



商业健康险、 医药行业与医疗机构 协同创新案例研究

2025年1月

清华大学五道口金融学院中国保险与养老金融研究中心

中国外商投资企业协会药品研制和开发工作委员会(RDPAC)

商业健康险、医药行业与医疗机构 协同创新案例研究

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

2025年1月

指导单位

国家卫生健康委卫生发展研究中心

北京中康联医疗技术研究院

支持单位

辉瑞中国、惠医健康

主笔

朱俊生、刘晓、卢欣、黄哲

目录

摘要	1
一、研究背景	2
(一) 商业健康险对创新药的支付贡献不断提升	2
(二) 协同创新可提升商保对创新药的支付价值	3
(三) 协同创新可促进创新药物应配尽配	4
二、三方协同创新案例的主要探索方向	5
(一) 建立医疗机构与商保的合作机制——中山医院与人保合作	5
(二) 深度促进医疗与保险机构协同——阳光人寿“直通 30”服务	6
(三) 整合资源形成协同网络——复星医药险闭环模式	6
(四) 提升惠民保特药保障落地可及性——某跨国创新药企助力打通惠民保落地最后一公里	6
(五) 推动单病种创新支付和多方共付模式——某跨国创新药企血友病医药险合作模式	7
(六) 缓解商保理赔滞后导致客户住院期间资金压力——商涌科技即时垫付服务	7
(七) 从“医保补充型”向“医保替代型”——柏盛健康推动健康险市场转型	8
(八) 海外市场可参考经验	8
三、三方协同创新的关键堵点、痛点	10
(一) 医保费用管理影响高价值药品处方可及性	10
(二) 医院绩效考核影响药品按需使用	11
(三) 信息系统难以互联互通，数据难以共建共享	11
(四) 商保产品创新药保障有待提升	12

四、促进三方协同创新的政策建议 13

- (一) 优化医保费用管理政策，发挥商保在支付改革下的作用 13
- (二) 优化医院绩效考核，发挥商保支付功能 15
- (三) 加快数据共享，实现一站式结算 15
- (四) 促进保险机构提升创新药保障水平 16
- (五) 医疗机构可加强临床用药精细化管理，促使药品合理使用 16

摘要

近年来，商业健康险与医药行业不断融合，商保对创新药的支付贡献不断提升。在医保费用管理与公立医院绩效考核的政策环境下，推动商业健康险、医药行业与医疗机构的协同创新可提升商保对创新药的支付价值，促进创新药物应配尽配。

本研究通过调研，分析商业健康险、医药行业与医疗机构协同创新的典型案例，着重探索三方协同解决创新药最后一公里问题，致力于提高患者对创新药的可及性及可负担性，特别是处方的可获得性。研究认为，三方协同创新的关键堵点与痛点包括：一是医保费用管理影响高价值药品处方的可及性；二是医院绩效考核影响药品按需使用；三是信息系统难以互联互通，数据难以共建共享；四是商保产品对创新药的保障有待提升。

为促进三方协同创新，提高创新药品的可及性，需要医保和卫健部门优化政策，如改革医保费用管理政策，发挥商保在支付改革下的积极作用；完善医院绩效考核，发挥商保支付功能；加快数据共享，实现一站式结算等。同时保险机构应提升创新药保障水平，医疗机构可加强临床用药精细化管理，促使药品精准合理使用。

一、研究背景

（一）商业健康险对创新药的支付贡献不断提升

2023年，我国商业健康保险保费收入为9035亿元，占人身险保费收入的25.5%，占总保费收入的17.6%。2013年以来，我国商业健康保险保费增长速度显现明显的波动：2013-2020年，呈现快速发展态势，年均增长率23.4%（仅2017年和2020年低于20%，其他年份均高于20%）；但2021-2023年，发展速度一路走低，连续三年均低于5%（分别是3.4%、2.4%和4.4%）。

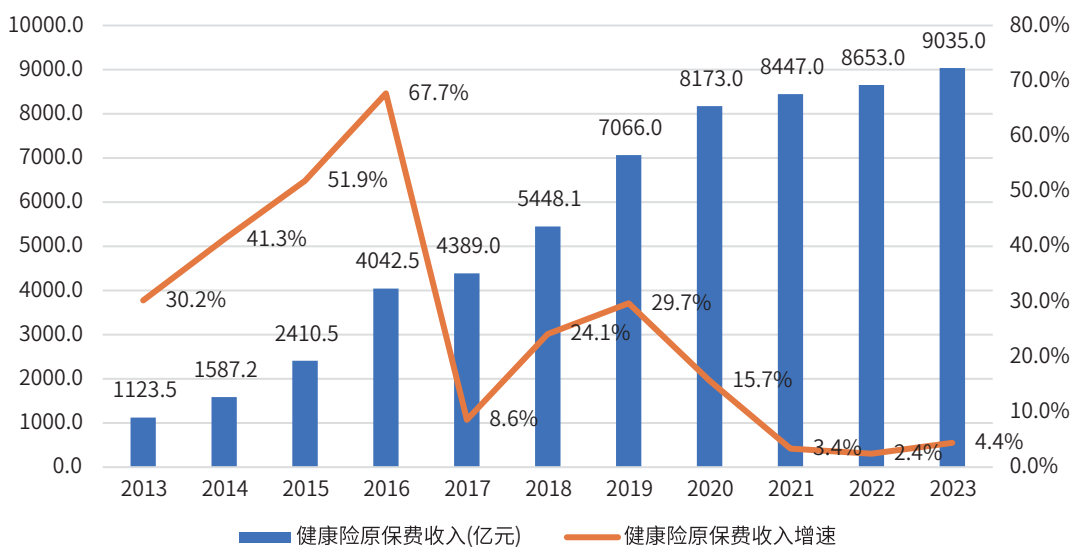


图1 2013-2023年商业健康保险保费及增长

资料来源：国家金融监管总局

从险种结构看，健康险以疾病保险和医疗保险为主，二者占比超过90%。2023年，疾病保险保费收入4603.5亿元，占比51.0%。医疗保险保费收入3622亿元，占比40.1%。护理保险保费收入626.9亿元，失能收入损失保险保费收入6亿元，两者占比之和不到10%。近十年来，医疗保险总体保持较快增长态势，在2013-2020年连续八年发展速度超过25%，2021年同比增长15.9%，在2022-2023年出现了负增长。由此可见，医疗保险增长进入稳定期，需要新的突破。

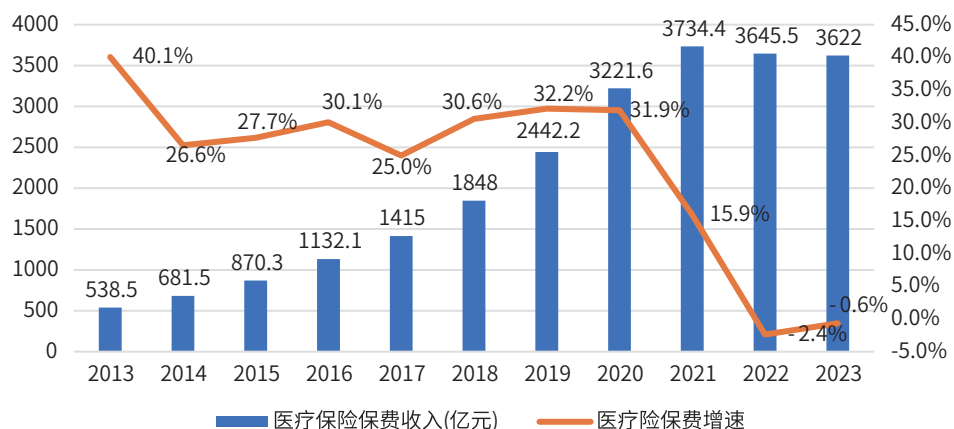


图 2 2013-2023 年医疗保险发展情况

资料来源：国家金融监管总局

近年来，商业健康险（主要为医疗保险）与医药行业不断融合，商保对创新药的支付贡献不断提升。惠民保、百万医疗险及特药险等商业健康保险产品大都包含特药责任。截至 2023 年，超过 90% 的惠民保产品包含特药责任，且肿瘤创新药是惠民保目录的核心药品。百万医疗险、特药险等在创新药保障方面则呈现“药品目录广、获批适应症全覆盖、待遇水平提高”等特征。据统计¹，2023 年创新药市场规模约 1400 亿元，其中，商业健康险对创新药的支付总额约为 74 亿元，占市场规模的 5.3%。相较 2019 年，商业健康险对创新药的支付规模年复合增长率为 25%。2023 年商业健康险赔付金额超过千万的药品共计 18 个，其中 2 个药品赔付金额超过 1 亿元。商保渠道对于商业健康险整体赔付金额排名前 25 的药物的平均渗透率约为 13%，商业健康险对创新药发挥了重要的支付作用。

未来，随着健康险特药责任的不断优化和参保人群的健康状况变化，商业健康险对创新药的支付作用将进一步提升。

（二）协同创新可提升商保对创新药的支付价值

医疗服务提供者拥有的“处方权”直接影响了创新药使用和商保赔付情况。在我国医疗体系中，公立医院在医疗服务业务总量和优质医疗资源的分布上居于核心地位，同时也拥有最大比例的用户诊疗触点，对于创新药的使用具有最高影响力。

当前医疗机构，尤其是公立医院，与商业健康保险、医药行业协同机制不畅，制约了商业健康保险对创新药发挥更大的支付价值。医疗机构和医药行业与商保合作机制欠缺，合作路径不畅通、合作目标不明确、风险共济机制不完善，造成了“医不懂保，保不懂医”的困境。比如，医院和医生不太熟悉创新药的商保赔付政策和流程，不利于提高商保已覆盖创新药的使用效率和按需配备。商保与医保和院内结算数据没有对接，总体缺乏一站式结算平台，商保理赔流程复杂，影响了对商保的认知度和满意度。

¹ 波士顿咨询（BCG）、中再寿险和镁信健康：《中国商业健康险创新药支付白皮书（2024）》，2024。

商业健康险、医药行业与医疗机构协同创新，可提升商保合作医疗机构与医生群体的影响力，使商业健康险产品使用流程更顺畅，为广大用户提供更高品质医疗保障。因此，为了进一步提升商业健康保险对于创新药的支付价值，有必要研究建立和完善医疗机构参与医药企业与保险业协同创新的规范性渠道和机制。

（三）协同创新可促进创新药物应配尽配

目前国谈药与目录外药品进院，都面临比较大的挑战，难以实现创新药应配尽配。

对于国谈药而言，入院通路成为了创新药发展的重要卡点之一。即使药品已经获得了医保目录的准入，但由于医院的采购流程复杂、医疗机构用药总品种数量限制以及医院对新药的审慎态度，使得纳入医保目录的药品难以迅速进入医院的药品供应链。同时，医院的药事会议通常决定了哪些药品可以被医院采购，医院药事会的召开频率和节奏也会很大程度上影响药品的进院。受品规数量、价格等因素以及临床使用习惯等限制，不少医院药事会召开不及时、不固定，造成药品不能及时进院。另外，“双通道”政策运行不畅，创新药进入“双通道”药店和进院，产品的市场推广效果差异明显。处方难以向药店流转，导致“双通道”难以正常运转。研究显示，²截至 2023 年 9 月底，2022 年版国家医保药品目录的协议期内 260 个样本谈判药品在全国三级医院覆盖率的中位值为 7.8%，约 60% 的样本药品仅覆盖不到 10% 的三级医疗机构。商业健康险作为连接医药产业与医疗服务提供者的桥梁，可以对促进创新药物顺利进入医院通路发挥重要作用。商业健康保险通过定制化的保障方案，不仅为患者使用创新药物提供了经济上的可行性，还通过风险共担机制，降低了医疗机构在采纳新兴治疗方案时的财务负担。

另外，商保对目录外药品进院有一些探索，但总体支付体量较为有限。目前多种形态的商业健康险都为创新药提供保障。其中，中端医疗险产品（如“百万医疗险”）的保障范围突破了医保目录的限制，且部分产品设置了自费药品责任清单；部分惠民保产品保障范围突破了医保目录限制，且部分设置高值自费药品责任，两者都实现了对创新药的直接支付，但支付体量总体较为有限。因此，亟需充分发挥商业健康险对于促进国谈药以及目录外药品进院的作用，实现商业健康险、医药行业与医疗机构协同创新，促进创新药物顺利进医配备。

² 中国外商投资企业协会药品研制和开发工作委员会 (RDPAC): 《国家医保谈判药品落地现状和地方实践经验研究报告》，2024 年 1 月。

二、三方协同创新案例的主要探索方向

本研究通过调研、分析商业健康险、医药行业与医疗机构协同创新的典型案例，着重探索三方协同解决创新药最后一公里问题，提高患者对创新药物的可及性及可负担性，特别是处方的可获得性。其中，中山医院与人保健康合作建立研究中心，并且已经与保险公司试点商保直赔，探索建立医疗机构与商保的合作机制；阳光人寿推出“直通30”服务，深度促进医疗与保险机构协同；复星探索“医药险”闭环模式，整合资源形成协同网络；某跨国创新药企助力打通惠民保落地最后一公里，提升惠民保特药保障落地；某跨国创新药企探索血友病专病领域，推动单病种创新支付和多方共付模式；商涌科技探索即时垫付服务，缓解商保理赔滞后导致客户住院期间资金压力。

（一）建立医疗机构与商保的合作机制——中山医院与人保合作

医院和医生在商业健康险发展中发挥着重要作用。但医疗机构与商保公司合作机制尚不健全，商保对于创新药的保障作用难以发挥。实现商业健康险、医药行业与医疗机构协同创新，亟需建立医疗机构与商保的合作机制。

2023年，复旦大学附属中山医院和中国人民健康保险股份有限公司携手成立“中山-人保创新研究中心”，以联合开展医险融合模式下的创新研究课题，促进医疗服务和支付端改革的产学研成果转化。研究中心作为“医险融合”模式的重要载体，开展了包含精细化医疗管理、商保优化保障设计等诸多医疗保险课题，以研究缓解支付端压力，并为医院下一步病种结构优化，疑难杂症的精准导流做准备。同时，研究中心作为复旦大学附属中山医院临床科室与商保公司的临床合作平台，就特定患者的健康管理进行合作。此外，研究中心还作为教育基地，承接研究院在读学生，协助推进“产学研用”深度融合，培养健康管理研究领域的高层次专业人才。

中山医院与人保通过共建研究中心，深化合作机制，有助于商保不断丰富产品供给，实现与创新药以及高品质医疗服务协同发展，满足个性化、多样化保障需求。

与人保健康的合作，也深化了中山医院对于商保的理解。2024年9月，中山医院作为首批12家三甲医院之一参与了上海市医保商保直赔试点。

（二）深度促进医疗与保险机构协同——阳光人寿“直通30”服务

我国优质医疗资源稀缺，27%的病人集中于0.3%的三级医院，“去好医院治病”成为广大患者的挑战。对此，保险公司积极探索与医院合作，为客户提供优质医疗资源服务，将保险的支付功能与医疗服务结合起来，提供综合解决方案。

阳光人寿2022年推出“直通30”服务，满足客户对于优质医疗服务与保障需求。依托“直通30”服务，阳光人寿可以为不幸罹患特定高发癌症（10种）的患者提供国内知名三甲医院优质的诊疗服务体验，让患者在主诊医生和专属病案经理的全程协助下，享受从初诊、复诊、住院及院外康复全流程医学管理服务。一旦符合理赔条件，客户还能获得保险理赔，减轻患者康复治疗的经济压力。

“直通30”服务聚焦就医“痛点”，不仅提供优质的医疗网络和全流程服务体验，更是结合保险保障的属性，为风险化解提供完整的综合解决方案，深度促进医保协同。

（三）整合资源形成协同网络——复星医药险闭环模式

商业健康险作为医患关系之间的第三方，除发挥支付作用外，还可以引导医患双方合理就诊、规范诊疗，缓解患者疾病经济负担，提高医疗服务效率，实现医疗资源合理化配置。

复星医药依托健康产业链的全面布局，融合医疗服务与药品器械，提供从诊前、诊中到诊后，从院内到院外的一站式医疗服务。并以多样化的保险产品，满足不同用户对自身健康管理的全面需求。以乳腺癌患者为例，复星医药依托于复星医药旗下药械板块的布局，凭借对乳腺癌的专业病程管理能力，通过乳腺癌复发险和进展险等相关保险产品，对患者实现全病程深度管理。

复星医药通过资源整合，形成协同网络，提高了创新药医院配备速度，优化流程，确保药品高效分发，为患者提供前沿治疗方案。同时通过数据驱动的精化管理，预测患者治疗需求，优化库存管理，控制医疗成本，提升运营效率。通过商保及与全国药房合作，优化支付体系，打通支付环节，降低了患者自付负担，提高了创新药可及性和可支付性。

（四）提升惠民保特药保障落地可及性——某跨国创新药企助力打通惠民保落地最后一公里

惠民保的特药责任为创新药发展提供了重要的支付价值，但在用药可及性和可支付性方面仍面临较大挑战。对于院内用药场景，在DRG/DIP支付改革背景下，一些高值创新药因其高定价影响医生处方决策，降低了医院采购的可能性；对于院外用药场景，药品需要进入外配处方目录，医生方可开具电子处方，进而实现惠民保院外特药责任下的理赔报销。而由于外配处方目录分正式和临采，

以临采的身份进入外配处方目录的药品，需患者就诊时提供临采单才能够配送和输注，一定程度增加了用药可及的难度。对于联合用药的产品，商保和医保未完全衔接的情况对可支付性产生了影响。一是某创新药是自费药但已经纳入惠民保，但因为联合用药方案中含有医保药，仍会在诊疗场景下，因为药占比、医保适应症等原因，在院内无法处方该医保药，造成该创新药无法按照惠民保适应症使用，导致无法报销；二是 VBP 导致说明书中指定联合用药在部分省份不可及，创新药的使用方法与保司严格按照说明书适应症描述不完全相符被拒赔，从而影响产品的可支付性。

某跨国创新药企积极发挥药企独特作用，提升惠民保特药保障落地可及性。一是推动政策优化，推动政策允许院外特药目录的使用。二是推动简化流程，通过使用电子外配处方，减少患者在药品获取过程中的中间环节，提高效率。三是提高联合用药的灵活性，调整联合用药方案，使其既满足临床需求，又符合报销政策。

（五）推动单病种创新支付和多方共付模式——某跨国创新药企血友病医药险合作模式

我国血友病患者治疗率不足，就医与用药的可及性和可支付性都存在很大缺口。诊断和治疗延迟导致血友病患者包括关节畸形、严重的出血在内的并发症发生概率都很高。

为帮助血友病患者接受规范化治疗，减少出血性损伤，缓解其治疗及用药负担，某跨国创新药企联合 TPA 等机构，推出血友病患者创新支付项目，探索血友病领域多层次医疗保障体系下的多方共付模式，帮助血友病患者缓解其治疗及用药负担，进一步提升诊疗可及性与规范性，更好地发挥商业保险作用，让多层次支付体系助力患者用得上药、用得起药。

（六）缓解商保理赔滞后导致客户住院期间资金压力——商涌科技即时垫付服务

目前，我国商业健康保险主要采用“事后报销”的理赔方式。购买了商业保险的患者到医院就诊时，需要全额垫付医疗费用，然后整理发票、费用清单、病历、检查结果等一系列文件进行报案、理赔。如果在院治疗期间自费比例高或金额大，患者在先行垫付阶段，经济压力难以纾解，有的甚至因为无力垫付而放弃治疗。可见，理赔滞后影响患者体验及对保险的信任。

商涌科技自 2017 年成立，首创了应用大数据风控 + 智能审核体系、且支持移动支付的即时垫付服务，即在保险客户住院时，为其提供住院押金垫付，旨在帮助客户减轻住院期间的资金压力，提升保险产品服务竞争力，加强保险公司与客户之间的关系。同时，对高费用血液肿瘤类疾病深度管理，从确诊、治疗方案的选择到后续治疗，商涌科技全程提供专业建议和支持。

（七）从“医保补充型”向“医保替代型”——柏盛健康推动健康险市场转型

在医保改革背景下，部分消费者愿意用更高的医疗成本获取更满足其个性化就医需求的医疗服务，包括：原研药、优质耗材、专家医疗资源、个性化诊疗路径、单人病房等。相应的，健康险市场需求逐步从“医保补充型”转向“医保替代型”。

上海新玟健康科技有限公司（品牌名“柏盛健康”，以下统称“柏盛健康”）致力于链接保险公司及医疗供给方，共同促进“医保替代型”健康险产品的发展。目前柏盛健康的主要业务模式为：通过为保险公司提供贯穿战略咨询、产品设计、再保排分、渠道搭建、客户服务、直赔快赔、风险控制、两核支持等的全方位支持，促进“医保替代型”健康险业务的发展，保司可根据自身健康险业务发展阶段及产品、分销、两核、客户服务等能力建立情况，按照模块将部分服务需求外包给柏盛健康。

“医保替代型”健康险产品可以为客户提供超出医保控费限制的医疗资源供给，包括原研药、进口耗材、专家资源、个性化诊疗路径、单人病房，以及康复 / 护理服务等。

柏盛健康同时与优选医疗机构建立深度合作，通过直快赔，及医疗费用支付方式等方面的创新，在保证医疗质量，且医疗费用合理可控的前提下，为优选医疗机构定向引流。

（八）海外市场可参考经验

国际上医疗体系通常试图实现三重目标，即降低人均医疗支出、提升患者就医体验以及提升人群健康水平。为实现上目标，药企与保险公司在以下方面积极合作：

一是通过创新支付合作来降低人均医疗支出；二是通过提供药品之外的数据分析、健康 / 疾病管理等服务类战略合作来提升人群健康水平及患者就医体验。

1. 创新支付

一是按疗效付费（Outcome-Based），主要是基于约定的药物实际效果、恢复状况进行支付，为患者分担治疗失败的风险。一般更适用于在短期内有成效的药品。某跨国创新药企开发出用于治疗 ALK 阳性非小细胞肺癌的创新药。在美国，该药企承诺为其肺癌治疗药物提供担保，如果该药物在前三个月内无效，将向患者和健康计划退还全部费用。某跨国创新药企为开发出的某创新药提供疗效保险。在保险期限内，当影像学证明该患者疾病复发或进展时，即可获得赔付。对于某跨国创新药企的某款创新药，支付方哈佛格林健保（Harvard Pilgrim Health）与该药企协议基于患者血糖水平，按疗效付费，将糖尿病药物度拉糖肽的报销与患者的糖化血红蛋白（HbA1c）水平挂钩。

其他市场也有类似的基于疗效的风险分担安排，如某跨国创新药企在欧洲建立 PRM(Personalized Reimbursement Model) 平台，平台数据库会生成基于电子医疗记录的真实世界数据，以支持按疗效支付模式 (Performance-Based Risk-Sharing Arrangement, PBRSA)，针对一些癌症药品，根据无疗效的患者占比结算应退回的药品费用。

二是捆绑支付，即基于患者数量支付，患者可在约定时间内获取约定数量的特定药品，可用于昂贵药品、慢性病药品等，也被称为订阅模式支付 (Subscription model/Netflix model/Licensing model)。捆绑支付案例包括某跨国创新药企的 GLP-1 RA Bydureon 储蓄卡，符合条件的商业保险患者每月支付低至 0 美元；某跨国创新药企的胰岛素，符合条件的患者每月支付 99 美元购买该药企胰岛素产品的任何组合；某跨国创新药企的胰岛素，根据保险范围，30 天的供应价格低至 0 美元至 99 美元。每次灌装最多 10 包。优惠有效期为每 30 天供应一次；美国路易斯安那州卫生部和惩教部与某跨国创新药企合作开展订阅模式支付创新，为 Medicaid 和监狱中的丙肝患者提供相关药品，协议按患者数量收费，并设定总额上限，如五年内总额超过上限，超过上限部分由该跨国创新药企承担，仍为所有需要的丙肝患者提供药物。正在逐渐推广到其他州，并涵盖其他昂贵药品、慢病药品等。

三是风险池共担 (Risk-pooling)，即将特定药品的费用分摊于保险池中所有参与者，可用于昂贵药品、慢性病药品等。如 Cigna 的 Embarc 福利保护项目 (Embarc Benefit Protection)，随细胞基因疗法不断增长的影响力和对于其价格的关注，健康保险巨头 Cigna 引入了一项旨在保护参保人免受再生医学疗法高价阻碍的计划。该计划涵盖了治疗遗传性视网膜疾病 (IRD)、治疗 2 岁以下儿童脊髓性肌萎缩症 (SMA)、以及多个基因疗法的药品。采用 Embarc 的健康计划将按每人每月支付费用来加入一个基因疗法网络。医师将向保险公司提交这些药物的事先授权申请，一旦获准后，病人将不需自付药费。

2. 数据融合

基于提高患者健康水平与就医体验的共同目标，保司可以与药企深度合作，共享数据与成本有效性分析结果，为患者提供更有效的治疗解决方案。越来越多的药企开始直接与保司合作，通过收集数据来证明药品价值，同时与保险用户有更多的交互从而提高产品依从性。

2013 年，某跨国创新药企与大型医疗保险公司 Humana 开展联合研究合作，对医疗、药学和实验室索赔数据进行回顾性分析，主要目的是确定糖尿病患者与医疗成本增加相关的可改变特征，并研究影响患者依从性和结果的治疗干预措施。这些数据将使该跨国创新药企能够在未来设计更有针对性的治疗干预措施和疾病管理计划，并协助 Humana 解决糖尿病的依从性和成本问题。多家跨国创新药企也与领先的健康保险提供商密切合作，推出了类似的研究计划。

Humana 通过其研究子公司 Competitive Health Analytics 和某跨国创新药企合作，利用真实世界数据和比较有效性研究，在临床证据的基础上，更好地了解患者需求，改善获得适当护理的机会，以便在正确的时间向正确的患者提供正确的服务。

3. 服务融合

药企在医疗临床领域更为专业，可以与保险公司合作，宣导健康生活习惯，共同管理用户健康水平。

如 2015 年，某跨国创新药企发起了一项名为“城市改变糖尿病”的倡议，与联合健康、蓝十字、蓝盾、安泰和信诺等多家大型私人保险公司合作，解决美国城市糖尿病问题，分析推动全球疫情的关键因素，并利用这些知识制定现实世界的解决方案。

另外，药企也能通过提供个性化药物治疗方案，为保险用户改善治疗预后并降低医疗费用。如某跨国创新药企与联合健康合作，提供一种基于基因检测的个性化药物治疗方案，可以根据患者的基因情况，为其匹配最合适的靶向药物。提供创新的药物治疗方案，帮助患者选择最适合自己的药品和剂量，提高药物的有效性和安全性。

三、三方协同创新的关键堵点、痛点

创新药进院难，处方获得难，药品临床使用与医保费用管理和医院绩效考核政策间的协同性不足，一定程度限制了临床药品选择权，从而限制了商保支付功能。同时，医疗机构与商保合作机制不足，商保产品创新药保障有待提升，也制约了三方协同创新。

（一）医保费用管理影响高价值药品处方可及性

近年来国家医保部门积极优化支付方式改革规则，如指导地方医保部门对单独支付谈判药品不纳入医保总额范围、根据谈判药使用情况合理调整医保总额和调整 DRG/DIP 病组（病种）权重等，有效提高了医疗机构开展谈判药品配备的积极性。

但在实际落地过程中，医保总额和 DRG/DIP 支付政策的“松绑”在实践中难以真正落实。在已经出台政策的省份，由于各省市现实条件和政策执行能力存在差异，有地区 DRG/DIP 支付政策未能及时调整，也有部分省份尚未出台相应优化政策，科室依旧面临使用高值药物带来的亏损问题；部分省市将“双通道”外配处方也纳入医院医保总额管理，更加制约了临床科室使用高值药品的积极性。

医保费用管理导致一些高值药品即使进院，在处方用药环节，医疗机构仍可能因为担忧亏损而没有动力开出高值药品处方。这使得即便患者购买的商业健康保险可以为创新药提供保障，但由于临床创新药不可及，仍然无法发挥商保对于创新药的支付能力。可见，医保费用管理机制限制了商保对于创新药的支付功能发挥。

（二）医院绩效考核影响药品按需使用

近年来国家卫健部门积极优化政策，先后推出了如谈判药不纳入医院药占比和次均费用等政策，有效提高了医疗机构开展谈判药品配备的积极性。

但目前还存在一些政策有待进一步优化。一是自费药品使用比例考核影响商保支付。即便是自费药通过“临采”进院，由于药品使用算作院方成本，在住院场景中，医院会尽可能地使用基本医保范围内的药品，以免影响下一年医院的医保预支付总额，从而影响了商保支付。

二是国家公立医院绩效考核，包括次均费用增幅、医疗收入增幅、基本药物占比和医疗服务收入占比以及部分地区的药占比指标影响了临床用药。谈判药品进院后，药品临床使用与医院绩效考核政策协同性不足，影响临床按需开具处方，部分医院出现了限制单张处方金额、限制药品用量、停用高价药品、纳入医院用药目录后迟迟不采购等现象，限制了商保支付功能的发挥。

（三）信息系统难以互联互通，数据难以共建共享

一是在制度层面，缺少可落地的实施细则和技术支持。2023年6月，国家金融监督管理总局与国家医疗保障局下发《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）》，但一直未正式发文。目前尚缺少可落地的实施细则和技术支持，医保数据开放不足，商保难以实现与基本医保、医院的系统对接。

二是在技术层面，商业健康保险与医保信息系统独立运行，难以共享。不同的商业保险机构采集的数据信息方式、指标、范围等也不尽相同。信息系统由不同的开发商设计研发，软件接口和标准也不同，客观上难以实现对接。

三是在实操层面，政府部门动力不足。政府部门遵守《社会保险法》第八十一条提出的“社会保险行政部门和其他有关行政部门、社会保险经办机构、社会保险费征收机构及其工作人员，应当依法为用人单位和个人的信息保密，不得以任何形式泄露”，认为基本医保系统与商业保险机构系统对接，可能存在信息泄露和客户隐私保护风险，推动系统对接的动力不足。

（四）商保产品创新药保障有待提升

近年来，商业健康保险对于创新药的保障不断提升。目前百万医疗险、惠民保是将创新药纳入保障的主流产品形态。百万医疗险产品绝大多数都包含院外特药附加责任（或以单独附加险的形式供客户选择），且以目录形式管理特药责任范围。惠民保产品中超 90% 包含院外特药保障责任，且大多以目录形式管理。

但商保产品创新药保障仍有待进一步提升。一是商业医疗险短期对创新药的支付价值有限。商业医疗险保费规模虽然较大，但由于限制健康体参保，基本排除带病体，对创新药支付水平仍然较为有限。目前以百万医疗险为代表的商业医疗险院外特药责任赔付约占总赔付金额的 1-2%。³

二是部分保费规模体量较大的商业健康保险对创新药纳入不足。如企业补充医疗险大都没有包含特药责任。

三是惠民保的特药责任相对有限。目前惠民保项目中用于院外特药责任的赔偿约占总赔付金额的 3%-10%。⁴ 商保公司基于对惠民保可持续经营及特药赔付风险的考虑，对提升特药保障责任趋于保守，药品目录扩容空间有所缩小。

四是带病体保险发展不足。目前带病体保险整体仍处于探索阶段，参保数量和覆盖疾病比较有限，难以充分满足带病体人群药品保障需求。

³ 波士顿咨询（BCG）、中再寿险和镁信健康：《中国商业健康险创新药支付白皮书（2024）》，2024。

⁴ 中再寿险：《惠民保的内涵、现状及可持续发展》，2023。

四、促进三方协同创新的政策建议

为促进三方协同创新，提高创新药品的可及性，需要医保和卫健部门优化政策，如优化医保费用管理政策，发挥商保在支付改革下的作用；优化医院绩效考核，发挥商保支付功能；加快数据共享，实现一站式结算。同时保险机构应提升创新药保障水平，医疗机构可加强临床用药精细化管理，促使药品精准合理使用。

（一）优化医保费用管理政策，发挥商保在支付改革下的作用

在地方医保局层面，一些省市放开医保总额和 DRG/DIP 限制，以解除医疗机构后顾之忧。在医保总额方面，上海、江苏、福建、江西、云南、宁夏等多个省份明确将全部谈判药品或单独支付谈判药品的费用不纳入医院医保总额。其中，上海在全国率先实施对谈判纳入国家医保目录的创新药前三年实行单列预算，不纳入当年医院医保总额预算，第四年按前三年最高一年使用情况纳入总额预算测算基数。对于“双通道”药店购药，多地也明确外流处方费用不纳入医院医保总额，例如北京、上海、江苏、福建等。在 DRG/DIP 支付方面，北京、广东佛山、浙江宁波、福建厦门等地采取了对谈判药品进行过渡性除外支付、调整病组点数或将药品费用折算成点数支付、对医院亏损给予补偿等做法。其中，北京在全国率先探索新药新技术的 DRG/DIP 除外支付，对于三年内新纳入国家医保药品目录的药品可申请实行除外支付，在未来三年有效。

放开医保总额和 DRG/DIP 限制，对创新药实施针对性地倾斜政策，可以促进创新药的使用，为商保发挥支付功能提供基础。如上海为支持创新药械发展，实施“除外支付——倾斜支付——豁免支付——单独支付”的体系化管理方法。除外支付即对新增纳入医保的创新药实行除外按实支付；倾斜支付即在支付标准上，向“支持生物医药产业发展”的方向倾斜，适度上调涉及新技术相关病组的基础权重，进而确保新技术应用病例得到有效补偿；豁免支付即对新药、新技术应用而导致的高倍率费用病例，不设控制比例，全部按实支付；单独支付即对累计开展病例达到一定比例且临床效果得到充分论证的新技术，在 DRG 改革中独立成组，提高支付标准、不受高倍率病例数限制，保障应用方向。

为促进创新药触达患者，为商保发挥支付功能提供基础，建议总结地方探索经验，各省市医保部门优化谈判药品医保总额管理和 DRG/DIP 支付政策，明确对谈判药品的倾斜政策。

一是明确总额管理的倾斜政策。各省市医保部门明确将单独支付及暂未纳入单独支付的合理使用的高值谈判药品单列预算，不纳入医疗机构总额范围，待积累一定使用经验后再根据药品使用情况调整制定医疗机构医保总额；探索实施全部谈判药品单列预算，前三年不纳入医保总额，第四年按前三年最高一年使用情况纳入总额预算测算基数。各省医保部门明确对“双通道”外配药品处方不计入医疗机构医保总额。

二是明确 DRG/DIP 支付的倾斜政策。各省市医保部门与当地高水平医院加强协作，精细化开展 DRG/DIP 测算，探索亏损补偿机制，保障医院不因合理使用谈判药品产生亏损；探索对医疗成本明显超出现有 DRG/DIP 病组支付标准的药品实施 DRG/DIP 下的过渡性除外支付，待运行三年后再纳入 DRG/DIP 付费管理；实施单独支付的地区，做好单独支付和 DRG/DIP 的衔接，单独支付药品费用不纳入 DRG/DIP 结算范围。

三是动态完善 DRG/DIP 分组规则调整机制。医疗领域技术进步很快，医保支付政策要随着医疗实际与临床发展动态调整。为此医保部门可建立面向广大医疗机构、医务人员的意见收集机制和 DRG/DIP 分组规则调整机制，以医务人员提出的意见建议和客观发生的医疗费用数据为基础，对 DRG/DIP 分组进行动态化、常态化的调整完善，定期更新优化版本，确保医保支付方式科学性、合理性，充分回应医疗机构诉求，更好促进医疗、医保和医药协同治理和发展。

四是将倾斜政策落地为具体、可操作的指导性文件。各省医保部门可就谈判药品相关医保总额管理和 DRG/DIP 支付制定细化、可操作的指导性文件下发给各地市医保部门，以辅助各地市高效有效执行，促进政策落地落实。

同时，可借鉴香港等海外市场经验，充分发挥商保在支付改革中的作用。如香港 2019 年推出自愿医保计划，鼓励通过商业医疗保险使用私立医疗服务。截至 2024 年 3 月 31 日，自愿医保认可产品的保单数目约为 134.1 万张，其中 97% 投保人购买保障程度更高的自愿医保认可产品“灵活计划”，反映市场上不少消费者均期望得到较高医疗保障。从参保人年龄结构看，超过一半（约 53%）为 40 岁以下人，约 35% 为 40 至 59 岁人士，约 12% 为 60 岁或以上人士。较多的年轻人投保，也符合香港特区政府鼓励年轻人投保的政策导向。可借鉴香港等市场的经验，推动健康险市场需求逐步从“医保补充型”转向“医保替代型”。

一是承接被“挤压”至院外的需求。受支付改革的影响，某些高端治疗或自费项目受限，更多需求被“挤压”到院外。商保可优化产品服务供给，覆盖未被基本医保充分涵盖的需求，填补患者费用和医疗服务获取缺口，提供多层次、优质先进的医疗选项。

二是承接中高端医疗险需求。受支付改革的影响，百万医疗险由于免赔额总体较高，更难获赔，可发展中高端医疗险。

三是平衡商保支付与服务功能，扩大对创新医药覆盖与保障。商业健康保险产品要适应支付改革带来的变化，设计更契合支付方式改革的责任条款，提升优质药械可及性与可支付性。

（二）优化医院绩效考核，发挥商保支付功能

一是优化自费药品使用比例考核。可探索将商保支付的药品，不再视为自费药品，不纳入自费药品使用比例考核，缓解医疗机构使用创新药的后顾之忧。

二是优化公立医院绩效考核中的基本药物和医疗服务收入占比指标。国家卫健委可对基本药物占比、医疗服务收入占比指标增设延伸指标，将谈判药品费用从延伸指标的计算中剔除；对于当前已经优化的“医疗收入增幅”“次均费用增幅”5项指标，向医疗机构明确其剔除谈判药品费用后的延伸指标的具体使用方法，切实打消医疗机构顾虑。

三是科学制定医院绩效考核中的基本药物占比指标，明确取消药占比考核。各省卫健部门可充分考虑我国基本药物目录调整频率低于医保目录开展频率，且三级医院病例情况复杂、对谈判药品等创新药需求大等现实情况，将医疗机构引进谈判药品对基本药物品种数占比带来的影响纳入考虑，对基本药物占比指标制定科学合理的考核基准和分值，兼顾基本药物和创新药配备使用的平衡，化解医疗机构使用谈判药品的顾虑；各省市卫健部门明确不再开展药占比考核，对于使用药占比指标开展监测的，应与医院充分沟通，化解医院顾虑。

（三）加快数据共享，实现一站式结算

一是加快推进基本医保和商保数据的互联共享。国家医保局医保信息化平台和标准化技术全面应用，为基本医保和商保数据互通共享奠定扎实的技术基础。2020年12月，银保监会等13部委联合下发的《关于促进社会服务领域商业保险发展的意见》（银保监发〔2020〕4号）提出，探索将商业健康保险信息平台与国家医疗保障信息平台按规定推进信息共享，强化医疗健康大数据运用，更好服务医保政策制定和医疗费用管理。2022年12月，《中共中央国务院关于构建数据基础制度更好发挥数据要素作用的意见》提出，鼓励公共数据在保护个人隐私和确保公共安全的前提下，按照“原始数据不出域、数据可用不可见”的要求，以模型、核验等产品和服务等形式向社会提供。2023年6月，国家金融监督管理总局与国家医疗保障局下发《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）》，拟定了六大合作领域，包括通过基本医保参保报销和商业健康保险投保理赔情况的信息共享等。

可由国家医保局、国家金融监管总局作为牵头方，出台相关管理办法（明确相关的系统对接标准、数据交互标准、数据保护标准、公司产品准入标准等）。加快推进实现全国医疗保障信息互联互通，加强数据有序共享。积极建立信息共享交换机制，在保障信息安全管理和个人隐私保护的前提下，依托国家政务信息共享交换平台实现医保、医疗有关信息与商保之间的信息共享。实现国家医疗保障信息平台与商业健康保险信息平台（可由中国银保信平台承接，目前已承接税优健康险、商业健康保险信息平台，有较好的公信力、技术和实践基础）对接，同时对商保产品的结算情况等实施动态跟踪和实时监督。

二是建立一站式结算平台。2024年9月底，上海正式上线医保商保直赔服务，多方共赢的成效初显：商保客户实现了理赔的便捷化；保司进行一站式结算的建设成本大大降低；试点医院可以满足拥有不同商保产品患者的直赔诉求；医保部门在确保医保数据安全的情况下，实现了公共数据价值的再挖掘；金融监管部门通过行业基础设施实现跨行业交互。一站式结算实现了商保和医保、医疗数据的共享流通，有助于保险行业增期望与医疗机构合作，获取更精准的疾病人群“画像”，开发出更精细化的产品，包括带病体保险；通过支付影响医生诊疗行为，实现“医生教育”，临床医生可以有针对性地满足商保客户更高阶的医疗服务需求；商保未来可探索直接向医疗机构付费，让医院有更大余力满足患者多层次需求，减少医生在使用创新药时的医保控费顾虑。

(四) 促进保险机构提升创新药保障水平

保险机构要构建多层次商业健康险产品体系，提升对创新药的覆盖与保障程度。

一是在惠民保等现有产品基础上提供多层次的普惠保险产品供给，通过责任分级、费率分组等形式，设计针对不同人群需求的多元保障产品，在部分产品中提高特药保障责任的，提升创新药的覆盖面和待遇水平。

二是充分利用个账支付和税优政策等支持政策，鼓励商业健康险产品覆盖创新药品。

三是积极引导带病体保险发展，探索通过补贴机制、规范带病体保险经营和推出专项政策等方式为带病体保险保驾护航。

(五) 医疗机构可加强临床用药精细化管理，促使药品合理使用

医疗机构是谈判药品临床合理使用的主体。要提高创新药品的可及性，医疗机构要加强临床用药精细化管理，促使药品合理使用。医疗机构应建立科学的临床用药监测评价体系，避免因“药占比”等指标导致用药中的“一刀切”；基于DRG/DIP病组数据对临床用药合理性进行评估，识别不合理问题，建立临床用药管理规范来规范用药行为，制订重点监控药品目录并开展管控，降低不当用药和辅助用药成本，保障临床必需治疗药品的使用。

