 约25%为退休人群 	<ul style="list-style-type: none"> • 大约覆盖874万人口（2018年） • 仅对公务员、自由职业者、年收入超过€62,550的雇员和其他未参保法定健康险的人群开放 	<ul style="list-style-type: none"> • 大约覆盖覆盖约2000-2500万人口（2018年） • 任何人群均有资格购买
保障范围	<ul style="list-style-type: none"> • 覆盖范围广泛，包括创新药、门诊、住院、齿科、眼科在内的大部分治疗所需药品、器械和医疗服务 • 但对齿科、眼科等非基础必要类服务的报销比例低 	<ul style="list-style-type: none"> • 核心保障范围与社保保障范围近似，如住院药品报销等 • 80%参保人参保自选医疗机构就医保障，如单人病房 • 另外保障包括住院津贴等 	<ul style="list-style-type: none"> • 最核心为补充保障- 医保外补充，80%参保人参保牙科保障 • 互补保障：30%参保人参保自选医疗机构就医保障

德国商业健康险市场发展成熟，整体年化增长速度约2.2%，2018年保费规模约372亿欧元，其中替代型商业健康险保费收入占比74%，补充型商业健康险占比24%⁹。从两种类型的商保增长速度来看，补充型商业健康险增速高于替代型，是商保公司重要增长来源。德国商业健康险整体赔付率大约在85%左右。

表十二：德国各类型商业健康保险收入（亿欧元）

年份	全面医疗保险	额外医疗保险	其他	总计
2010	241	64	7	312
2011	252	67	7	326
2012	259	70	7	336
2013	257	75	7	340
2014	258	78	8	343
2015	258	80	8	346
2016	261	82	8	351
2017	271	85	8	365
2018	277	88	8	372
年化增长率（2010-2018）	1.7%	4.0%	2.0%	2.2%

资料来源：Statistical Yearbook of German Insurance

从德国医疗医疗保障体系的发展沿革可以看到在不同时期商业保险的定位有所变化。德国保障体系代表了许多欧洲发达国家体系的发展：商业保险先于社会保障发展，且为社会保障的扩大和提升铺路。

德国最早的团体医疗保障（商业健康险的前身）可以追溯到1848年，柏林警察局所设置的医疗保障。此后，许多工矿企业为保证工人的生命安全、降低对生产力的损失，纷纷建立了基于团体的医疗保障。随着此类医疗保障的普及，到1883年德国政府通过《工人疾病保险法》，该法案首先确认了部分产业工人强制参与社会医疗保险的规定，其次建立了疾病基金组织（Sick Funds）专门负责筹资管理基金和支付方式，标志着德国成为世界上第一个以社会立法实施社会保障制度的国家。疾病基金通过雇员和雇主共同缴费筹集。在1911年，政府通过并实施《领取工资的受雇者保险法》，将介于工人和公务员之间、年收入较低的人群纳入了法定医疗保险范围中。

到 1920 年代，商业健康险得到了大力的发展，具体有两大因素：其一、中产阶级的消费能力在经济衰退后有所恢复，催生了对医疗保险的需求；其二、许多不能被法定医疗保险覆盖的人群意识到医疗保险的重要性，自愿参与到商业健康险中。1924 年，一战结束后，中产人群逐渐经济复苏带动了商业医疗保险的发展，参保人数增加 250 万。1931 年商业健康保险协会（PKV）正式成立，与法定健康医疗体系平行发展。

到 1970 年代，社会保险覆盖面逐渐扩大。1970 年德国实施了《关于工人健康医疗险法案》，进一步扩大可享受法定医疗保险的群体，允许覆盖白领人群，同时允许收入高的人群可以自愿选择保留在商业健康医疗险中，或者换入法定医疗保险里。1975 年，法定医疗体系也纳入了学生及残疾人群体，逐渐扩大法定健康医疗险的覆盖范围。1981 年，德国政府通过对自由艺人及记者的社会保险法案，德国公民几乎全被包括进入医疗保障体系中。

从德国的发展路径可以看出，当国家经济发展水平还不足以负担所有民众的基本医疗需求时，商业健康险可以作为有效的过渡性筹资渠道降低人民现金支出。同时，商业健康险也可以有效提升民众对医疗保险的重视，而使得社会医疗保险筹资范围扩大（或筹资水平提升）得到更广泛的共识。

另外，德国在实施了全民社会医保后，德国的医疗费用有显著增加，不得不出台一系列政策降低社会医疗保险支出，并鼓励商业健康险的发展来填补医疗保障不足的缺口，尤其是对商业健康险提供补充保障的鼓励。

德国政府为了控制医疗费用，增加个体的医疗责任增加个人支出，1977 年政府颁布了《第一次抑制医疗费用法》，建立全国协调机构，实行加强审查、限制医生权利、降低部分项目收费标准等措施，从而抑制医疗保障支出的持续增长势头。1981 年德国政府颁布了《第二次抑制医疗费用法》，进一步控制政府的医疗总支出，从而再降低了政府的医疗支出。1980 年代，德国政府出台《卫生改革法》和《医院医疗费用控制法》，减少法定医疗保险可保险额度，减少法定医疗险在齿科等费用上的支出，以及提高个人共付比例，促进个体的医疗保健意识。同时扩大预防性卫生保健支出，提升医疗服务资源水平。

德国商业健康保险在人群覆盖上的定位

面对高风险人群和患病人群参保难的问题，以德国全面健康险为例，德国采用的主要方式是通过鼓励健康人参保、对保险产品进行监管、避免逆向选择等方式来保证对高风险人群和患病人群的覆盖。

首先，根据监管规定，德国的全面健康险具备以下的特点：

- 可终身保证续保。保险公司一旦承保，就不得解约，解约权属于投保人，投保人可以退保或同一公司转换其他保单。合同订立时所作的承诺有效期终身，保险公司不能单方面减少保险保障范围。

- 保费仅可根据参保时的年龄及健康状况确定，不可根据参保后的健康状况或年龄改变，称为“均衡保费”政策。

这样的产品监管政策明显对商业健康险的经营提出了巨大的挑战，因此，德国通过立法从以下政策上提升此类保险运营的持续性：

一、**强制参保**。为了进一步提高保险保障的可及性，德国政府实施《为了刺激法定医疗健康市场的竞争》法案，该法案规定所有居民必须拥有健康保险，可以选择法定医疗险或者商业健康医疗险进行投保。

二、**税收优惠**。2004 年，德国开始实施《法定医疗保险现代化法》，个人/雇员购买的商业医疗保险在一定额度内享受免税政策。在一定限额内，商业健康保险的保费支

出可从个人应税所得中扣减。针对有商业全面医疗险的个人，上限为 2400 欧元/年。雇主为雇员支付的法定健康保险、商业健康保险以及强制的长期护理保险，作为雇员收入的一部分，被看做是公司的经营费用，无需缴税。其免税额度为法定健康保险以及法定长期护理保险的义务上限。雇员或个人购买商业健康险、长期护理保险超过法定健康保险的部分在一定额度内享受免税政策（雇员额度为 1900 欧元、个人额度为 2800 欧元）。

三、整体保费可调。尽管针对个人的保费不能因个人健康状况调整，但整体保费可根据医疗费用通胀情况调整。新的治疗手术、昂贵药物、护理支出增加、人口老龄化等带来更高的医疗费用。因此，健康险公司将每年实际赔付支出与预计支出进行比较。如果偏差超过 10%，则检查所有计算基础。如果验证确认偏差，则保险公司可以调整保费，由独立的受托人检查评估和计算是否正确。未经受托人批准，保险公司不得更改保费，联邦金融监管局（BaFin）监管保费计算的准确性。2009 年-2019 年，商业医疗保险保费年均增长率 2.8%。

四、建立老年疾病风险储备金。德国法律规定，投保人在年轻时须为将来缴纳老年疾病风险储备金（Ageing Reserve），约占保费的 10%。2009 年 1 月之前，如果投保人转保，其所缴纳的老年疾病风险储备金不能转到新的保险公司，这有效避免参保人进行“逆向选择”，保护了保险公司做“终身承保”承诺的风险。但考虑到该规定影响了市场竞争和客户转保，2009 年 1 月之后老年疾病风险储备金改为可以转移。

五、均衡保费与返还。根据均衡保费政策，消费者越年轻购买保险则保费越便宜，这提升了年轻人的参保意识。同时，法律规定保险公司在参保人没有发生赔付的年份中将一部分保费返还给参保人，进一步提升了参保人持续参保的积极性。

六、基本保障方案。为了进一步刺激医疗市场竞争以及加大对支付有困难的老年人群商保的覆盖，2009 年，德国政府要求所有商业健康险公司必须提供投保人一个最基本的全面健康险方案，该保险方案保障范围与法定社保范围类似。

值得关注的是，政府的各项举措推升了商业健康险的发展，但部分政策也对商业健康险的持续发展带来的不利影响，受到行业的反对。如 2000 年代，商业保险协会就对多项改革政策提出反对意见，尤其是针对老年疾病风险储备金可以转移的政策，以及要求保险公司必须提供一个基本保障方案的政策，因为这些政策会加剧参保人逆向选择的风险，增加超赔风险。

第四节 法国商业健康险的发展

法国医疗保障制度概况

在法国，医疗保障体系由公共医疗保险和补充医疗保险共同组成，将国家支持与商业保险相结合。2019 年，法国医疗总费用支出占 GDP 的 11%，约 2970 亿美元，人均费用开支约为 4433 美元，其中社会保险作为医疗体系核心，支出占比 84%；商业健康险作为社保附加，支出占比 7%；个人自费支出占比仅为 9%。

人口覆盖方面，法国几乎所有人口都可得到公共医疗保险的保障，大量严重疾病的医疗费用都可在公立医院享受报销。社会保险覆盖了接近 100% 的人口，补充商业保险的参保率达到 96%。

商业健康保险在需求层次的定位

在法国，商业健康险保险覆盖的保障以补充保障 - 自付保障为主，主要对社保支付范围内的自付部分进行补充，许多是比较基本的需求。

法国社会医保对自身保障范围和报销比例有着明确规定，且覆盖范围非常广，目前其社会医保能够覆盖诊断、门诊、住院、基本药械、创新药、牙科、眼科等医疗支出，以及单人病房、医疗运输等非基本支出。虽然法国社会医保具有保障范围广泛的特点，基本涵盖所有医疗支出类型，但对比欧洲其余发达国家仍旧具有较高的自付比例，从而为商保提供了发展的空间。

表十三：法国医保保障范围和报销比例

保障范围	理论报销比例 (%)
问诊	70
疾病诊断	60,70
处方药品	15,30,65,100
医疗辅助器具	60
住院和手术	80
光学和听力	60
牙科治疗	70
医疗运输	65

以创新药为例，法国采用两大维度评估创新药的医保报销水平：

ASMR 分级评估决定医保支付标准：法国国家卫生管理局（HAS）明确了 ASMR 评级（Amélioration du service médical rendu 临床疗效改善程度，法国 HAS 对药品价值评估的官方体系）分为 5 个级别（ASMR I 至 ASMR V），其中 ASMR 为 I 到 III 意味着药品可通过价格告知而不是谈判而更快通过分级，只要定价与欧洲其他国家一致。ASMR IV 可能会导致溢价，但 ASMR V 产品只有在价格低于竞争产品的情况下才能上市，在 5% 到 10% 的范围内。

SMR 分级评估明确了医保支付比例：根据五个考量因素决定 SMR 分级（1）疾病的严重程度，（2）医疗需求的重要性，（3）药物对发病率的降低或死亡率或生活质量的提高，（4）对开展护理和对患者生活的影响，（5）对公共卫生的影响，并由此确定药品由社保所支付的比例。

表十四：SMR 等级划分和对应的药品社保报销比例范围

等级划分	社保报销比例
SMR –Major	65%-100%
SMR – Important	65%-100%
SMR – Moderate	30%
SMR – Weak but justifying reimbursement	15%
SMR – Insufficient	无报销

在 2018 年法国医保部分的评估中，仅有非常少的药品为 100% 支付（部分危及生命和长期用药的疾病），大部分的药品支付比例在 65%-100% 之间。还有约 35% 左右药品支付比例低于 30%，许多能显著改善民众生活质量和提升生产力的药品在这个范围内。这样的支付政策使得消费者对个人自付部分的保障非常关注，来覆盖自身较为基本的医疗需求。

因此，法国的商业健康险以补充保障—自付补充为主。以 MGEN 互助组织（法国最大的互助组织之一）提供的某款企业职工补充商业健康险产品为例，该产品保障范围包括了门诊诊疗、住院诊疗、妇产、牙科、儿科等类别。该产品以社保支付标准为基础，提供额外补充支付。

表十五：MGEN 互助保险提供的某款企业职工补充医疗保险产品

	社保	基础款产品	中级款产品	高级款产品
门诊				
挂号费用	70%	100%	140%-160%	180%-200%
彩超超声化验费	70%	100%	140%-160%	180%-200%
化验检查费	60%	100%	125%	150%
药(可报销65%/30%/15%)	65%	100%	100%	100%
医疗材料	60%	135%	160%	210%
住院治疗				
基础开销	80%	100%	100%	100%
手术费用	80%	100%	140%-160%	180%-200%
每日住院套餐	\	全部	全部	全部
私人病房	\	30 €/天	60 €/天	90 €/天
私人病房急诊	\	15 €/天	15 €/天	20 €/天
救护车服务	65%	100%	100%	100%
部门外住院津贴	\	\	15 €/天	15 €/天
妇产				
手术费	100%	100%	140%-160%	180%-200%
生育房间	\	30 €/天	60 €/天	90 €/天
生育津贴	\	100 €	100 €	100 €
牙科治疗				
**100%的医疗保健和假体处理 (自2020年1月1日起)	70%	全部	全部	全部
宜价护理和假体	70%	170%	220%	320%
牙齿矫正学	70%	120%	210%	270%
眼科治疗				
框架镜	60%	全部	全部	全部
其他眼镜	60%	60%+100€	60%+150€	60%+200€
耳科治疗				
100%医疗保健器械治疗	成人: 240€	全部	全部	全部
	儿童: 840€			
其他耳科治疗	成人: 240€	成人: 240€ 儿童: 840€	成人: 510€ 儿童: 540€	成人: 1010€ 儿童: 1040€
	儿童: 840€			
预防治疗				
疗养护理	65%	100%	100%	100%
保健康复治疗	\	30€ - 60€	70€ - 180€	160€ - 240€

从法国商业健康险的发展脉络上看，商业险在相当长一段时间内起到社会医疗保障补充的作用，并为提升整体社会保障水平铺路的作用。法国商业健康保险市场主要为互助组织推动。互助组织最早创建于 19 世纪，长期作为法国主要保险提供方，于 1939 年就覆盖了全国 2/3 的人口，甚至早于社保体系的建立。该机构由保障工人的强制性团体

合同参保开始，推动了法国商业健康保险的市场发展。早期互助组织对法国医疗保障的重要性使得法国社会形成了对商业保险“医疗保障”和“互助互惠”的认可¹¹。在1980年至2010年期间，随着经济增长放缓和公共医疗体系筹资能力的承压，门诊医疗支出中公共体系支出占比从1980年的77%下降到了2010年的63%，更多费用从社保转移到个人，商业保险在筹资和确保获得医疗服务可及的作用越来越大。居民收入的增长也促进了法国商业保险覆盖率的增长，保险公司扩大了合同范围，以吸引年轻和健康人群的投保。至2010年，法国商业健康险覆盖比例已经高达90%。

伴随着商业健康险的普及为社会整体提升保障水平的共识逐渐形成。因此法国在2000年通过《CMU-C》法案为家庭年收入低于一定水平的人群免费提供附加型商业健康险保障，且该项目于2020年成功覆盖大约6%的法国人口。2016年起，新政策《Employment Security Act》正式出台，法国企业需强制出资确保所有员工参保附加型健康险。根据数据，仅33%的小微企业在2009年为员工提供了附加型健康险，所以此法案直接促进了小微企业员工的附加型健康险参保率。

商业健康保险在人群层次的定位

目前法国的商保产品主要由三类机构所提供：互助组织（Mutual insurers）、公积金组织（Provident insurers）和商业保险公司（Commercial insurers）。三者的业务特点各有不同，在目标客群、盈利属性上也有所差异。

表十六：2014年法国自愿性商业健康险市场概况

	参保人数（百万人）	目标客群	业务特点	赔付率
互助组织	38	一般企业员工，老年人群等	遵循“团结原则”，不可进行风险定价，仅以年龄等少量因素定价	76%
公积金组织	13	一般工人和管理人员等	以企业团险为主，以企业为整体进行定价	79%
商业保险公司	12	自雇专业人员（如律师），农民等	风险定价为主，但对于不考虑“既往症”的产品，政府进行“保费税”减免	74%
共计	63	参保率96%	/	76%

资料来源：Private Health Insurance --- Cambridge University, European Observatory on Health Systems and Policies

法国对高风险和带病人群的商业健康险覆盖主要通过互助组织实现。互助组织多以行业、工会为基础，遵循“团结原则”，其提供的医疗保障具有以下特点：

- 互助组织不可拒绝投保人参保。
- 不可进行风险定价，保费基本不根据个人健康状况调整，仅根据年龄、性别、职业等少量因素进行调整。

互助组织强大的公信力和共济精神推动了法国商业险的发展，在19世纪至20世纪初，由于互助组织在医疗保障当中的重要作用，互助组织同时管理着法国的强制性社会保险计划，这也对法国人形成“互助互惠”的保险意识起到了重要作用¹²。

因为互助组织的互助特性，政府对提供医疗保障的互助组织实行免税。在2004年，《健康保险法案》通过财税优惠来鼓励商业保险公司推出带病人群可参保的保险。若允许不健康人群不经核保、无须体检、带病投保，则该公司可免缴7%的保费税¹³。

第五节 澳大利亚商业健康险的发展

澳大利亚医疗保障制度概况

在澳大利亚，全民公共医疗保险和自愿商业健康险并行。2019年澳大利亚医疗费用支出占GDP的比重为10%，约1420亿美元，人均费用开支约为5770美元；卫生融资方面，政府公共支出占比68.3%，商业健康险占比9%，自付占比16.5%，其他占比6.2%。人口覆盖率方面，澳大利亚法定医疗保险覆盖率达100%，商业医疗保险以自愿投保为原则，覆盖率达到53.6%。商业健康险作用可以概括为以医保外补充型为主，兼具高端服务保障功能。

澳大利亚商业健康险起步于20世纪90年代，在公共医疗资源难以负担突增的医疗服务需求，以及需解决潜在不稳定因素造成社会保障福利不平衡的情况下，澳大利亚商业医疗机构的使用人数增加，促使政府意识到了商业健康医疗体系的市场价值，政府加强推进了商业健康医疗保障体系改革。

商业健康险在保障层次上的定位

澳大利亚法律对公共医疗保险以及商业健康险保障范围有清晰规定，因此也给予商业健康险较大发展空间。虽然澳大利亚实行全民公共医疗保障制度（Medicare），但《健康保险法》明文规定，在公立医院就诊时，病人无权选择医生和病房，也不享受优先治疗和住院。此外，牙科、物理治疗等也不包含于公共医疗服务范围内，从而向商业健康险提供了较大的发展空间。

同时，澳大利亚对商业健康险行业的经营有非常严格的要求，在法律法规中明确界定了全民医保制度与商业健康险行业的各自经营范围。其中，《2007私人健康保险法》（Private Health Insurance Act 2007）是规定商业健康险业务范围的主要法律。自该法律颁布以来已经过多次修订，其对商业健康险的有关“保险公司资质要求”、“社区定价要求规范”、“产品可保和不可保范围”、“就诊等待时间”、“可允许的保费增速”等皆有具体要求，确保了全民医保制度与商业健康险行业各自的健康发展。

表十七：澳大利亚商业健康险行业经营要求

	法定医疗保险	商业健康险
保费规模	1039亿澳元（2015年）	252亿澳元
赔付率	/	86%
参保人群	覆盖2540万人口（约100%参保率）	覆盖1352万人口（54%参保率）
保障范围	<ul style="list-style-type: none">法定医疗险服务范围由Medicare Benefits Schedule (MBS) 所明确：包括大部分治疗所需药品、器械和医疗服务，但对牙科、眼科等非基础必要类服务的覆盖范围低部分处方药费用由药物福利计划 (PBS) 清单确定：包含5,000多种药物	<ul style="list-style-type: none">互补型商业健康险，由两类保障组成补充保障：Medicare未覆盖或覆盖较少的补充服务，如牙科、听力学、理疗、护理和救护车等互补保障：包括更多可选的额外医院诊疗服务，如麻醉、心血管疾病、妇产科等

资料来源：Australian Institute of Health and Welfare, Private Health Insurance Statistics ---The Australian Prudential Regulation Authority (APRA)

商业健康险在保障人群上的定位

为了尽可能对商业健康险实现“全民实行相对公平”的覆盖（无论是年轻健康群体，还是老年弱势群体），澳大利亚政府通过立法的方式，使得本国商业健康保险对各年龄群体皆有较高比例的覆盖。2019年，澳大利亚65-79岁人群的商业健康险参保率56%，高于所有年龄群体平均参保率。

• **政策一：社区定价**

在“社区定价”下，保险公司不考虑投保人的性别、健康状况、职业或其他因素，向所有受同一类型健康保险覆盖的人收取相同的保费。保险公司根据不同地理区域的健康状况和人口统计资料或其承保的特定保单所涵盖的总人口来确定保费。也就是说，无论是健康人群还是带病人群，在同一个保障产品下，皆可以相似的保费进行投保，这也降低了带病人群的投保门槛。

• **政策二：对未投保的高收入人群实施惩罚机制**

表十八：澳大利亚对未投保的高收入人群的额外税收惩罚税率

保险惩罚税收处理				
惩罚税收比例	0.0%	1.0%	1.25%	1.5%
个体	≤90,000澳元	90,001澳元-105,000澳元	105,001澳元-140,000澳元	≥140,001澳元
家庭	≤180,000澳元	180,001澳元-210,000澳元	210,001澳元-280,000澳元	≥280,001澳元

资料来源：PrivateHealth.gov.au

1997年7月1日，澳大利亚政府正式开始实施《1996年商业健康保险法案》(Private Health Insurance Incentive Scheme, PHIIS)。该法案规定政府对高收入（个体年收入超过9万澳元，家庭总收入超过18万澳元）但没有购买商业医疗健康险的群体进行1-1.5%的额外税收惩罚(Medicare Levy Surcharge)。这项法案使得高收入群体投保积极性增加，且健康险公司可获得一部分相对健康的客户群体，从而获得稳定的保费收入以及风险池规模，进一步降低整体赔付风险。

• **政策三：对购买商业健康医疗险的低收入及老年投保人进行相应的税收补贴**

根据《1996年商业健康保险法案》，澳大利亚政府为了鼓励低收入和老年群体参与购买商业健康险，以购买时直接扣除费用或退税的方式对投保人进行补偿。如下图所示，年收入总额越低，且年龄越大，其购买商业保险所享受的相应折扣补偿越大。

表十九：澳大利亚对购买商业健康医疗险的低收入及老年投保人的税收补贴

下表折扣补偿费率适用于2021年6月30日前：				
个体	≤90,000澳元	90,001澳元-105,000澳元	105,001澳元-140,000澳元	≥140,001澳元
家庭	≤180,000澳元	180,001澳元-210,000澳元	210,001澳元-280,000澳元	≥280,001澳元
折扣补偿				
	基础梯队	第一梯队	第二梯队	第三梯队
<65岁	24.608%	16.405%	8.202%	0%
65岁-69岁	28.710%	20.507%	12.303%	0%
>70岁	32.812%	24.608%	16.405%	0%

资料来源：PrivateHealth.gov.au

• **政策四：推出保费优惠方案，以鼓励年轻人参保**

由于澳大利亚的商业健康医疗保险的“社区统一费率”措施，保险主体不可以拒绝任何投保人，年轻人群的购买占比增长缓慢。在2000年，政府实施《终身健康保障方案》(Lifetime Health Cover, LHC)，鼓励个体在相对年轻的时候参与投保商业健康医疗保险。

若投保人在 31 岁后购买商业健康医疗险，每延迟一年需额外缴纳每年 2% 的费用，因此最高可达 70% 的终身健康保障负荷费用。对于没能及时参与商业健康医疗保险的居民，若能持续投保 10 年，则该公民也可以取消后续的负荷费用。

除此之外，为了进一步鼓励年轻群体的稳定长期参保，自 2019 年 4 月 1 日起，澳大利亚政府要求保险主体为 18-29 岁的人群投保，以年龄分层，进行不同等级的购买商业保险的折扣，最高折扣可达 10%。无论是新的投保人还是已经投保完毕的人群，均可以享受该服务。并且，在此年龄段期间加入保险的民众可以享受该条款福利到 41 岁。

表二十：澳大利亚不同年龄参保折扣

符合医院政策的投保人年龄分层	购买商业保险后可能提供的折扣比例 (%)
18-25	10
26	8
27	6
28	4
29	2
30	0

资料来源：PrivateHealth.gov.au

第六节：各国政府参与商业健康险市场的方式

欧美国家政府在参与商业健康险的方式上总体体现出“管办分开”的特点。在“管”方面，一般通过立法手段对医疗保障体系做明确的规定。以德国为例，18 世纪末议会通过的《疾病社会保险法》是世界最早的医疗保障体系相关法案，规定对全体从事工业性经济活动的工人（农业工人除外）实行强制性疾病社会保险。此后德国在不同发展阶段，相继颁布《职员保险法》、《第一次抑制医疗费用法》、《医院医疗费用控制法》和《医疗保险结构法》等十余部有关法律¹⁴。英国、法国、荷兰、美国、以色列、澳大利亚等发达国家也主要以立法方式对医疗保障体系进行详细规定。欧美国家立法颗粒度较为明细，对社会保险和商业健康险的保障人群、范围、鼓励和限制政策等进行一系列的法律规定。以澳大利亚为例，其《2007 私人健康保险法》（Private Health Insurance Act 2007）通过数百条详细的规定，提供和激励措施鼓励人们购买私人商业健康险，同时规定了对私人健康险产品的规则。以德国为例，其 2009 年颁布的《为了刺激法定医疗健康市场的竞争法》规定所有居民必须拥有健康保险，可以选择法定医疗险或者商业健康医疗险进行投保，此法案直接鼓励了没有参与法定医疗险的人群购买商业健康医疗险。

在“办”方面，行政部门以监督与执行法律条文为主。对于商业健康险的监管主体分为三个模式：

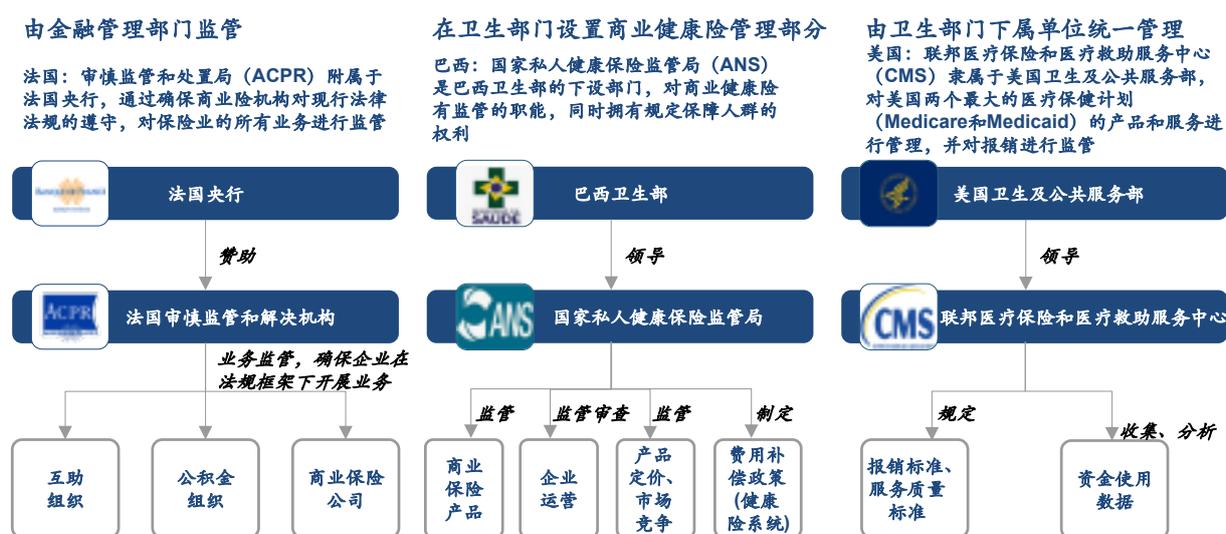
1. 由金融管理部门监管，如法国审慎监管和处置局（ACPR）。ACPR 隶属于法国央行，主要职责为维护金融体系的稳定，保护健康险公司客户、保单持有人和相关受益人的权益。ACPR 职责范围由《货币和金融法》所规定，其根据法律对商业健康险的相关规定，对商业保险公司开展监督和处罚，确保商业健康险机构在法规框架下开展业务。

2. 在卫生部门设置专门的商业健康险管理部分，如巴西国家私人健康保险监管局（ANS）。ANS 是巴西卫生部的下设部门，对商业健康险有监管的职能。ANS 包括四个方面的监管内容，分别是商业保险产品的监管（如规定产品设计要求）、企业运营监管审查（包

括健康险公司执照发放)、产品定价和市场竞争监管、制定健康险系统的费用补偿政策。ANS 根据以上目的,同时拥有规定保障人群的权利,例如规定了商业健康险对带病体不可拒保等。

3. 由卫生部门下属单位统一管理,如美国联邦医疗保险和医疗救助服务中心(CMS)。CMS 隶属于美国卫生及公共服务部(HHS),其对美国两个最大的医疗保健计划(Medicare 和 Medicaid)的产品和服务进行管理,并对报销进行监管。具体而言,包括例如与各州政府合作对报销标准、服务质量标准等进行规定;对资金使用数据进行收集和分析,确保医疗基金的安全稳定,致力于消除医疗保健系统中的欺诈和滥用实例;CMS 同时负责制定有关商业健康险公司参与 Medicare 和 Medicaid 运营的相关规定。

图十一:国际上对商业健康险监管主体的主要模式分类



第七节: 国际经验对中国的启示

国际经验分析可见,商业健康险的功能定位、制度设计、产品覆盖和发展成熟度跟国家的政治(立法)体制、医疗发展水平、社会福利水平和百姓对商业健康险的认知程度紧密发展。任意一个国家均需要通过长时间的政策引导和市场培育对商业健康保险的可持续发进行规划,且没有哪一套经验和制度“放之四海而皆准”。但发达国家商业健康险的发展历程对我国建设“多层次医疗保障体系”具有借鉴意义。

从需求层次上看

一、社会医保的保障范围划定了商业健康险的保障范围。社会医保的范围越具体,商业健康险的保障范围越明确。且医保应为商保发展提供空间,如法国的医保保障范围广,但在支付比例上有所区分,为商保发展带来空间。

二、商业健康险的保障层次应该多元化,以满足人民群众多层次的需求。商业健康险的保障应包括:

- 补充层: 医保内自付部分
- 补充层: 医保外部分
- 互补层: 更高档的服务和医疗机构自由选择

三、商业健康险在补充层的部分保障范围是非常基本的、是保障生命安全和积极提升生活质量和生产力的,这类保障的参保率至少在30%以上,甚至可高达90%以上,

可称之为“基础补充层”。补充层的保障在各国的参保率也更高，是应该大力推动的保障层次。商业健康险由于其本身的市场特性和自愿参保特性，很容易被理解成是中高收入人群才具有的高层次需求。但从国际经验中我们看到，商业健康险对满足人民基本保障生命安全和提升生活质量和生产力的补充医疗层需求可以起到重要保障作用。如法国对于创新药的自付保障、美国对于老年人门诊用药的额外保障等。正由于满足了这样的“刚需”，这类保险普遍参保率较高，或增长较快。比如，目前法国以自付保障型为主的商业保险参保率高达90%以上，以及德国以医保外补充型保障为主的商业健康险参保率32%左右，并在持续增长。

表二十一：部分国家社会保险和商业健康险覆盖差异对比

社会保险		商业健康险	
	平均保费	保障内容	
法国社会医疗保险	约3724美元/年	包括：门诊及住院所需费用（如挂号、检验、药品、医疗耗材、医疗运输）以及齿科、眼科、妇产以及疗养护理等）	法国自付保障型商业健康险
			平均保费 400-700美元/年
			保障内容
			自付保障型商业健康险： 1) 涵盖社会医保保障目录内，自费部分的补偿 2) 以及对少量基本医保不覆盖部分的补充（如住院餐食、私人病房、生育津贴等）
Medicare	Part A 约2100美元/年 Part B 约1260美元/年	Medicare Part A（住院部分）医院住院、专业护理院住院、居家医疗服务和临终照护等 Medicare Part B（门诊部分）医生问诊服务、门诊服务、预防性服务以及部分居家医疗服务等	美国Medigap
			平均保费 1600-1800美元/年
			保障内容
			Medicare PartA及B之外的补充或加大Part A及B覆盖需要个人支付项目部分的报销，海外旅行险
德国公共医疗保险	法定医疗险 约4208美元/年	包括：创新药、门诊、住院、齿科、眼科在内的大部分治疗所需药品、器械和医疗服务但对齿科、眼科等非基础类服务的报销比例低	德国补充保障-社保外保障型商业健康险
			平均保费 600-1,000美元/年（视具体保险责任范围）
			保障内容
			补充保障-社保外保障型商业健康险：基本医保未覆盖或覆盖较少的部分，包括齿科、每日病假工资保险、长期护理保险、企业医疗保险、境外旅行医疗保险等

四、商业健康险在多层次保障的发展中，可为医保作补充，还能起到推动医疗保障意识提升、为医保的保障范围和保障水平提升铺路的作用。首先，德国和法国的医保发展显示即使是发达国家也无法100%满足人民群众认为基本的医疗需求（如法国降低报销比例，德国在基本实现全民医保后严格控制医疗费用），商业健康险可以作为有效补充。另外在德国，商业健康险的发展先于社会医保发展，并带动了医保的人群范围扩大。在法国，补充商业健康险提升了社会对于补充医疗保障的重视，并最终实现了低收入和小企业的覆盖，提升了民众整体的保障水平。因此，商业健康险对提升民众保险意识，并最终推升社会筹资与保障水平提升或范围扩大有积极作用。

从商业健康险在人群层次覆盖上看

五、主要国家的主流商业健康险基本都实现了对高风险人群和带病参保人的覆盖，总赔付率在70%以上。如美国的企业团险、个人保险（Exchange平台保险）和Medicare Advantage、法国的补充保险、德国的全面健康保险、澳大利亚的补充健康险，都对高风险人群和带病参保进行了覆盖。这也意味着商业健康险将医疗赔付责任纳入到保险范围中，使得最终的保险赔付率在70-80%左右，有效地为患者提供了多元支付的保障。

六、对高风险人群和带病参保人的覆盖需要政府的积极参与。商业健康险可以有效通过“企业团险”的形式分摊风险，实现对高风险和带病人群覆盖，但在个人自愿参保市场很容易出现“市场机制失灵”的问题。在商业健康险高度自由发展的美国市场，对老年人、带病参保人的覆盖缺失就造成了较大的社会关注，最终政府不得不通过立法政策来强制改变。同时，我们发现主要市场均没有为高风险人群或带病参保人单独提供保险产品，而是通过政府（或强大的互助组织）的行政力量将更多的健康人纳入保险池，摊薄赔付风险，这些政策主要包括：

其一、鼓励更多健康人参保商业健康险。大量健康人的参保有利于实现“风险共济”，降低因逆向选择造成的保险赔付风险，增加保险可持续性。例如在2000年，澳大利亚开始实施《终身健康保障方案》（Lifetime Health Cover, LHC），若投保人可以在其31岁之前参与投保，则可以避免在31岁之后购买商业健康医疗险时，每延迟一年所需额外缴纳的每年2%的费用。除此之外，对于18-29岁的投保人群，以年龄分层进行不同等级的购买商业保险的折扣，最高折扣可达10%，并且，在此年龄段期间加入保险的民众可以享受该条款福利到41岁。又比如法国政府于2016年出台的《Employment Security Act》，要求企业需强制出资，确保所有员工参保附加型健康险，使得中小型企业员工参加自付补充型商业健康险的人数迅速增加。美国则通过建立“Exchange”，对保险产品进行背书，同时降低营销费用，提升民众参保积极性。

其二、对高风险人群和低收入人群提供补贴。使得必要的“补充医疗层”商业健康险可以广覆盖。例如2000年法国出台的《CMU-C》法案规定低于一定年收入的个人或家庭可由政府出资，免费获得商保公司管理的附加型商业健康险，2020年该项目已覆盖大约6%的法国人口。又例如在德国，保险公司不能踢除拖欠支付保险费的投保者（尽管公司可能会限制他们提供的服务水平）。如果人们能够证明他们负担不起基本关税的全额保费，保费将降低50%，其余由国家补贴。如果这仍然是负担不起的，个人将在社会福利计划下获得国家补贴。

其三、对长期参保者给予政策鼓励。在德国，商业健康险的保费仅可根据投保人参保时的年龄及健康状况决定，不可根据参保后的健康状况或年龄改变，称为“均衡保费”政策，且所有商业健康险产品需满足保证续保。虽然保险公司整体保费可以根据医疗费用通胀小幅调整，但在2009年-2019年，投保人健康险保费年均增长率仅为2.8%。因此投保人一旦参保且续保，则不论其健康状况，其保费将长期维持稳定水平，提高了投保人长期参保积极性。

其四、对商业健康险公司进行补偿。对允许纳入带病人群参保的商业健康险公司给与税收减免或补偿，激发保险公司将带病人群纳入保障的动力。在法国，如果补充医疗保险机构提供至少一种“共济性保险”的产品，允许投保人不经核保、无须体检、可带病投保，则该公司可免缴7%的保费税。在法国，以此激发互助组织以外的商业健康险公司对带病人群的覆盖增加。

其五、对商业健康险产品进行监管，但监管的政策也可能带来行业经营积极性下降和可持续性下降。规范商业健康险的产品设计，例如规定保险产品的赔付率、保障范围等，例如美国医疗平价法案（Affordable Care Act）规定健康险公司的赔付率需保持在80%以上，对于赔付率不足80%的部分，保险公司需退还投保人一定保费。但严格监管政策也可能起到双刃剑的作用。如美国在1990年代对Medicare Part C的过高要求降低了企业参与的积极性，而在出台更合理的赔付率、风险补偿、星级评估等政策后，行业参与意愿大幅提升。再次证明“看得见的手”对市场的干预应该适度。

七、需要有负有主责的行政管理部门主导多层次保障体系（包括商业健康险）的顶层设计以及具体监管内容。欧美政府在参与商业健康险运行时普遍体现出“管办分开”的特点，即原则与标准由立法完成，而具体的落实与监督由行政部门实现。我国可借鉴“管办分开”的模式，应在立法层面对顶层设计和原则标准作出规范，并有负有主责的行政部门牵头会同各部委对政策作出细化并推动执行与监督。

第三章

中国商业健康险现状、挑战与思考

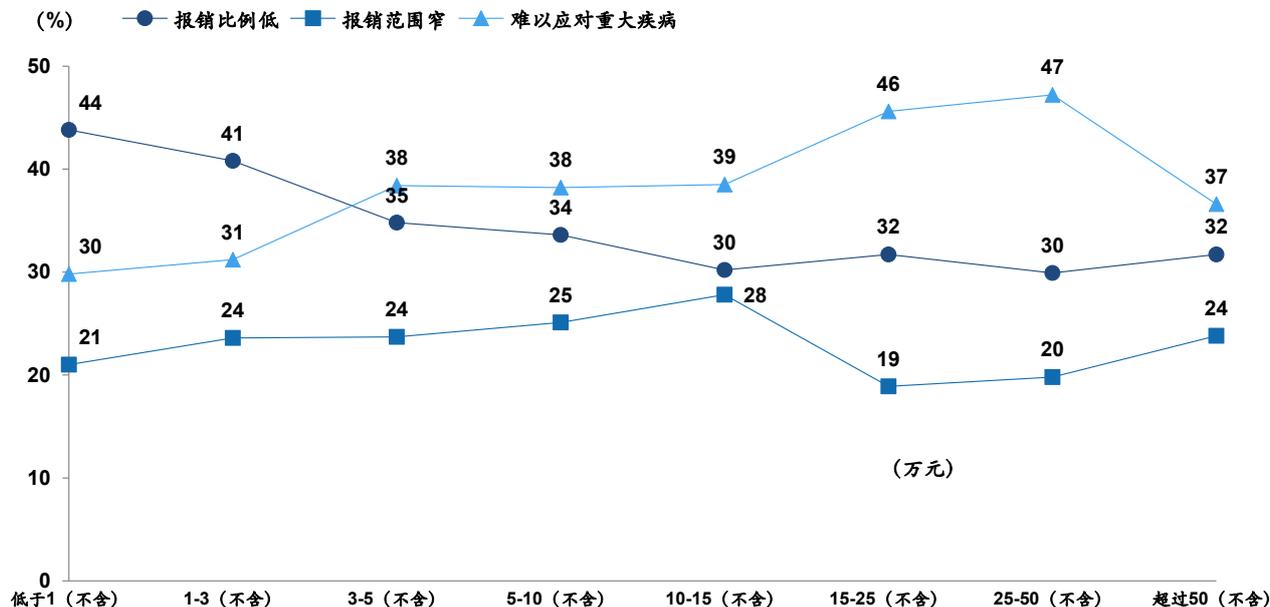
第一节 人民群众对商业健康险的多层次需求日益增强

人民群众对商业健康险有多层次的需求，其中对“基础补充层”的需求迫切。

2017年《中国商业健康保险需求调查报告》对来自3个直辖市和43个地级市总共2万名受访者进行调查，结果显示有26.3%的调查对象购买了商业健康保险，有41.3%的调查对象愿意在未来一年购买商业健康险。此数据表明有较大比例的群众认为目前医疗保障仍不充分，希望通过商业健康险满足医疗保障需求。

从不同收入水平的家庭人群对于基本医保不能满足需求的原因认识来看，不同人群对商业健康险在个人自付部分、医保外费用部分、以及大病负担部分有较高的要求。根据的调查显示，相较于高收入家庭，年收入较低的家庭对基本医保的自付部分需求更为突出，而不同收入人群对于大病保障皆有一定需求。这说明对于保基本、保生命的基本医疗保险和大病保险，尤其是对于中低收入人群而言，目前医疗保障仍不充分。

图十二：不同家庭收入水平（万元）人群对于基本医保不能满足需求的原因认识



资料来源：《中国商业健康保险研究》中国发展研究基金会

同时，虽然在2015-16年的调查中显示，民众一般因为对治疗方式、药品研发进展缺乏了解才导致医保外费用的保障需求偏低，但近年来，随着《我不是药神》电影的上映，以及“特药险”在内的一系列宣传，公众对医保外费用的保障需求有所攀升。2019年BCG与腾讯的一项联合问卷调查显示，85%受访者表示自己看重商业健康险是否具有“病种和治疗方式覆盖范围广”的特点。

另外，随着中产阶级的崛起，市场对多元化医疗服务的需求也大幅提升。在2019年BCG与腾讯的联合调查显示，54%受访者看重商业健康险提供“广泛多元的医疗机

构覆盖”，42% 受访者看重各种方式的健康与疾病管理，包括“健康生活方式服务”、“全病程的大病与重病管理”和“管家式的医疗服务”。

总体而言，人民群众对商保的需求有三大类，与国际市场上商业健康险的类别特点契合：

- 补充型 - 自付补充：对医保内的服务或产品自付部分的报销。其中包括对医保支付限额以上的自付部分报销，或医保支付限额以下的自付部分报销；
- 补充型 - 医保外补充：医保不覆盖的产品或服务补充；
- 互补型：同样是医保内覆盖的服务，但患者可能选择非医保定点的医疗服务机构就医。

在国际经验中，我们看到商业健康险在补充层中提供的一部分保障是满足人民基本保障生命安全和缓解生活质量和生产力的，如美国的 Medicare Part D、法国对创新药的自付部分等。

在中国，同样在补充层中，有一个层次的保障是有关人民群众生命安，或直接影响生活质量和生产力，或可能导致因病返贫的保障需求。

在补充保障 - 医保外补充中，以创新药品为例，有许多救命药、必需药、特效药，因为价格原因无法得到医保覆盖，而缺乏这些保障，会严重影响人民群众生命安全、生活质量和生产力、并可能导致因病致贫。肿瘤靶向药和免疫治疗用药，可以大幅提升五年生存率，是实现健康中国 2030 癌症五年生存率提升 15% 的关键工具。以免疫肿瘤治疗药品为例，尽管医保已经纳入四款免疫肿瘤药品，满足了霍奇金淋巴瘤、非小细胞肺癌、肝细胞、食管癌、黑色素瘤和尿路上皮癌的需求，但在同样是免疫肿瘤药品可以医治的癌症中，治疗头颈鳞癌、胃癌、小细胞肺癌、结直肠癌的药品就没有得到准入。

表二十二：创新免疫肿瘤药品进入国家医保目录情况

作用机制	是否进入国家医保目录	分子名	适应症
PD-1	已进入	信迪利单抗	霍奇金淋巴瘤
		特瑞普利单抗	黑色素瘤
		卡瑞利珠单抗	霍奇金淋巴瘤、肝细胞癌、非小细胞肺癌、食管癌
		替雷利珠单抗	霍奇金淋巴瘤、尿路上皮癌
	未进入	纳武利尤单抗	非小细胞肺癌、头颈鳞癌、胃癌
		帕博利珠单抗	非小细胞肺癌、黑色素瘤、食管癌、头颈鳞癌、结直肠癌
PD-L1	未进入	度伐利尤单抗	非小细胞肺癌（III期）
		阿替利珠单抗	小细胞肺癌、非小细胞癌、肝细胞癌（联合贝伐珠单抗）

资料来源：2020 年国家医保目录

同时，在罕见病方面，多种罕见病药还未纳入医保，罕见病多层次保障机制尚未建立，尤其是高值罕见病药物（年费用 50 万/年）没有明确途径获得报销。尽管罕见病患者人群较小，但这些疾病对这部分人群的生命、生活质量和家庭影响巨大，其带来的经济负担，即使是高收入人群也很难支持。秉承互助共济、公平正义的原则，社会应对这部分人群做出特别的关注，实现他们的医疗保障。

要求“大幅降价”是创新药纳入医保的主要挑战，在 2019 年的入围谈判药品中，

超过 40% 的产品因种种原因，无法在谈判中达成一致。在 2020 年的医保目录调整中，有 42 个申报的创新药最终无法得到准入。这些产品中有不少临床价值很高的创新药，由于达不成协议，进不了国家医保目录，意味着很多患者无法受益。同时，若患者自费采用这些产品则可能面临“费用过高”的问题。近年来，“救命药”的讨论持续不断，例如电影“我不是药神”、帖子“一针药卖 70 万”等，曾多次被央视等官方媒体报道，引起如此大的争论，其原因一方面在于一般民众现金支出无法负担的高昂费用，另一方面也暴露出社会尚缺乏对创新药物的综合价值认知。

另外，由于我国不同地区的医保支付水平有差距，“自付报销”责任的迫切程度也有所区别。尤其是针对报销限额低、报销比例低的地方，“自付报销”型商保需求的迫切程度更大。以降糖药物阿卡波糖片为例，城乡医保不同区域报销比例相差较大，一线城市报销比例显著高于其他地区，2018 年上海实际报销比例可达 60% 以上，而齐齐哈尔实际报销比例只有 4% 左右。因此，对于医保支付水平较低的地区，商业健康险的补充作用格外重要。

表二十三：降糖药物阿卡波糖片各地报销比例

城市	就诊医院	起付线	报销比例	最高报销限额	阿卡波糖片		
					国产-自付	国产-报销	实际报销比例
上海	一级医院	300	70%	无最高限额	1196	2090	63.60%
北京	一级医院	100	55%	3000/年	1533	1752	53.30%
深圳	所有医保定点医院	0	30%	160万/年	2300	986	30.00%
广州	基层选定医疗机构	0	70%	600/年	2685	600	18.30%
连云港	一级医院	500	75%	3000/年	1196	2089	63.60%
成都	一级医院及以下	100	65%	不对个人限制	1280	2005	61.00%
汤原县	定点医院	0	50%	1200/年	2085	1200	36.50%
重庆	一级医院	0	80%	1000/年	2285	1000	30.40%
大同	一级医院	0	60%	200/年	3085	200	6.10%
齐齐哈尔	乡镇卫生院	0	60%	150/年	3135	150	4.60%

资料来源：《国君医药 | 糖尿病友群里的中国医保》

第二节 我国商业健康险发展的现状与主要挑战

过去 10 年我国商业健康保险行业高速发展，2019 年实现保费收入 7066 亿元，2015-2019 年复合年增长率达到 31%，整体赔付率 33%。不同于早期经营寿险和财险的粗放经营理念，商业保险机构对健康险的经营管理也开始跳出传统经营思维，开始出现的专业健康险公司，如平安健康、人保健康等。同时，产品也日益丰富，近年来积极探索百万医疗险、城市惠民保、长期医疗险等险种，提高商业保险的可选择性和保障力度。

图十三：我国商业健康险保费收入和 2019 年基本情况



资料来源：银保监会，公开信息整理

从银保监会对商业健康险的险种分类来看，商业健康险主要包括疾病险、大病保险、医疗险、护理险和失能险。不同险种之间的保障内容、给付特点和保费水平皆有不同。

表二十四：商业健康险各险种分类和基本情况

	险种定义	给付特点	参保人规模 (2019年)	保费水平
疾病险	保险责任内被保险人发生特定重大疾病，由保险公司对所花医疗费用给予适当补偿的商业保险行为	一次性定额现金给付	约1.2亿人 (60岁以下的健康群体为主)	约3500-4500元/年
大病保险	基本医疗保障制度的拓展和延伸，对大病患者发生的高额医疗费用给予进一步保障	非现金给付	大于10亿	约80元/年
医疗险	单位和个人自愿参加，保险公司对于责任内被保险人的医疗费损失给予补偿	只对实际产生的医疗费用提供一定比例报销	约2亿人 (60岁以下的健康群体为主)	约50-2000元/年
护理险	对个体由于年老、疾病或伤残导致生活不能自理，需要在家中或疗养院治病医疗，并由专人陪护所产生的费用进行支付的保险	分多次定额现金给付	约4500万人 (40-60岁群体为主)	约120-160元/年
失能险	以因合同约定的疾病或者意外伤害导致工作能力丧失为给付保险金条件，为被保险人在一定时期内收入减少或者中断提供保障的保险	据被保险人薪酬决定保额，分多次定额现金给付	/	据被保险人薪酬而不同

从目前各险种对医疗保障的程度来看，医疗保险是对被保人实际产生的医疗费用进行报销，且赔付率较重疾病险更高，具有较为重要的医疗补偿作用。目前我国医疗保险的产品类别较多，包括政策型的大病医疗保险，由政府出资向商业保险机构购买，具有一定强制性；以及商业医疗保险部分，企业补充医疗保险、个人医疗险以及城市险为目前主要产品类别，以自愿投保为原则。主要特点如下：

表二十五：我国商业医疗保险主要产品类别和特点

	商业医疗险		
	企业补充医疗险	个人医疗险	城市险（惠民保）
总保费（2019年）	~ 1000亿	~ 580亿	~ 10亿
覆盖人数	约1.4亿人	约1亿人	约2400万人
产品价格	~800-2000元/年 少量万元以上产品	300~20,000元/年其中400元~2000元左右的百万医疗险是主要产品	~70-200元/年
赔付率	~70-85%	~35%	~20-100%（各地差异较大）
团体 vs. 个人	企业团体购买	个人购买为主	个人购买为主

注：由于存在部分人群拥有多个医疗险保障情况，因此三类医疗保险参保人数相加大于商业医疗险参保人数

资料来源：中国百万医疗险行业发展白皮书，保险行业专家访谈

但我们也发现，我国的商业健康险对比发达国家的政府管理机制、完备的产品体系和成熟的市场参与程度，还存在诸多挑战，具体表现在如下三个大方面。

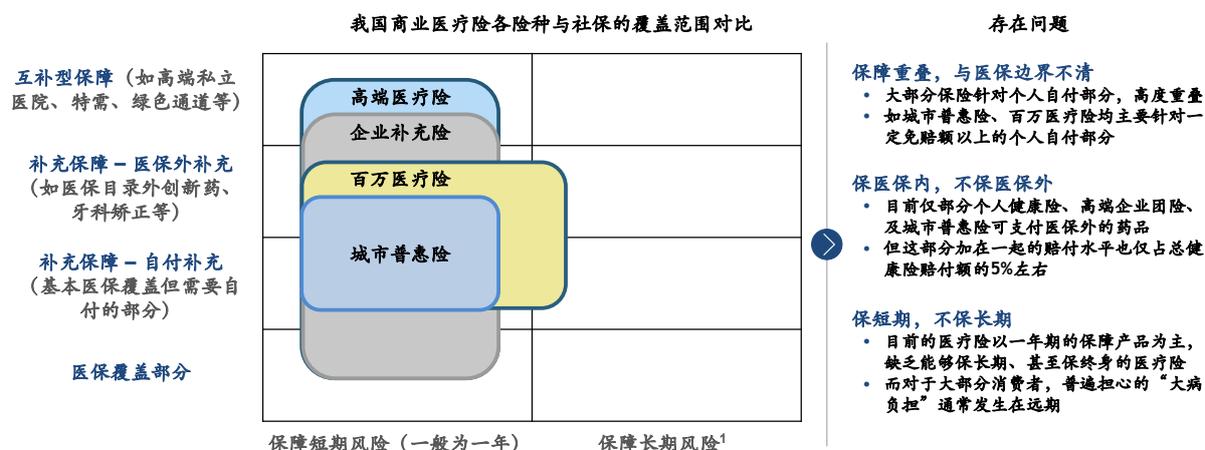
挑战 1：保障需求层次：保障水平不高，且责任边界不清晰

目前我国商业健康险总体保障水平和保障范围仍有不足，尤其在补充医疗层存在保障重叠、保短期不保长期、且与医保的划分边界不清等问题。

表二十六：我国商业健康险补充医疗层情况

	企业补充医疗险	个人医疗险	城市险（惠民保）
免赔额	根据具体条款规定 (最低0免赔额)	通常免赔额1-2万，部分高端个人医疗险不设免赔额	通常免赔额1-2万
医保目录内	通常自费部分报销100%	通常自费部分报销100%	通常自费部分报销70%
医保目录外	根据具体条款规定，约20%覆盖医保外药品	通常涵盖100-200余种特药	通常涵盖20余种特药

图十四：我国商业医疗险各险种与社保的覆盖范围对比



注 1：近年来政府积极倡导长期商业医疗险发展，部分商业健康险企业推出长期保障型商业医疗险，但整体保费规模仍然较小。

资料来源：公开信息整理、BCG 分析

商业健康保险保障水平和保障范围不足体现在以下几点：

• **对补充医疗层的保障不足。**大多数商业健康险仅保医保内的药品，不保医保外药品。目前仅部分个人健康险(如百万医疗)、高端企业团险、及城市普惠险可支付医保外的药品，但这部分产品加在一起的赔付水平也仅占总健康险赔付额的5%左右，对补充医疗层的保障不足。

• **保短期，不保长期。**目前商业医疗险以百万医疗险为代表的一年期保障产品为主，缺乏能够保长期、甚至保终身的医疗险。而对于大部分消费者，普遍担心的“大病负担”通常发生在远期，这使得消费者更倾向购买有储蓄属性的一次性给付疾病险产品。虽然2020年4月，中国银保监会发布《关于长期医疗保险产品费率调整有关问题的通知》，保险公司可以开发经营长期医疗保险产品，但从市场反馈来看，2020年全年的长期医疗险整体保费规模仅约28.2亿元，仍处于市场教育和探索阶段。

• **对高端服务的保障不足。**目前我国大部分商业医疗险以保障医保范围内的个人自付部分为主，对私立医院、特需服务等高端服务保障不足，这使得医疗资源压力集中于公立系统，且人们多样化服务需求难以被满足。

• **保障重叠，与医保边界不清。**大部分保险针对个人自付部分，高度重叠，如城市普惠险、百万医疗险均主要针对一定免赔额以上的个人自付部分。企业团险在门/急诊的报销上与城镇职工医保个人账户支付部分重叠，甚至产生因个人账户套现导致医疗服务滥用的“道德风险”。以百万医疗产品为例，大多价格在300-700元，免赔额1-2万元，且产品间保障限额和保障范围大致相同，也因此造成产品无差异化，保险公司营销费用高企，客户难以理性选择等问题¹⁵。

挑战2：保障人群覆盖：高风险和带病人群参保困难

市场机制失灵问题初显，理赔高风险人群如广大老年人、患病人群、或亚健康人群(如肥胖、体检检出无症状结节等)很难参保商业健康险。而这部分人群恰恰是最需要得到保障的人群。

图十五：中国与部分国家对补充型商业健康险的覆盖与政策

						
			中国商业医疗险	德国医保外补充型商业健康险	澳大利亚医保外补充型商业健康险	法国自付保障型商业健康险
覆盖率			15%	21%	54%	96%
赔付率			58%	~70-80%	86%	76%
政策	保险公司	不排除既往症	仅惠民保、税优险等少量既往症可保	是	是	是
		保证续保	仅长期商业医疗险等少量承诺保证续保	否	否	是
		对提供“共济性”产品的保司给与优惠		否	否	
	投保人	强制(半强制)投保	否		是	否
		对带病体/健康体投保的补贴/优惠		是		是

资料来源：银保监会公开信息整理，欧洲保险业专家访谈，文献整理

我国目前绝大多数个人购买的商业健康险广泛使用“风险选择”措施对高风险人群拒保，降低未来的赔付负担，或者收取高额的保费使得该人群无法购买商保产品。最终，个人参保人群主体为健康人及年轻人，赔付率较低，仅为约33%，对整个医疗保障体系的贡献有限。而对于市场主体的一年期保险而言，一旦参保人在保障期内患病，就很难在第二年续保，更是无法产生持续的保障作用。

大部分的企业补充险仅针对在职员工，员工退休后无法享受保障，而退休后又很难再次购买个人健康险产品，使得年轻人在退休之后的保障水平降低。

大部分的城市普惠险允许患病人群参保，但对既往症的报销水平普遍更低。因此同样会存在新发患者在患病当年保障充分，但第二年保障水平降低的问题。

表二十七：大部分商业健康险严格限制既往症投保以及老年人投保

	疾病险		医疗险	
	重疾险	企业补充医疗险	个人医疗险	城市险（惠民保）
是否允许既往症投保	否	是	绝大部分不允许	>95%产品允许既往症患者投保
是否允许老年人投保	大多数产品投保年龄上限为50-55岁	在职员工投保；仅少数企业为退休员工投保	大多数产品投保年龄上限为55-65岁	大部分产品不限投保年龄

资料来源：公开信息整理

伴随人口老龄化发展，疾病高风险人群数量将同样迎来快速上升，慢性病、肿瘤等疾病的诊疗需求将扩大。老年人是慢性病的高发人群，根据国家卫生健康委员会提供的数据显示，我国2019年有超过1.8亿老年人患有慢性病，患有一种及以上慢性病的比例高达75%。癌症发病人数也持续增加，根据2019年1月国家癌症中心发布的全国癌症统计数据报告，近10多年来我国的恶性肿瘤发病率每年保持约3.9%的增幅，主要发病人群集中在60岁以上。由于市面上大多数商业健康险产品对投保人年龄和健康状况限制严格，投保年龄上限一般在55岁-65岁，老年人和非健康人群通常无法获得商业健康险保障。面对这一块“保基本”、“保生命”的保障需求，商业健康险对于人群覆盖范围不足、医保外补充需求保障不足的问题日益增加。

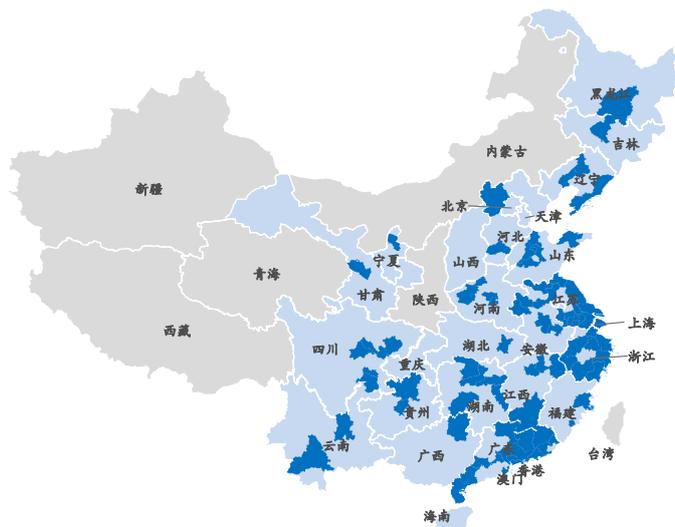
综观海外经验，在自由市场中，商业健康险容易出现“市场机制失灵”的问题，保险公司主观筛选健康人群作为投保人，而忽略对最需要医疗保障的非健康和老年弱势群体的保障。在这样的情况下，政府通常在对商业健康险的规范中起到重要作用，确保人群的广覆盖和商业健康险机构的可持续发展。例如法国、德国和美国通过立法和政策倾斜对高风险人群进行补贴、澳大利亚通过保费折扣和对高收入人群半强制参保等鼓励健康人群参保、美国和德国规定保证续保等措施鼓励长期健康险的发展等（详见第二章）。通过立法和政府干预，在这些国家，商业健康险仍能够对社会保险进行有效补充并获得较高的参保率。

本报告认为政府对推动多层次人群参保商业健康险有着必不可少的重要作用。同时，考虑到补充医疗层中部分需求的紧迫和重要性，政府可以重点推动这一层级的保障。

挑战3：城市普惠险发展的可持续性仍待时间检验

对比今年主要产品创新，城市险由于“价格低”、“投保限制少”、“保目录外药品”等特点，受到地方政府、保险公司、制药企业以及民众的广泛瞩目。截止2021年7月底，城市险共推出140余款产品，覆盖26个省份，据测算，目前城市普惠险的参保人口已经达到约6000万人。

图十六：城市险（惠民保）覆盖地区总体概况



城市普惠险产品于2020年快速推进，截止2021年7月31日，共推出140余款产品，覆盖26个省份。

省份	产品数量	省份	产品数量	省份	产品数量
安徽	7	湖南	7	宁夏	1
北京	3	湖北	2	上海	1
重庆	1	河南	5	四川	9
福建	5	河北	2	山东	12
广东	19	海南	3	山西	2
广西	2	江苏	20	天津	2
贵州	2	吉林	1	云南	1
甘肃	1	江西	5	浙江	16
黑龙江	1	辽宁	5	全国版产品	5

注：全国版城市普惠险产品仅在表格中体现 未在地图中标明。
资料来源：公开信息整理

同时，考虑到对高风险人群和带病人群的覆盖目标，在既往症的覆盖以及保费上的举措将进一步升级。上海“沪惠保”作为城市普惠险的创新典范，自2021年4月27日上线至2021年6月9日，参保人数已达到608万人。“沪惠保”的积极创新也体现了城市险的潜在趋势：

- 1. 既往症纳入保障范围：**不限制参保人的健康状况，动过手术、有既往症或“三高”人群均可投保。数据显示，97%的参保人为健康人群，约3%为既往症患者。
- 2. 个账支付，家庭共济：**82%的参保人使用个人账户支付，89%的参保人为职工，55%的参保人同时选择为家人投保。
- 3. 可报销社保外的自费部分：**100%报销21种自费药，最高可报销100万元。
- 4. 规定赔付比例：**政府对于参与城市普惠险产品的商业健康险公司提出赔付率高于一定数额的要求。

相比既有的个人参保医疗保险产品（主要是百万医疗险），城市普惠险是在高风险/带病患者保障以及“基础补充层”保障的有益尝试。基本所有项目都允许带病人群参保，许多对既往症可以赔付，同时覆盖了人民群众最迫切需求的医保支付限额外报销和医保目录外报销，这两项花费的覆盖可以有效防止因病致贫情况发生，是对“基础补充层”的有效覆盖。

城市普惠险的发展也面临如下挑战，对它的可持续发展产生影响：

- **逆向选择问题：**城市普惠险因为保障的主要是大额支付的风险，因此通常设置较高免赔额（通常为1-2万元）。年轻的健康人在参保后很可能因得到赔付而降低续保的动力；反而是具有疾病和明确花费的带病人群会积极续保，使得城市普惠险也面临“死亡螺旋”的风险，赔付率不断攀升；
- **保险公司经营积极性的问题：**部分城市政府对赔付率要求高，对保障责任要求高，而宣传力度不足，或缺失对保险公司超赔的风险补偿，使得部分保险公司面临亏损风险，长期经营的积极性下降；
- **保费规模有限：**目前城市普惠险的平均保费约70元/人（部分地方对老年人的保费有所提升）。这样的保费水平产生了对城市普惠险在的必要性的质疑，即是否可以直

接通过医保多支出来解决。

综观国际经验，无法找到一个和城市普惠险完全相同的保险形态，但以下几个保险形态的经验可供参考：

- 美国 **Exchange** 个人商保市场：政府加大健康人参保鼓励和强制力度，加大保险池化解逆向选择问题。为保险公司背书、降低营销费用以及超赔的“风险敞口”补偿，提升保险公司参与的积极性；

- 美国 **Medicare Advantage**：对保险公司提供产品的赔付率提出合理的要求，既保护了消费者利益，又保证了保险公司持续经营的可持续性；

- 法国补充医疗险：从发展脉络上来看，“互助组织”推出的补充医疗险平均保费水平也不高，相当于医保人均支出的 1/7。但在几十年间，补充医疗险成为医保的有效补充，并提升了国民的风险共济精神和保险意识，参保率逐年升高，并最终通过立法将保障扩大到低收入和小企业人群，为整个社会医疗保障水平提升铺路。

因此，我国政府应积极参与提升人民群众的风险互助和保险意识，鼓励健康人群持续参加城市普惠险，应对保险产品和赔付情况作出合理规范。同时，考虑到我国基本存在的地区间不均衡及整体保障不充分的情况，整体提升保障支出水平挑战较大，城市普惠险可以有效起到补充和铺路的作用。

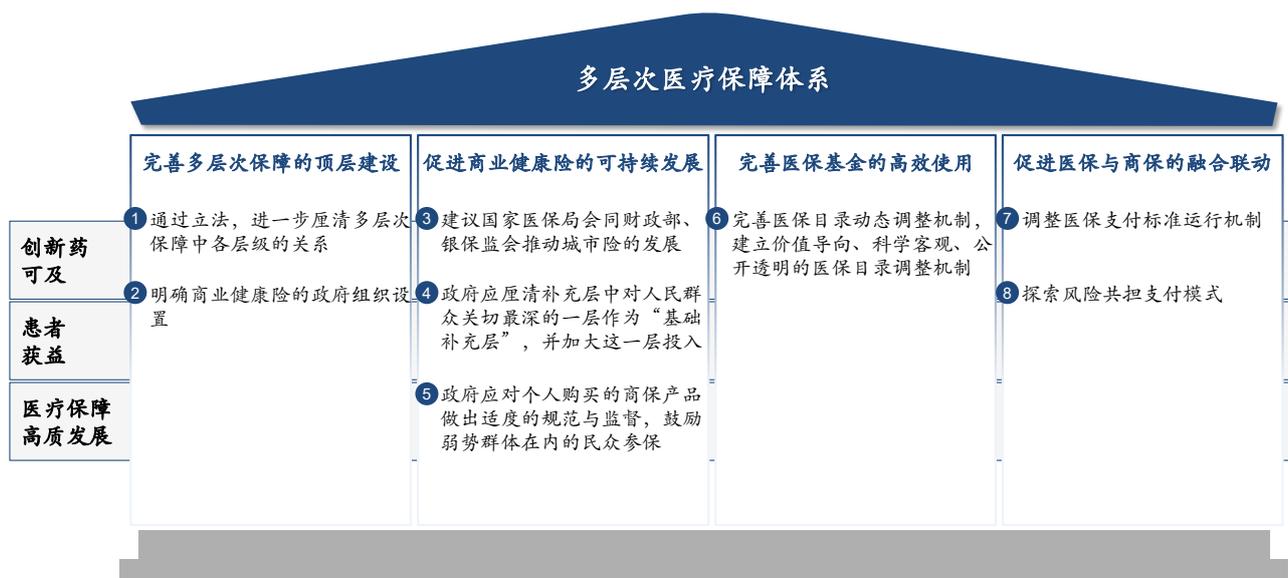
第四章

多层次保障的政策建议

伴随着我国人民对医疗服务需求的不断提升，以及人口老龄化，到2025年商业健康险的保费规模也有望达到约2万亿元，基本医保的筹资也将超过4万亿元，基本医保和商业健康险是多层次保障体系的主体。人民群众希望未来的多层次保障体系能做到，能实现需要保障的人被保障，迫切需要的医疗内容可保障，真正解决我国目前医疗保障体系不够充分、平衡的矛盾。这需要政府完善多层次保障体系顶层设计、促进商业健康险的可持续发展、完善医保基金高效使用以及促进医保商保融合联动。同时，这样的多层次保障体系也将促进创新医药的不可及性，支持创新医药产业的可持续发展，为我国人民长期的创新药需求提供保障。

本报告结合国际经验借鉴及国内专家建议，在以下四个方面提出建议：

图十七：多层次医疗保障体系政策建议



第一节 完善多层次保障的顶层设计

第一、通过立法，进一步厘清多层次保障中各层级的关系

首先划清医保的支付范围和支付水平边界，为商保明确发展空间。2020年发布的《深化医疗保障制度改革的意见》指出了多层次保障发展的大方向：到2030年，全面建成以基本医疗保险为主体，医疗救助为托底，补充医疗保险、商业健康保险、慈善捐赠、医疗互助共同发展的医疗保障制度体系。医保应明确支付范围和支付水平，为商业健康险的发展划定清晰的空间。

从具体实施上，建议加快出台《基本医疗保险待遇清单》等相关内容文件，规范医保支付范围和支付水平，以及未来调整的指导原则。

以基本医保对创新药的覆盖为例，目前的动态医保目录调整机制还有待完善，建议建立价值导向的、规则透明的动态医保目录调整评审机制，使得未来基本医保可以准入

的创新药范围更加清晰，商业健康险对未来所需覆盖的创新药产品更有可预测性。

其次商业健康险本身应覆盖多层次需求，应对各层次需求有明确界定。人民群众在基本医保覆盖的基础上，有着较为广泛的需求，包括对医保覆盖费用高的自付部分（起付线内部分、限额内自付部分、限额以上部分）、医保未覆盖费用，以及非医保定点医疗机构的费用。

因此，我国的商业健康险也应从需求出发，实现多元发展。考虑到消费者难以理解复杂的医疗保险条款，出现消费者与承包方“信息不对称”的问题。政府可以对不同层次的产品划清边界，对不同层次产品的保障内容进行一定的定义，增强产品的规范性和保障内容的可读性，提高百姓对商业健康险的认知和参与度。

同时，将推动高风险人群和患病人群纳入商业健康险保障范围作为发展多层次保障体系的重要目标之一。综观国际经验，众多国家的商业健康险允许高风险人群（如老年人）或带病参保人参保。正因为将这些高赔付风险的人群纳入到商业健康险保障范围，这些国家的商业健康险赔付率维持在70-85%左右，高于我国整体商业健康险赔付率，也高于我国个人医疗险赔付率。不仅将健康人纳入商业健康险覆盖范围，也将高风险人群和患病人群纳入，才能使得商业健康险真正为多层次医疗保障体系做出重要贡献。

同时，国际经验也显示，单靠自由市场商业健康险容易出现“市场机制失灵”的问题，使得高风险和带病人群难以得到覆盖，政府在推动这部分人群参与商业健康险的过程中起到关键的作用。

第二、明确商业健康险的政府组织设置

2021年6月15日，《医疗保障法（征求意见稿）》由国家医保局公布。“征求意见稿”首次以立法的形式对我国医疗保障体系进行了明确。对于商业健康保险，意见稿明确“国务院医疗保障行政部门会同有关部门规范商业健康保险管理，推进商业健康保险有序发展”。这也意味着从立法的角度，国家医保局和银保监会等有关部门将共同推动商业健康保险在多层次医疗保障框架之下的有序发展。未来双方对“数据交互”、“产品设计”、“产品推广”和“风险防范”等方面的职责和合作机制，应进一步明确。建议政府进一步明确不同国家行政部门在商业健康险市场中的职责：

- **国家医保局**：明确医保支付范围和支付水平，为商业健康险留出空间。承担商业健康险边界制定的指导职责，对产品设计进行规范，尤其是推动“基础补充层”保障的扩大。同时，国家医保局应共享医保数据，帮助商业健康险提升精算能力；

- **银保监会**：控制金融风险，保证商业健康险的可持续经营。规范经营行为，保障消费者权益；

- **财政部**：会同国家医保局和银保监会制定针对商业健康险的各项优惠政策；

- **地方政府**：承担推动当地商业健康险发展的职责。

第二节 促进商业健康险的可持续发展

第三、建议国家医保局会同财政部、银保监会积极推动城市普惠险的发展。各地方政府发挥推动当地城市普惠险落地的作用

- 由国家医保局和银保监会共同对城市普惠险产品设计、赔付率提供指导意见；

- 国家医保局出台政策，鼓励使用职工基本医保个人账户余额为个人或家人购买城市普惠险；

- 地方政府将城市普惠险的发展规模纳入政府工作计划当中，将参保率等指标纳入各级官员目标中；

- 地方政府承担对地方城市普惠险的推广职责，加大在公共宣传渠道的推广力度；

• 地方政府对保险公司进行公开选择,对赔付率进行规范,同时对超赔风险进行补偿,保证合理的盈利水平,保证保险企业积极性和城市普惠险的持续健康发展。

第四、政府应厘清补充层中对人民群众关切最深的一层作为“基础补充层”,并加大投入提升这一层级的覆盖,使覆盖这一层级商业健康险的参保率达到至少30%。建议将临床价值高但未纳入国家医保目录的创新药作为“基础补充层”。

综观国际经验,商业健康险的补充层中的一部分需求是关切参保人生命安全及生活质量和生产力的,其中包括对于医保未覆盖药品的支付(如美国 Medicare 的 Part D 对门诊处方药的覆盖)和较高自付负担的支付(如法国补充医疗险)。在中国,补充层中这一层级的需求也存在。

建议政府在推动整个多层次医疗保障体系发展的过程中,首要着力推动这一“基础补充层”层级的覆盖。具体可以有以下措施:

- 由国家医保局会同银保监会、卫生行政部门和相关社会团体开展课题研究,对补充层中具有迫切需求的层级覆盖范围进行界定,或提供界定的原则;
- 对于覆盖补充层的商业健康险,将这一覆盖人民群众迫切需求的“基础补充层”层级作为最低保障水平;
- 适度增加这一层级的财政支持,可以探索由财政、商业健康险共同出资的方式实施保障(可参考美国 Medicare 的 Part D 多方筹资机制的实践)或对低收入人群进行补贴参与这类商业健康险,防止因病返贫(参考法国对低收入人群补贴参与补充医疗险的实践)。

第五、在保证行业有序竞争、可持续发展的前提下,政府应对个人购买的商保产品做出适度的规范与监督,鼓励民众参保,扩大商业健康险风险池,使得高风险人群和带病参保人参保成为可能。

综观国际经验,政府对商业健康险产品的规范可以有效避免个人参保市场的“市场机制失灵”的问题,且减少保险方与参保人之间的信息不对称问题,提升保险产品的公信力。但同时,政府的参与也是双刃剑,过于严格的监管可能降低保险公司参与竞争的活力(如美国 Medicare Part C 等),降低行业发展的可持续性。我国商业健康险,尤其是商业医疗险,还处在发展的较为初级阶段。对于政府参与较多的领域,可以采取以下的手段。

一、推动整体参保率提升并纳入高风险和带病参保人。对个人商业健康险产品提出不可拒保、保证续保等政策要求时,应配套政策鼓励健康人参保,帮助保险公司扩大保险池,并对保险产品的风险提供一定的风险补偿机制来激励保险公司参与。

- **鼓励企业补充险的发展。**加大对企业为员工购买补充医疗险的税收优惠力度,对目前企业补充险税前列支比例进行合理提升。鼓励企业补充险的保障范围扩充到医保外目录补充,尤其是针对需求较为迫切的“基础补充层”中的医保目录外需求。鼓励企业补充险覆盖员工家属的医疗保障;

- **完善税优型健康险的优惠政策。**加大税收优惠力度,提高税优型产品的保障覆盖面。简化税优申报操作流程,降低投保人享受税优权益门槛;

- **鼓励长期健康险的发展。**我国已经在 2020 年的《中国银保监会办公厅关于长期医疗保险产品费率调整有关问题的通知》规定健康险保费可调,随后出台各项法规规范短期险的经营宣传,旨在划清长期险和短期限的边界,促进长期险的发展。建议对个人购买长期健康险实施税收优惠,促进参保人购买。同时,目前长期医疗险的保障期最高为 20 年,尚不能满足人民群众对长期风险的保障。建议银保监会会同国家医保局,利用国家医保局的赔付数据开展课题研究,对长期健康险的风险管控做出指导,实现长期健康险的终身化,鼓励更多年轻健康人参保;

- **探索对高收入人群购买商业健康险的半强制政策。**参考国际经验,建议对个人未

购买、或企业未为其提供补充医疗险的高收入人群征收额外的税收，鼓励高收入人群和其企业购买商业健康险。规定一定收入水平的人群必须购买健康险，其购买额度健康险的支出给予免缴个人所得税；

- **对低收入人群参保“基础补充层”商业健康险的提供补贴。**参考国际经验，当商业健康险产品已经达到较大数量的参保人时，且其覆盖的主要是“基础补充层”产品，则政府可以为低收入人群提供补贴，鼓励这部分人群参保，获得较为基本的保障，此举一则提升整个社会获得感，二则扩大保险池，增强其抗风险能力。

二、提出赔付率要求，降低保险公司营销成本，同时帮助保险公司优化风险控制能力。

- **对个人商业健康险产品的赔付率提出要求。**出台相应政策配套对保险产品的背书和宣传，切实降低保险公司的营销成本；

- **鼓励建立保险数据共享平台，鼓励数据共享。**对商业健康险覆盖的基础责任提出要求时，应提供数据共享，帮助保险公司提升精算能力，控制风险。

第三节 完善医保基金的高效使用

第六、完善医保目录动态调整机制，建立价值导向、科学客观、公开透明的医保目录调整机制：我国医保部门可基于创新药品的生命周期，建立更加公开透明、价值导向的医保目录调整评审机制。同时，对已在医保目录内产品及新纳入医保的产品要建立完善长效的综合价值评价体系，持续关注药品的安全性、有效性和经济性，并制定相应的目录调整方法。针对安全性，配合国家药监局收集副作用大、不良事件多甚至批文被撤销的药品信息并及时调出相应药品；针对有效性，会同国家卫健委与药监局要求进入医保谈判药物在续约谈判时必须提交不低于一定病例数的上市后临床实验证据或者真实世界证据，开展药品综合价值评估；对临床价值较低或不明确、易不合理用药的药品实行审评退出；针对经济性，医保局可组织后续评估创新药品进入医保目录后的使用情况，对高性价比的创新产品，制定政策，引导鼓励临床优先使用，替代临床低价值的产品，实现临床层面的“腾笼换鸟”，进一步提升基金使用效率。

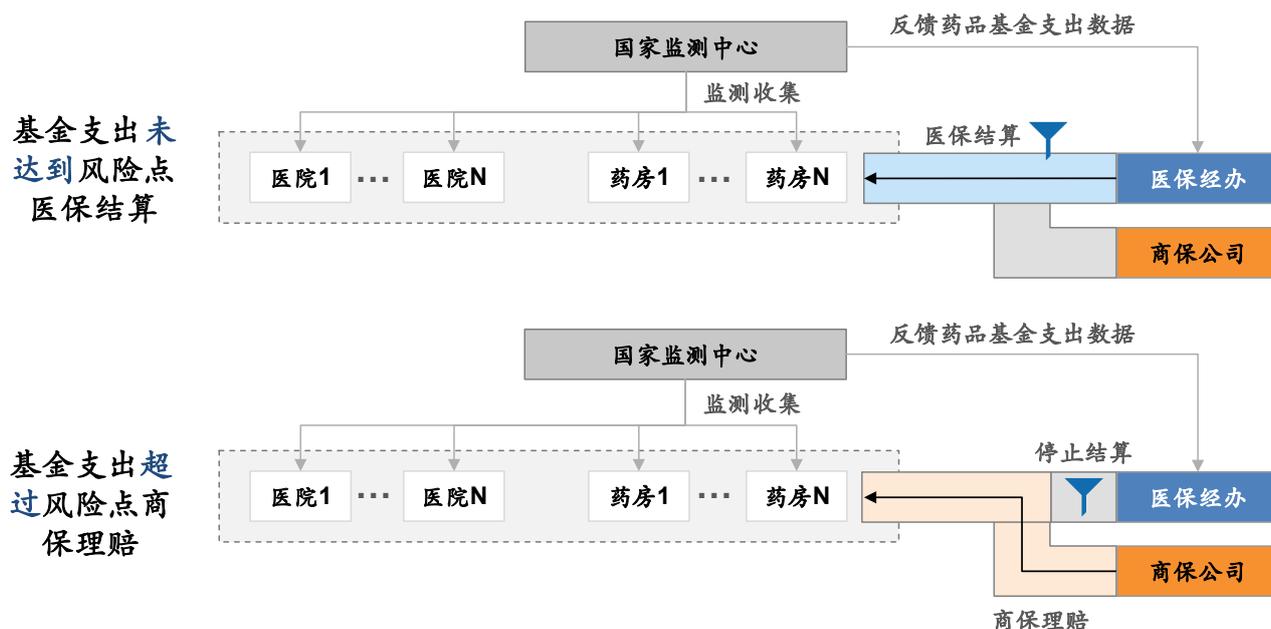
第四节 促进医保与商保的融合联动

创新药具有较大的临床与社会价值，是人民群众较为迫切的医疗需求。同时，创新药的支付也是目前多层次保障面临的主要挑战之一。因此，医保与商保的融合可从创新药的支付方面进行探索与突破。

第七、调整医保支付标准运行机制：在目前的国家医保目录动态调整后，要求各级医院采购准入创新药的价格不得高于医保支付标准。此举使得创新药的医保谈判后市场价格基本等于医保支付标准，而过低的价格可能对产品的国际市场价格产生影响。这种影响不仅作用于跨国药企产品，也可能影响本土创新药企业的产品出海打开国际市场。因此，建议国家医保目录调整后，在保持医保支付标准保密的同时，允许实际市场价格高于医保支付标准，并鼓励将高于支付标准的部分纳入个人支付和商业健康险保障的范围。

第八、探索风险共担支付模式：在促进多层次医疗保障体系发展的背景下，在国家医保目录谈判中设立商保共付的风险分担机制，我国医保部门可在规范谈判测算流程与路径的基础上，探索“量价分担”以及“疗效对赌”等新模式，协同商业健康保险进行支付。引入商业保险分担风险需要患者、门诊/药房、药企、医保和商保五方协同共建，由医保和商保实施支付风险共担，由国家医保监测中心收集来自医院和药房的医保基金支出数据，在医保基金累计支出未达到风险点时，由医保进行支付；在医保基金累计支出超过风险点后，医保停止结算，由商保进行理赔，商保进行理赔实际上是由药企承担保费，在患者端，不影响患者报销行为¹⁶。

图十八：引入商业保险分担风险体系示例



资料来源：《多层次保障框架下的高值创新药物医保准入新思路》，作者丁锦希，李佳明，任雨青

总之，商业健康保险是国家社会保障体系中重要组成部分，对提升全民健康保障水平，满足不同层次的健康需求，推动社会经济和谐发展具有非常重要的积极意义。做好这一项工作，需要秉承“解放思想、实事求是”和“不忘初心、牢记使命”的理念，破除固有思维，不断适应中国经济发展和老龄化社会的演变规律以及人民群众对健康的需求变化，及时调整相关政策；在政府引领下，充分发挥市场的调节作用，使社会得和谐、人民获实惠、创新可持续，使商业健康保险真正发挥社会稳定发展的助推器的作用。

附录一 我国商业健康险相关政策梳理

年份	文件名称	颁发机构	商业健康险相关政策
2006.9	《健康保险管理办法》	保监会	“健康保险第一部专门化监管规章。”
2009.3	《关于深化医药卫生体制改革的意见》	国务院	“鼓励商业保险机构开发适应不同需要的健康保险产品……积极提倡以政府购买医疗保障服务的方式，探索委托具有资质的商业保险机构经办各类医疗保障管理服务。”
2009.5	《关于保险业深入贯彻医改意见积极参与多层次医疗保障体系建设的意见》	保监会	“大力发展商业健康保险，满足多样化的健康保障需求……积极参与与基本医疗保障经办管理服务……积极探索参与医疗服务体系建设”
2012.3	《国务院关于印发“十二五”期间深化医药卫生体制改革规划暨实施方案的通知》	国务院	“鼓励商业保险机构发展基本医保之外的健康保险产品，积极引导商业保险机构” “开发长期护理保险、特殊大病保险等险种，满足多样化的健康需求。鼓励企业、个人参加商业健康保险及多种形式的补充保险，落实税收等相关优惠政策……”
2012.8	《关于开展城乡居民大病保险工作指导意见》	发改委、卫生部、财政部、人社部、民政部以及保监会	“明确城乡居民大病保险的承办方式“采取向商业保险机构购买大病保险的方式”。并指出要规范大病保险招标投标。”
2013.9	《国务院关于进一步促进健康服务业发展的若干意见》	国务院	“鼓励商业保险机构等以出资新建、参与改制、托管、公办民营等多种形式投资医疗服务业。……鼓励发展与基本医疗保险相衔接的商业健康保险，推进商业健康保险承办城乡居民大病保险，夸大人群众覆盖面……”
2014.8	《国务院关于加快发展现代保险服务业若干意见》	国务院	鼓励保险公司大力开发各类医疗、疾病保险和失能收入损失保险等商业健康保险产品，并与基本医疗保险相衔接……政府可以委托保险机构经办，也可以直接购买保险产品和服务
2014.10.	《国务院办公厅关于加快发展商业健康保险的若干意见》	国务院	“扩大健康保险产品供给，丰富健康保险服务，使商业健康保险在深化医药卫生体制改革、发展健康服务业、促进经济提质增效升级中发挥“生力军”作用……全面推进并规范商业保险机构承办城乡居民大病保险，稳步推进商业保险机构参与各类医疗保险经办服务”
2015.12.	《关于实施商业健康保险个人所得税政策试点的通知》	财政部、税务局、保监会	“规定试点地区、商业健康保险产品规范及若干管理问题以及个人所得税税前扣除征管问题，确定个人税收优惠政策从2016年1月1日起在试点地区开始实施”
2016.8	《“健康中国2030”规划纲要》	国务院	“到2030年，现代商业健康保险服务业进一步发展，商业健康保险赔付支出占卫生总费用比重显著提高”
2016.12	《国务院关于印发“十三五”期间深化医药卫生体制改革规划暨实施方案的通知》	国务院	“积极发挥商业健康保险机构在精算技术、专业服务和风险管理等方面的优势，鼓励和支持其参与医保经办服务，形成多元经办、多方竞争的新格局。……丰富健康保险产品，大力发展消费型健康保险……”
2017.5	《国务院办公厅关于支持社会力量提供多层次多样化医疗服务的意见》	国务院	“鼓励商业保险机构和健康管理机构联合开发健康管理保险产品，支持商业保险机构和医疗机构开发针对特需医疗、创新疗法、先进检测检验服务、利用高值医疗器械等保险产品。”
2017.6	《关于将商业健康保险个人所得税试点政策推广到全国范围实施的通知》	财政部、税务局、保监会	“通知规定，从7月1日起，将商业健康保险个人所得税试点政策推广到全国范围，购买商业健康保险可以抵扣个人所得税”
2019.11	《健康保险管理办法》	中国银保监会	对保险机构产品费率进行了调整，给予保险经营主体更灵活的空间，费率调整的权利交给主体，保险公司拥有更大的产品定价权，对于长期健康险产品的设计开发提供强有力支撑，对于短期健康险产品，规避了产品同质化，推动产品回归保障本质。
2020.1	《关于促进社会服务领域商业保险发展的意见》	中国银保监会等13个部委	在第一条“扩大商业健康保险供给”中明确提出，力争到2025年，商业健康保险市场规模超过2万亿元，成为中国特色医疗保障体系的重要组成部分。
2020.3	《关于深化医疗保障制度改革的意见》	中国银保监会 发展改革委 教育部 民政部 司法部 财政部 人力资源和社会保障部 自然资源部 住房城乡建设部 商务部 卫生健康委 税务总局 医保局	到2030年，全面建成以基本医疗保险为主体，医疗救助为托底，补充医疗保险、商业健康保险、慈善捐赠、医疗互助共同发展的医疗保障制度体系”。
2021.06	《医疗保障法（征求意见稿）》	国家医疗保障局	国家建立以基本医疗保险为主体，医疗救助为托底，补充医疗保险、商业健康保险、慈善医疗救助等相互衔接、共同发展的医疗保障制度体系。 国务院医疗保障行政部门负责全国的医疗保障管理工作，国务院其他有关部门在各自的职责范围内负责有关的医疗保障工作。

附录二 部分国家商业健康保险鼓励政策总结

	政策内容	相关法案	颁布时间
要求/鼓励对带病体承保			
德国医保外补充型保险	健康险主体不可以拒绝带病体投保。	《社会法典》	1995
	2009年，德国政府要求所有商业健康险公司必须提供投保人一个最基本的替代性健康医疗保险方案，该保险方案保障范围与法定社保范围类似	《为了刺激法定医疗健康市场的竞争》	2009
澳大利亚医保外补充型保险	健康险主体不可拒绝带病体投保	Private Health Insurance Act	2010
	健康险主体可以根据投保个体的身体状况，最多设置12个月的等待期	Afford Care Act	2007
巴西医保外补充型保险	法律明确规定健康险主体不可以以居民的身体状况、年龄为由，拒绝其享受购买保险服务的权利	Law 9.961建立ANS规定	2000
法国自付保障型保险	如果补充医疗保险机构提供至少一种被称为“共济性保险”的产品，允许不健康人群不经核保、无须体检、带病投保，则该公司可免缴7%的保费税	《健康保险法案》	2004
鼓励对低收入家庭承保			
法国自付保障型保险	年收入低于一定水平的个人或家庭可获得由政府出资，商保公司管理的自付保障型商业健康险	CMU-C法案	2000
保证承保/续保			
德国医保外补充型保险	商业健康险需满足保证续保，但允许续保时费率进行一定调整（在2009年-2019年，健康险保费年均增长率2.8%）	《为了刺激法定医疗健康市场的竞争》	2009
巴西医保外补充型保险	在居民购买商业健康险方案的24个月内，若健康险主体拒绝为带病体换保或续保，则为违法行为	ANS规定	2000
鼓励年轻人和长期性投保			
澳大利亚医保外补充型保险	澳大利亚居民在年满31岁后的第一个7月1日之前未投保商业医疗保险，每延迟一年额外支付2%的保费，最高累加费率70%。	Life Health Cover	2000
	18-29岁的投保人群，商业健康险公司为此年龄段的客户提供最高不超过保费10%的折扣。人们将保留该折扣，直到他们进入41岁。	Age based Discount	2019
	政府对不购买商业健康险的高收入群体，征收处罚性税金；个体年收入超过9万澳币或家庭年收入超过18万澳币的群体，若未购买商业健康险的话，视具体收入，需多交1%-1.5%的个人所得税。	Medicare Levy Surcharge	1998
强制投保			
法国自付保障型保险	中小型企业需强制出资，确保所有员工参保自付保障型健康险	Employment Security Act	2016

参考文献

1. 国家卫健委, 中国卫生健康统计年鉴. 中国, 2019
2. Congressional Budget Office (2012). Offsetting effects of prescription drug use on medicare's spending for medical services. Congressional Budget Office Report, Retrieved at <http://www.cbo.gov/sites/default/files/cbofiles/attachments/43741-MedicalOffsets-11-29-12.pdf>
3. Halpern et al., 2009, "Impact of adalimumab on work participation in rheumatoid arthritis: comparison of an open-label extension study and a registry-based control group," *Annals of the Rheumatic Diseases*
4. Michael Christel. Pharm Exec's Top 50 Companies 2020[EB/OL]. <https://www.pharmexec.com/view/pharm-execs-top-50-companies-2020>, July 9, 2020
5. Health at a Glance 2019: OECD Indicators, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/4dd50c09-en>
6. Francesca Colombo, Nicole Tapay, Private Health Insurance in OECD Countries: The Benefits and Costs for Individuals and Health Systems, 2004
7. 余小豆, 袁涛, 多层次医疗保障的国际比较与启示, 中国健康保险, doi:10.19546/j.issn.1674-3830.2019.3.017
8. 朱铭来, 丁继红, 健康保险税收优惠政策的国际比较研究, 经济社会体制比较(双月刊)
9. German Insurance Association, Statistical Yearbook of German Insurance 2019
10. Anna Sagan, Sarah Thomson, Voluntary health insurance in Europe Country experience, ISBN 978 92 890 5037 1
11. Sandier S, Paris V, Polton D. Health care systems in transition: France. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies, 2004
12. CYRIL BENOÎT, Private Health Insurance in France: Between Europeanization and Collectivization, 2019
13. 中国保险行业协会, 商业健康保险国际研究报告, 2016, ISBN978-7-5049-9086-0
14. Sarah Thomson, Anna Sagan, Private Health Insurance History, Politics and Performance, August 2021, <https://doi.org/10.1017/9781139026468>
15. 李煜, 商业健康险发展的国际经验及启示, 改革与战略, NO.5, 2018 VOL.34
16. 丁锦希, 李佳明, 任雨青. 多层次保障框架下的高值创新药物医保准入新思路[J]. 中国医疗保险, 2021(02):26-30

