

2022年 惠民保可持续发展趋势洞察

中国惠民保业务发展
与展望系列研究报告

前言

“惠民保”最早于2015年在深圳市萌芽，后经过几年间在南京、珠海等个别城市的零星探索，得到了初步发展。2020年，国务院发布《关于深化医疗保障制度改革的意见》，指出“要加强建设多层次医疗保障体系”，在此背景下，惠民保业务被赋予了“衔接基本医保和商业健康保险，助力多层次医疗保障体系建设”的重要使命。地方医保局、银保监、金融局等政府部门响应国家战略纷纷参与；国寿、人保、太保、中再等国家队保险公司在惠民保业务中发挥主力军作用，主动作为，彰显国企担当；依托重要股东上海医药和中再寿险的镁信健康等第三方服务公司充分发挥医药险“行业连接器”作用，通过模式创新助力惠民保业务创新和升级。荟萃行业先锋力量的惠民保业务在2020年至2021年间呈现井喷式增长。据有关部门统计，截至2021年底，已有27个省份推出了200余款“惠民保”产品，参保总人次达1.4亿，保费总收入已突破140亿元。2020-2021年是惠民保高速发展的两年，参保人数和保费规模经历了倍数增长，同时惠民保也经历了市场政策规范、产品的迭代升级、运营上大浪淘沙的过程。惠民保的发展让保险行业看到中国居民对医疗保障的需求，居民对保险的需求仍待商保深入挖掘；同时让医药行业看到商保有望成为医保外新的医药支付方潜力。

2021年中国银保监会印发了《中国银保监会办公厅关于规范保险公司城市定制型商业医疗保险业务的通知》，地方医保局和地方银保监等相关部门参与加深，使得惠民保市场发展逐渐规范；发展至今，市场已经普遍认可惠民保带来的价值，一是利好低收入群体、重大疾病群体、老龄群体，二是有效弥补了多层次医疗保障体系缺口，三是促进普惠保险供给创新。2021年，随着50左右款产品进入续保，承保险企纷纷以开放既往症、拓宽保障范围、调低免赔额、提升赔付比例等方式升级产品，但是随着前端不断放宽投保门槛，引发了市场对险企后端长期理赔运营问题的担忧，例如在部分城市参保率有限及竞争之下存在定价测算不足、健康体退保可能引发死亡螺旋、部分城市赔付率高企面临赔付风险，以及未来产品续保具备不确定性等问题，都影响着惠民保产品的稳定及长期经营能力。另外，惠民保的产品形态与百万医疗险相似，但价格更普惠、投保门槛更低，使民众也发出困惑：“买了惠民保，我还需要买百万医疗险吗？”；随着惠民保保障的迭代升级，市场也出现“惠民保是否会挤压百万医疗险的发展空间”、“百万医疗险商业保险或被取代”的声音¹。惠民保业务的未来走向也引发政府监管部门、学术界、保险行业、医药行业等专家的关心和激烈讨论。

行业关注点主要集中于以下三个问题，如何应对可能发生的死亡螺旋问题？部分城市赔付高企，未来如何预防或者解决可能发生的赔付风险？惠民保该如何定位，面对惠民保的强势影响健康险该何去何从？

前两个问题归根结底可以转化为可持续发展的问題，问题一所述可能发生死亡螺旋的问题主要基于保险市场的规律，行业专家普遍认为需要从解决筹资(提升参保率)²以及优化产品设计³入手；问题二所述的可能发生的赔付风险主要基于医疗市场的特殊性，从技术层面合理控制医疗费用。市场也做出了相应的探索——降低医疗成本或者通过健康管理、疾病预防减少赔付支出。例如浙江省医保、银保监等政府部门一直在探索惠民保的高质量发展路径，多次在惠民保规范政策中提到了商业保险公司要开展高值药品、耗材谈判，降低赔付成本；并要求产品责任制定谈判清单，保险公司通过谈判或其他方式将特殊药品、耗材和诊疗项目纳入赔付范围⁴。

从国际经验看，通过基金支付方与药物企业签订风险分担协议来创新药物医保/商保准入后的基金运行风险是通用的方法，即联动医药产业参与基金风险共担的机制创新和技术创新；另外保险行业长期以来探索开展的健康管理，进行“服务+控费”双循环实践也为破解惠民保可持续难题提供了宝贵经验⁵。这也体现本报告的立意，未来惠民保的稳定性也许不仅仅依靠“精算控费”，通过产业融合为基金提供风险支撑、通过健康服务降低重病医疗费用将是探寻的重要方向。

对于第三个问题，保险公司业内人士和金融分析人士对于惠民保的强烈影响普遍持乐观态度，认为短期内惠民保一定程度上分流了小部分健康险市场，但同时也加强了老百姓的商保教育，随着惠民保在三、四线城市下沉，老百姓的保险意识将大大提升；从长期看，惠民保产品升级和覆盖，使得百万医疗险重新思考自身定位，将促进健康险产品结构转型升级⁶，同时随着惠民保业务与医保体系和健康服务体系更紧密的融合，将会为健康险带来更好的发展前景⁷。

[2]中证报·代表委员热议“惠民保”：有效提高参保率 实现可持续发展[EB/OL].(2022-3-9)[2022-5-23].[https://baijiahao.baidu.com/s?id=1726777033949794172&wfr=spider&for=pc](https://baijiahao.baidu.com/s?id=1726777033949794172&wfr=spider&for=pc;); 人民政协网·全国政协委员李维平：让普惠健康险助力惠及全民[EB/OL].(2022-3-11)[2022-5-23].<http://www.rmzxb.com.cn/c/2022-03-11/3072418.shtml>
[3]新京报·代表委员热议惠民保“死亡螺旋” 风险如何化解？[EB/OL]. (2022-3-8) [2022-5-23].<https://baijiahao.baidu.com/s?id=1726692464229726573&wfr=spider&for=pc>; 国际金融报·覆盖2000余万参保人、主承保项目参保率均超30%！看惠民保业务太保寿险样本[EB/OL].(2021-12-9)[2022-5-23].<https://baijiahao.baidu.com/s?id=1718682250498093339&wfr=spider&for=pc>;
华夏时报·全国政协委员孙洁：“惠民保”发展仍处初级阶段 政府支持和推动有待加强「聚焦2022全国两会」[EB/OL].(2022-3-1)[2022-5-23].<https://baijiahao.baidu.com/s?id=1726105331085798742&wfr=spider&for=pc>;
人民网·2022全国两会“健康中国人”系列圆桌座谈 王震：多措并举助推“惠民保”行稳致远[EB/OL].(2022-3-14)[2022-5-23].<https://news.10jqka.com.cn/20220314/c637446794.shtml>
[4]浙江省医疗保障局·关于公开征求《关于深化惠民型商业补充医疗保险发展 更好满足人民群众多样化需求的意见（征求意见稿）》意见建议的通知[S/OL].(2022-4-26)[2022-5-23].http://ybj.zj.gov.cn/art/2022/4/26/art_1229228999_39049.html
[5]今日保·泰康在线副总裁丁峻峰谈惠民保：产品迭代升级 新模式涌现 探索可持续发展路径[EB/OL].(2021-12-21)[2022-5-23].<https://insure.10jqka.com.cn/archive/detail/id/711.html>
[6]中国新闻网·平安人寿总精算师孙汉杰：“惠民保”的发展对整个行业还是非常有利的[EB/OL].(2022-5-13)[2022-5-23].<http://www.china-insurance.com/hyxx/20220513/63595.html>; 金融投资报·惠民保迭代升级是否仍是“香饽饽”[EB/OL].(2022-5-12)[2022-5-23].<https://news.10jqka.com.cn/20220512/c639075389.shtml>
[7]证券时报·现象级保险席卷全国 惠民保可持续性引关注[EB/OL].(2021-11-29)[2022-5-23].<https://baijiahao.baidu.com/s?id=1717693874908630675&wfr=spider&for=pc>

我国的医疗保障体系仍处于动态的改革发展中，老百姓多层次的健康需求也在不断升级中，商业健康险更从未停止对如何有效补充基本医保体系的探索，因此对于惠民保的探索也不会止步。展望未来，我们认为惠民保的高质量发展仍需要解决很多问题：例如如何对惠民保产品进行更精细化的设计——以罕见病保障责任设计为例，地方政府强烈呼吁要求罕见病纳入惠民保保障范围，对于有家族遗传性疾病特点的罕见病而言，在发病特征上具有聚集性发生的特点，且动辄几十万、上百万的疾病治疗成本对惠民保的赔付风险较大，在产品设计上应区别于普通肿瘤疾病；例如商保清单如何与产业联动——如前文所述，基于医疗市场的特殊性，不仅是惠民保，整个商业健康险都需要解决如何联动医药产业链合理控制医疗成本支出的问题；例如如何打造可持续、有竞争力、有感健康服务生态——惠民保从一出现就体现了与医疗服务更紧密的衔接，相比传统健康险惠民保与药品、与健康管理体现出更强的衔接意愿，未来如何围绕公立医院打造更有感知的服务以提升客户粘性、通过全流程全周期的健康管理降低大病发生或者进展减少赔付支出，将成为惠民保升级的重要方向。未来，我们将重点围绕以上几个方向，并紧密结合市场发展动向，携手各方行业专家进行深入研究，发布系列专题报告，共同探讨惠民保高质量发展的有效路径。

本报告由中再人寿联合镁信健康围绕市场争议的热点展开研究，中再人寿作为中国境内唯一一家专门经营人寿再保险业务的公司，承接了惠民保市场绝大部分再保险业务；镁信健康作为行业领先的惠民保综合服务商，已服务惠民保业务覆盖80余座城市、超7700万参保人群。双方希望通过丰富的惠民保业务经验对惠民保整体市场的发展进行全面分析，通过案例和数据分析惠民保参保和理赔的现状中呈现的风险，并从发展定位、产品设计、商保目录、数据共享、产业融合以及产品创新6个维度提出发展建议。

在本报告完成之际，中国银保监会向各人身保险公司下发《关于我国商业健康保险发展问题和政策的报告》，明确提出要通过加强与大健康产业协同、与健康管理的深度融合；要推动长效机制建立，尤其是商保目录；要加强供给侧改革，为带病体、老年人、罕见病提供更多保障选择等维度优化商业健康险的经营，从优化产品设计角度和拓宽筹资来源角度促进惠民保的持续性。可见，日新月异的健康险发展探索从政策上进一步印证了本报告的宗旨与立意，同时催促着相关研究进一步加快步伐，为决策者、保险行业、医药行业提供更多有价值有前瞻性的研究成果。

01	惠民导向、政商融合共建、打破行业定势，造就现象级产品	
	1、由点到面扩容，由浅至深耕耘	08
	2、地方政府心系普惠，标杆城市躬身入局	10
	3、保险机构挺膺负责，突破传统商保边界	13
	4、保障内容打磨升级，衔接医保地方定制	15
	5、从群雄逐鹿之沙场，至多方共建之土壤	20
02	洞察赔付，定位风险，锚定可持续发展难题	
	1、解决百姓难题、兼顾各方利益，才是可持续之根本	24
	2、定位风险，上线前防患未然，运营中未雨绸缪	26
03	把握关键，围绕筹资与支付，破局可持续发展难题	
	1、筹资可持续，有序增量扩容	33
	2、支付可持续，逐步精细风控	39
04	供给侧持续改革、战略破局、多方创新融合、共筑行业基建	
	1、厘清惠民保定位，破解健康险发展迷思	44
	2、坚守风险底线，产品设计全面综合考量	47
	3、借力惠民保契机，探索商保目录落地机制	52
	4、聚焦运营痛点，亟需打通医保商保数据壁垒	54
	5、深化产业融合，多方联动夯实行业基建	55
	6、围绕惠民保基建，打造多层次商业健康保障体系	59
05	结束语	61
06	编写团队	62

01

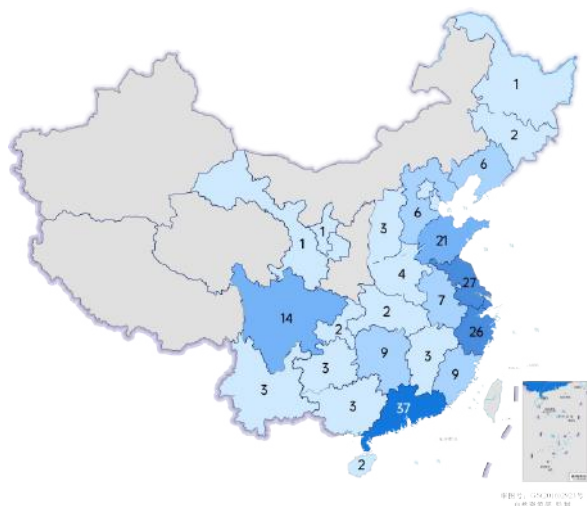
惠民导向、政商融合共建、 打破行业定势，造就现象级产品

- 由点到面扩容，由浅至深耕耘
- 地方政府心系普惠，标杆城市躬身入局
- 保险机构挺膺负责，突破传统商保边界
- 保障内容打磨升级，衔接医保地方定制
- 从群雄逐鹿之沙场，至多方共建之土壤

截至2021年12月31日，城市定制型商业医疗保险（下文简称“惠民保”）持续引爆市场，累计上市产品202款（由于部分项目的首年与续年责任发生了调整，因此本次统计时首期与续期算作两款产品），涉及27个省、直辖市以及110个城市，另有全国版惠民保产品7款，均在2020年上市销售。

在上市产品中，有54款产品上市后未观察到参保量或者参保量很低，其可参考意义不大，因此我们在参保率等相关指标分析中予以删除，保留有显著参考意义的有效产品。另外，在统计中深圳惠民保共有两款，一款是《重特大疾病补充医疗保险》，其相当于各地的大病险，另一款《专属团体医疗保险》，6年期参保为主，也明显区别于其他地方惠民保，因此也暂不列入统计分析范围。

本报告整体分析相关指标的有效产品数量为152款。

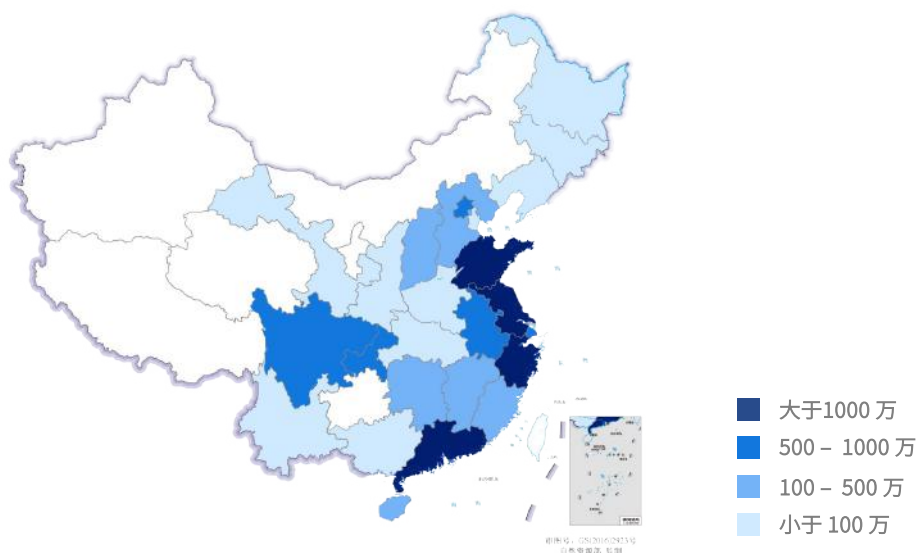


1. 由点到面扩容，由浅至深耕耘

1.1 由点到面扩容：覆盖城市迅速扩展

从保障区域来看，惠民保覆盖区域逐渐扩大，呈现东南沿海城市引领全国的趋势。具体来看，浙江引领全国，广东紧随其后，中部地区山东跟上，东北地区虽然上市了一些项目，但是整体参保率比较低，河北河南作为两个人口大省，无论是上市数量还是参保人数都比较低，有较大的后发潜力。从城市发展角度来看，经济发达地区以及直辖市参与程度高，参保人数相对较多，典型代表如上海、杭州、广州等。

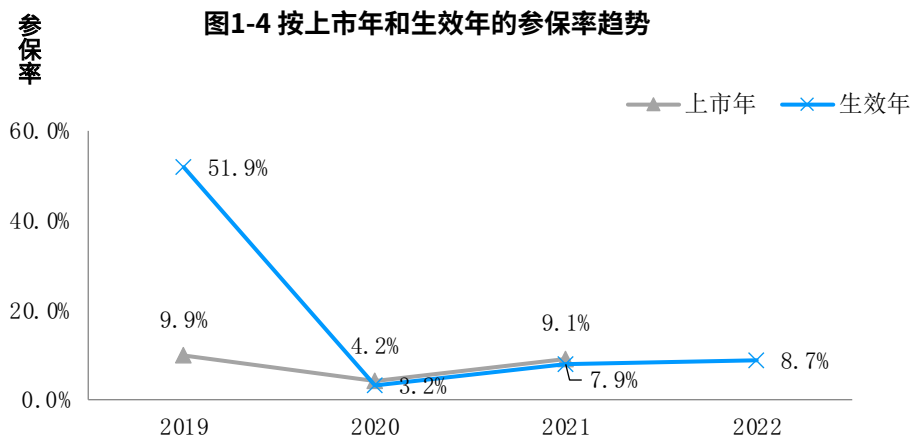
图1-3 销量高的省份集中在东南部沿海地区



1.2 由浅至深耕耘：参保比例逐年提升

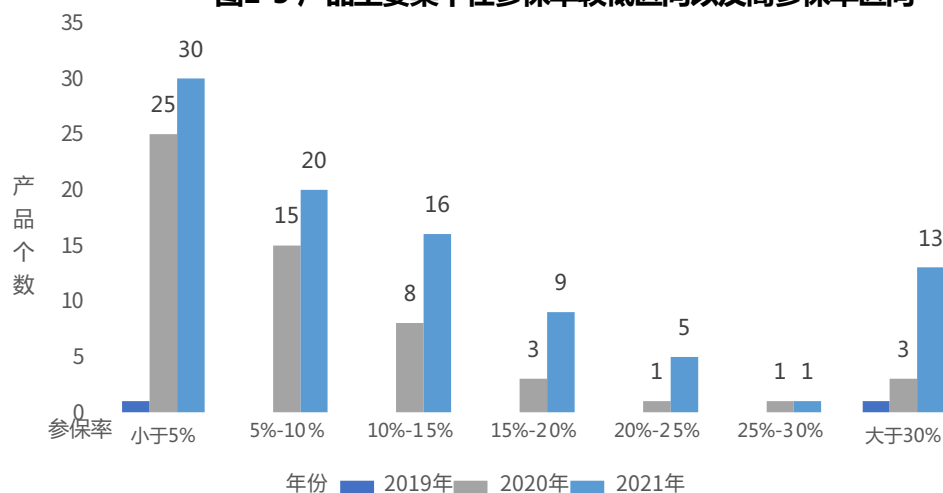
基于有效惠民保产品，以产品上市作为分析维度，截至2021年12月31日的整体参保率为6%。在维持上市产品量迅速增长的同时，2021年上市的项目参保率为9.1%，较2020年整体4.2%的参保率提高了4.9个百分点，即在数量增长的同时也实现了项目整体质量的增长。

图1-4 按上市年和生效年的参保率趋势



将参保率分为不同的区间，从不同参保率区间的产品分布角度来看，**整体呈现两极分化的趋势**，尤其是进入2021年后，**即产品集中分布在较低参保率（小于5%）和较高参保率（大于30%）的区间内**。2021年的参保率高于10%的产品数量占比为47%，与2020年的29%相比有显著提升，即在不同参保率区间内产品分布的维度也有明显质量提升。

图1-5 产品主要集中在参保率较低区间以及高参保率区间



从省份的维度来看，东南部沿海以及西南部地区参保率较高，其中浙江省的参保率最高，直辖市包括上海沪惠保、北京普惠健康保、重庆渝快保（持续更新中）也有较高的参保人数。

图1-6 参保率Top20城市

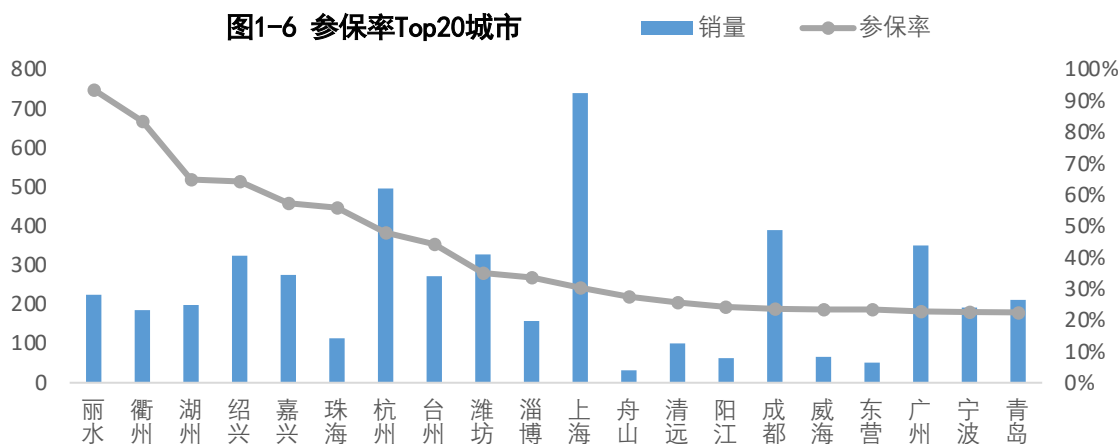
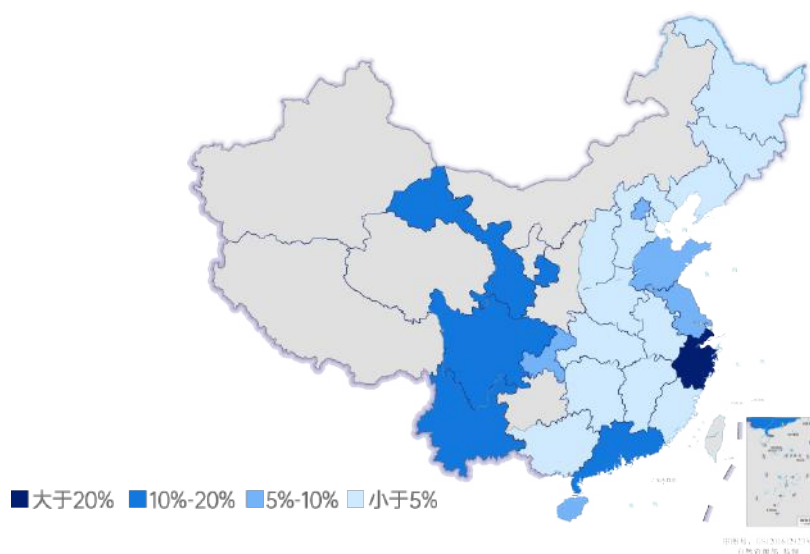


图1-7 参保率高的省份集中在东南部沿海以及西南部地区



2.地方政府心系普惠，标杆城市躬身入局 ■

惠民保的快速和高质量发展离不开政府的参与和支持。2020年11月份，国家银保监会发布《关于规范保险公司城市定制型商业医疗保险业务的通知（征求意见稿）》，发文强调“产品开发设计需要基于基本医保和大病保险等有关数据”，“加强与地方相关部门的沟通协调”，至此以后政府参与项目开始成为主流，纯商业版惠民保（无政府参与）数量逐渐减少。

2.1 推进基本医保改革，构建地方保障特色

本文主要分析医保局参与的考量因素，**一是基本医保“保基本”定位难以满足患者多层次需求**。我国基本医疗保险制度定位于“保基本”，因此在此保障制度下部分群众尤其是重特大疾病患者的疾病经济负担仍较重，研究表明2000年-2020年20年间，我国灾难性卫生支出的总体发生率仍高达13.6%，肿瘤患者家庭灾难性卫生支出发生率高达95%以上，2020年3月5日，国务院发布《关于全面深化医疗保障制度改革的意见》，提出要促进多层次医疗保障体系发展，成为惠民保市场爆发的重要契机，从各地政府（医保局牵头）对“规范惠民保发展”的政策发文内容看，医保局最大的诉求仍然是惠民保能够紧密衔接基本医疗保险，减轻老百姓的医疗费用负担，缓解因病致贫因病返贫的问题。

二是待遇清单制度下保障参保者待遇稳定性和支持地方医药产业发展也促使医保局探索新的保障机制。2021年8月国家医保局正式发布《关于建立医疗保障待遇清单管理制度的意见》，文件要求“国家统一制定国家基本医疗保险药品目录，各地严格按照国家基本医疗保险药品目录执行，除国家有明确规定外，不得自行制定目录或用变通的方法增加目录内药品。”张璐莹、陈文等学者认为该政策影响下各省医保局不再具有调整基本医疗保险目录的权限，前期省级医保管理部门通过医保目录优先准入方式对本地生物医药企业的创新产品给予政策性支持，失去可调整的制度环境。此政策除了对本省生物医药企业带来影响以外，也引发参保者福利待遇和获得感下降，由此看设置特药目录的惠民保无疑成为各地“小医保目录”新的替代品⁸。

2.2 以城市普惠为初心，尽地方政府之推力

由于各地政治、经济环境差异，各地医保局等部门因地制宜、以不同形式参与支持多层次医疗保障体系建设。当前参与模式主要分为以下四种：政府支持、医保指导、政府推动和政府主导。

- 一是政府支持模式。**最开始政府仅出席产品发布会，为项目站台，参加的部门有地方政府、银保监局、民政局、卫健委、工会等等。
- 二是医保指导模式。**由医保局牵头，联合银保监局、财政局、税务局等其他部委指导实施，部分地方政府还通过发布政策文件《实施方案》规范发展模式，包括但不限于如：医保局为产品设计提供成本测算支持，明确产品开放既往症、不限人群与保险公司约定赔付率，投保时提供医保个账支持，产品发布时提供官方宣传或者提供官方APP协助投保等，在实际落地时，各医保局以及地方政府支持方式形式不一。
- 三是政府推动模式。**在医保指导模式的基础上，医保局还要参与整个产品设计，在推广方面提供一定行政手段支持，尤其是由各级基层政府加入，而不仅仅依靠医保局或其他类似民政局、工会、财政局、金融局等行政部门介入，甚至部分地市将参保率纳入基层党委政府绩效考核以行政督导形式保障高参保率，例如浙江绍兴、衢州。据悉绍兴市级层面成立了由市政府分管领导任组长，医保、银保监、财政、税务、宣传部等9部门为成员的工作专班，市委市政府将"越惠保"工作纳入对下属区、县(市)党委政府年度目标责任制考核并逐级落实。
- 四是政府主导模式。**该模式政府参与程度最深，几乎以政府为主，政府主导产品设计，在筹资方面直接随大病保险缴费由行政代缴，例如深圳、金华。（下图为对以上四种政府参与形式的列举对比）

表1-1 政府参与不同形式

参与程度项目情况	政府支持	医保指导	政府推动	政府主导
参与形式	出席发布会	发布实施方案	发布实施方案	发布管理办法
产品设计	不参与	提供数据	参与设计	主导设计
既往症	不保/可保不赔	可保可赔	可保可赔	可保可赔
筹资支持	不参与	官方宣传	市场先行行政补充	代扣代缴
参保率	0.8-18%	18-38%	40-86%	50-90%

2.3 个账活化彰显力度，民众认可积极参与

以医保局为代表的政府机构，其支持力度的最直观体现是个账是否开放投保，经对比发现，个账的开放是影响参保率的重要因素之一。

从整体市场来看，个账支持投保参保的平均参保率15.1%，远高于无个账支持的3.8%，2021年超过一半的产品项目放开个账投保支持（包含首年投保以及续期产品），较2020年个账支持产品大幅度提升。2021年主要的参保量贡献也来自于个账开放的城市，个账开放城市的参保量达到2021年全市场参保量占比的70%。

图1-8 开放个账的平均参保率为15.1%

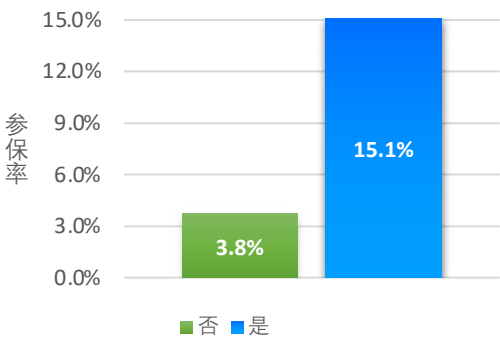
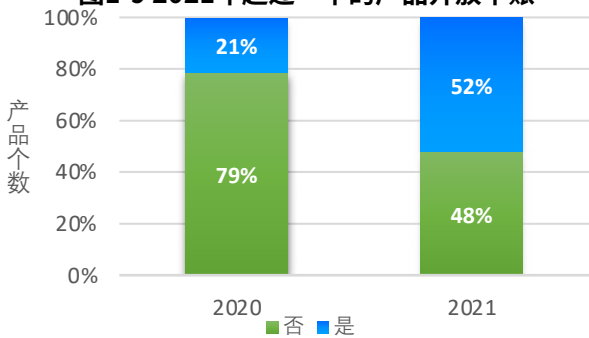


图1-9 2021年超过一半的产品开放个账



对政府参与的项目进行分析，2020-2021年的项目中，有政府参与（包括以上四种政府参与模式）且放开个账支持的参保率为15.3%（只要是个账支持，我们均假定有政府参与行为），远高于有政府参与但是并没有放开个账支持的城市项目参保率（平均参保率为7.7%）。2020-2021的演变过程中，政府参与的项目中个账放开比例大幅度提升，2021年已达到64%。（见图1-10、图1-11）

图1-10 随着政府参与加深，2021年个账开放比例达到64%

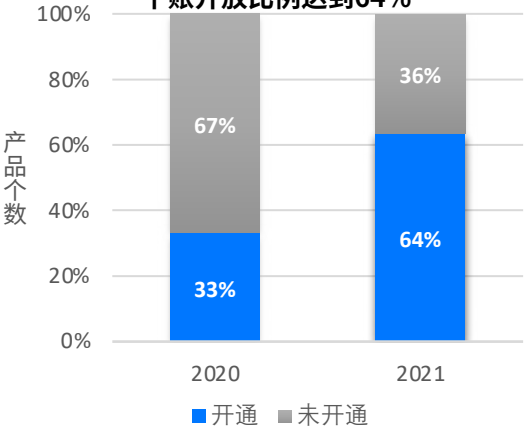
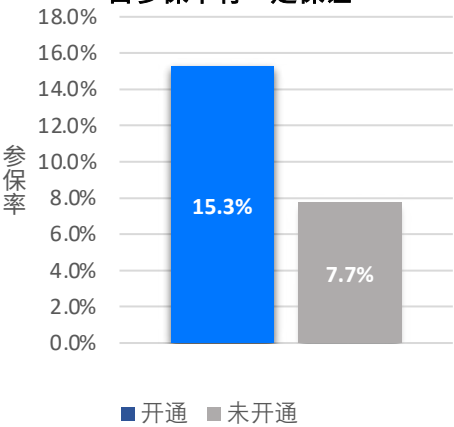


图1-11 有政府参与且开放个账的项目参保率有一定保证



政府的参与和支持是惠民保良性快速发展的重要因素，2020年至2021年政府参与和支持力度在明显提升，从政府行为角度判断惠民保未来将逐渐成为多层次保障体系中至关重要的一环。

3. 保险机构挺膺负责，突破传统商保边界 ■

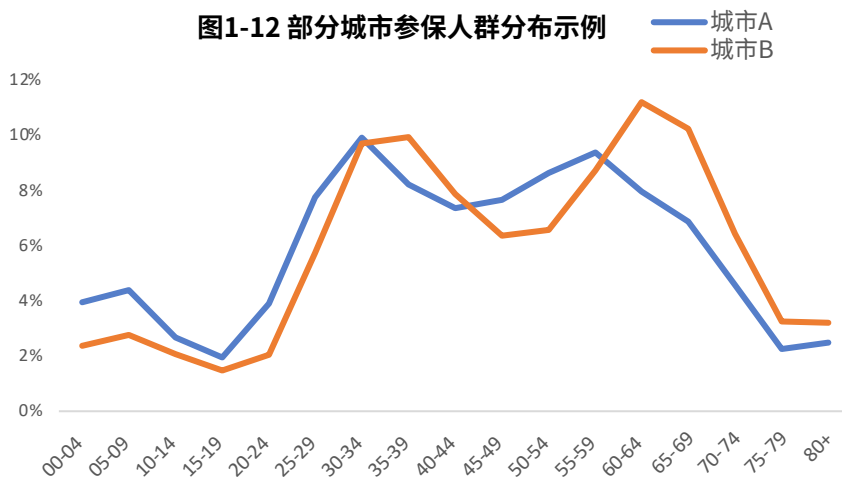
上文政府参与模式分析已经指出，以医保局为代表的政府机构在参与和支持的同时，也对惠民保提出了一定的需求，不管支持力度如何，对保障人群的拓展都是普遍性要求，可见政府的参与成为确保惠民保产品普惠性的重要保障。众所周知，传统商业健康险对于年龄、健康状况有严格的要求，导致很多老年人、次标体、重大疾病患者都无法投保商业健康险，这也导致传统商业健康险与基本医疗保险严重脱节。但是在惠民保中，除个别项目外，都可以做到全人群投保，原先被商业保险拒绝的人群可投保范围实现了质的突破，这激发了相应人群的投保热情，也让商业健康险行业充分意识到非高净值人群在保险端的需求仍是有巨大潜力的。

3.1 不限投保年龄，破局老年群体保障缺失

根据各地惠民保人群的年龄结构汇总粗略统计，60岁以上人群整体占比约为35%。下图是部分城市的参保人群年龄结构状况，本次报告分析挑选的两个典型城市都是参保率高于30%的城市，不存在严重的年龄方面的逆选择。

从医保参保人群角度，城市A居民较年轻，城市B老龄化程度较高，在两个城市的老年人的惠民保投保积极都很高，50岁以上人群占比达42%和50%，60岁以上人群占比达24%和34%，充分体现了对高龄老年人的保障覆盖。

图1-12 部分城市参保人群分布示例



惠民保2021整体的参保人员在1亿人左右，根据七普最新结果，60岁以上的老年人群占比为18.7%，但是对惠民保投保人群年龄整体预估下来，惠民保对60岁以上老年人群的覆盖程度超过10%，惠民保的出现有效的实现了老年人群保障的扩充，实现了对商业健康保险的有力补充。

3.2 不设健康告知破局带病群体保障缺失

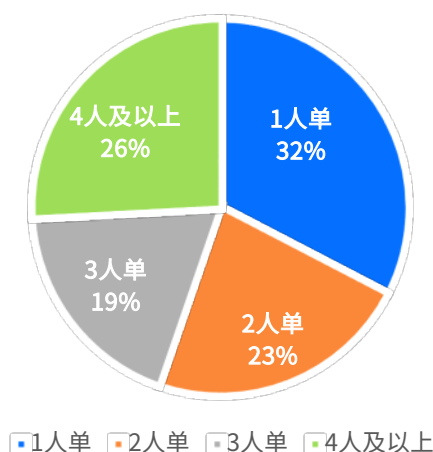
惠民保重大疾病人群可保可赔的保障模式使得各地相关人群参保惠民保的积极性空前高涨，部分地区在推广惠民保时主要的营销点之一就是重大疾病人群可以投保和理赔。以北京普惠健康保为例，最终参保人群301.5万，该产品在投保时设定了五大类严重既往症，根据后台校验，最终重大疾病人群的参保人数达到了42万，占到总人群的14%。

3.3 激发投保热情凸显广阔家庭保障需求

由于政府的背书和医保个账的开放（注：政府开放职工的医保个账并允许为家人买保险）、属地化的宣传、全人群都覆盖等诸多因素影响，惠民保不仅老年人和重大疾病人群的投保积极性高，还以此带动了全人群的投保热情。

以下是某城市投保人群画像中的家庭单画像，可以看到单人投保的占比仅32%，3人及以上的家庭单高达45%。可以看到，惠民保的销售，挖掘出了众多的保险需求——除了人群保障拓展，也让商保公司看到了广阔的未被充分挖掘的家庭单保险市场。

图1-13 某城市投保人群家庭画像



4.保障内容打磨升级，衔接医保地方定制 ■

惠民保自诞生以来始终秉持初心，践行惠民使命，在商业可持续的前提下逐步扩大保障范围，实现重大疾病人群保险保障的从无到有，以城市为维度创新开展承保方式并提供地方特色保障，探索续保产品在迭代升级中加量不加价的路径，未来发展充满无限的想象和可能。

4.1 走出医保目录框架，开拓医保之外保障

一款惠民保产品通常是由若干个医疗责任组合而成，我们将责任的组合和搭配方式定义为惠民保的产品结构。通过归纳总结2020年和2021年惠民保产品的演进趋势，我们可以将惠民保的产品结构归纳为1.0版本和2.0版本：**1.0版本是“医保内医疗责任+特药责任”；2.0版本是“医保外医疗责任+特药责任”或者“医保内医疗责任+医保外医疗责任+特药责任”。**从1.0版本到2.0版本的演变，可以看到惠民保保障责任从仅保障医保内医疗费用向保障医保外医疗费用延申。

1.0版本主要流行于2020年，即第一轮惠民保产品上市的爆发期。这个阶段政府参与程度较低，早期的推动主力为保险公司和第三方服务公司，因此缺乏政府深度参与和医保个人账户开放。在这种情况下，为了充分提升参保率，需要产品的价格最大程度降低以提高吸引力，因此保险公司在保障范围设计上并没有向医保外医疗费用扩展：因为在参保率不能得到保证的情况下保障医保外医疗费用存在承保风险。

进入2021年，2.0版本开始占据主流地位，这个阶段的特点是政府参与程度提高，除了提供强有力的官方背书、多个地区政府支持开放医保个人账户支付保费，参保率相对有一定的保证，因此价格水平可以突破几十元的限制，也有空间将医保外责任纳入保障范围。此外，政府参与程度较高意味着政府对于产品的设计进行干预，多地政府均发布政策文件明确医保外责任应该是惠民保的保障核心。例如重庆市惠民保，见表1-2。

表1-3重庆惠民保的迭代过程

	1.0版本	2.0版本
项目名称	重庆渝惠保（2020版）	重庆愉快保（2021版本）
价格	69元	69元（保障1+2）/169元（保障1+2+3）
既往症参保人	7类重大既往症不可赔付	可保可赔
保障责任1（基本医保内）	医保报销范围内经医保、大病医疗保险等报销后的剩余医疗费用	住院和特病门诊医保目录范围内自付费用
保障责任2（基本医保外）	无	住院和特病门诊医保目录范围外自费费用
保障责任3（特药责任）	恶性肿瘤特定药品费用	院外特定高额自费药品费用

4.2 破解带病人群难题，缓解患者就医压力

2.0版本惠民保另外一个重点特点就是涵盖了重大疾病人群，对该类人群的保障实现了突破，这也是政府参与的重要考量之一。根据重大疾病人群的保障程度，可以将惠民保产品归为四类：拒保、可保但不赔付既往症（可保不可赔）、可保也赔付既往症（可保可赔）但赔付水平低于健康体、可保也赔付既往症（可保可赔）且赔付水平和健康体一致（见表1-3）。2020年，由于政府参与程度较低，多数惠民保项目以可保不可赔为主（部分更严格的项目直接约定不可保），如2020年北京京惠保。随着2021年政府参与程度逐渐加深，政府将惠民保产品视为一种“公共产品”，解决当下重大疾病人群的保障需求成为政府关注的重点，因此可保可赔模式基本成为主流模式,例如2021年北京政府指导的北京普惠健康保上线，对既往症患者保障上实现“可保可赔”。

表1-3 重大疾病患者保障程度四大类型

序号	重大疾病人群保障程度类型
1	拒保
2	可保但不赔付既往症（可保不可赔）
3	可保也赔付既往症（可保可赔）但赔付水平低于健康体
4	可保也赔付既往症（可保可赔）且赔付水平和健康体一致

出于成本考虑以及兼顾公平性问题，同样是可保可赔模式开始分化出第3和第4种类型。部分产品让重大疾病人群的保障水平和健康体保持一致，如杭州的西湖益联保；部分产品通过免赔额或给付比例的差异化设计使得重大疾病人群的保障水平低于健康体，如北京普惠健康保。

可保可赔的初衷是希望重大疾病人群的保障水平与健康体一致，这样无论从客户体验还是市场推广角度，都能有利于惠民保产品的可持续发展，但受制于各地社会经济发展水平不同，各地医疗费用差距甚大，例如上海、北京等这种人口老龄化严重、聚集全国顶尖医疗资源的城市，重大疾病人群必会产生更大的成本（相较于二线及以下城市）导致赔穿风险。因此，为权衡推广效果和经营成本，部分保险公司推出了重大疾病人群保障水平低于健康体的可保可赔模式。一方面能够降低重大疾病人群较高的理赔风险，因为该类人群逆选择行为明显，理赔需求和医疗成本相对较高；另一方面则从兼顾公平、普惠的角度，降低健康体共济的不公平感，让更多健康体加入惠民保，减少健康体的脱退率。

4.3 地方特色需求萌芽，创新责任探索落地

惠民保的另一大特色形态则是在基本保障内容外补充地方特色保障责任，该形态出现的主要是因为各地保险公司对银保监会“保险公司开展定制医疗保险业务，应因地制宜，保障方案体现地域特征，契合当地群众实际医疗保障需求”监管要求的落实。

例如珠海的大爱无疆产品在癌症特药责任的基础上，对投保年度内新确诊恶性肿瘤或复发的参保人，各提供一次PET-CT检查项目补偿，并报销其检查费用(不含显影剂)的60%。根据2021年上半年的理赔报告，PET-CT检查项目报销金额占上半年理赔总金额5716.12万元的12.52%⁹，有效缓解了患者的医疗费用负担，为癌症的确诊和早期有效治疗提供有力支持。

罕见病责任和照护责任频繁出现在政府参与度较高的惠民保中，如山东省各地市医保局在产品的设计时均提出要求必须将罕见病药品纳入保障责任范围；

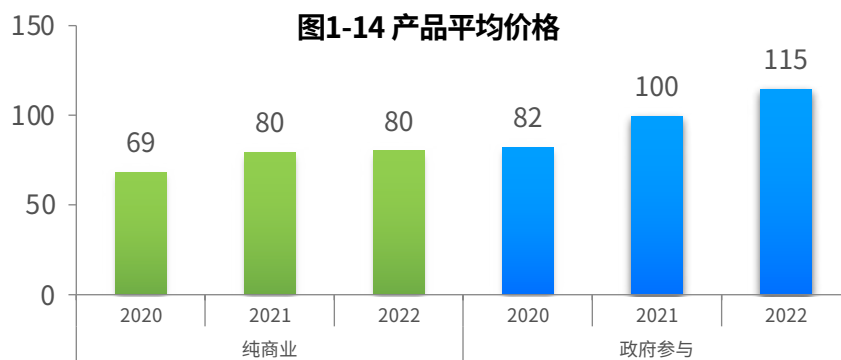
江门的邑康保对因年老、疾病、伤残等原因生活完全不能自理的人群提供每月400元的照护津贴。其中，邑康保是江门市推进医疗服务与养老服务深度融合发展的大胆尝试¹⁰，民政局也发布了支持邑康保照护服务机构的遴选公告，支持产品做好照护保障工作。

由此可见，惠民保提供的医疗保障服务和产品宣传优势能够天然契合政府惠民工作的推广，政商合力对百姓获得保障、政策得到落实、产品获得宣传起到了良好的推动作用，这一模式的复制会助力未来惠民保的产品设计更加突出地域特点，与当地多层次医疗保障体系和民生保障工程相融合。

4.4 区域定制价格拉开，单城产品多样供给

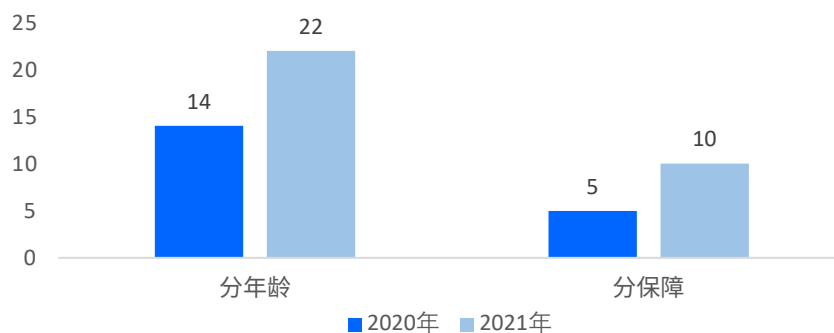
惠民保整体来讲，价格从几十元到上百元不等。从保费分层看，随着保障范围的拓展，惠民保价格整体呈上升趋势，且政府参与度高的产品价格明显高于政府参与度低的产品。

（图1-14 对于部分地区出现价格分段或者计划分段的价格进行了加权平均）



此外，惠民保保障分层的趋势逐渐显露，具体体现在同一个产品出现不同版本，不同版本中区分产品形态（如提高赔付比例，增加保障责任）或者区分年龄段定价。例如重庆渝快保有普惠版和升级版两种，其中升级版相较于普惠版，新发病人报销比例由55%增加至80%、既往症病人报销比例由10%提高到30%，并且新增了肿瘤特药和罕见病特药，价格也相应由每年69元提高至169元。通过调研了解到保险公司的设计初衷是优化人群结构，同时能满足不同人群的价格偏好。“因为惠民保产品不限投保年龄，且允许既往症人群投保，如果维持不同年龄、不同健康状况的人群用相同费率获得相同保障，惠民保或将丧失对健康年轻人的吸引力，使得业务过早闭合走向死亡螺旋。而且单一价格难以满足不同人群需求，产品分层的设计恰好满足了不同价格敏感度客户的保障需求。”

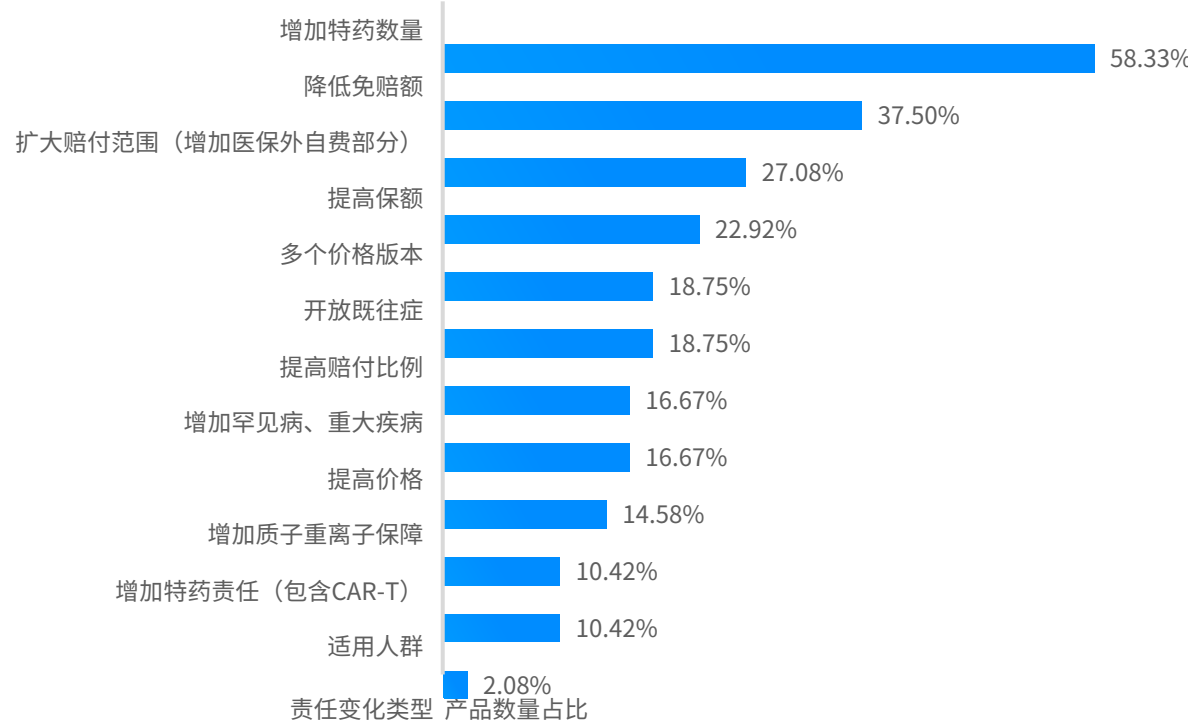
图1-15 2020年-2021年同一产品不同版本的趋势统计



4.5 细化责任迭代调整，创新责任主力吸睛

惠民保的迭代升级普遍呈现出加量不加价的趋势，其中特药责任的调整成为扩大保障范围的主要现象。对2021年1月份-12月份上线的48款续保产品进行分析(将续保产品与前一年产品进行对比)，仅14.58%的产品提高价格，58.33%的产品通过增加特药责任的药品数量（增加特药数量）扩大保障范围，还有10.42%的产品增加了特药责任（这些产品的前代产品没有特药责任）。其他的产品升级方式还包括：降低免赔额、增加医保外自费责任、提高保额、增加多个价格版本、开放既往症、提升报销比例、增加疾病种类（罕见病、恶性肿瘤）、增加质子重离子保险金等保障。（见图1-16）

图1-16 2021年48款续保产品较2020年产品责任变化统计



5. 从群雄逐鹿之沙场，至多方共建之土壤 ■

2020年是第一轮惠民保产品上市的爆发期，巨大的人口红利吸引各家保险公司争相在当地城市甚至省、全国上线惠民保产品，在缺乏政府监管的情况下，市场乱象丛生，例如在部分城市出现了同一城市同一时间上线两个惠民保产品，且保障责任大同小异；惠民保未根据该城市医保政策定制产品，甚至陷入低价竞争；为吸引人群参保谎称自家产品为政府指导等。在市场规范度有所欠缺时，政府、保司、第三方服务公司的优势和力量难以充分联动，不仅导致在保司相对混乱市场下推出的产品销量有限，同时引发社会舆论，这些结果对民众、政府、保司等都是不利的。

因此2021年国家银保监会及时发布规范政策（《关于规范保险公司城市定制型商业医疗保险业务的通知》，2020年11月发布征求意见稿，2021年5月正式发布），各地政府开始积极参与惠民保项目，惠民保市场也得以逐渐走向规范化，形成“政府+保险公司+第三方服务公司”共同参与的发展模式，参与各方角色分工逐渐专业化。

5.1 政府机构定基调、主方向、稳秩序

以医保局为主导的政府部门主要负责产品设计定位、政策指导、成本测算数据支持和推广支持（1.2部分已经阐述）。另外，部分政府（一般医保局牵头，联合其他部门例如银保监会、财政局、税务局等，也有部分地区直接市政府、市委发文）通过发文进一步细化指导，例如浙江、山东两省均是从省级层面多部门联合发文，各地市政府紧跟其后纷纷发文，结合地市实际情况指导产品落地，基本结束一市多个产品同质化、无序竞争局面。尤其是浙江省省级层面要求各地市所有政府唯一指导的产品名称前缀加入“浙里医保”，客观上也使得该省域内商业化运作的项目逐渐退出，市场更加规范，基本完成“一城一险”的华丽转变。

5.2 保险机构建共保、链渠道、聚能量

保险公司批量涌入惠民保赛道，经粗略统计，共计80多家产寿险公司参与，其中寿险公司34家，头部公司主要为中国人寿、太保寿；养老险与健康险6家全部入局，平安养老与平安健康作为平安集团旗下参与的主体，泰康在线与泰康养老则为泰康集团参与的主体；财险公司参与最广泛，共计40余家，人保财领跑全行业，整体上，财产险公司参与数量与参与深度都高于人身险公司。

由1-2家主承，多家公司共保的格局成为保险公司参与惠民保的主要趋势。例如北京普惠健康保由5家保险公司参与，其中人保财、国寿2家主承，而上海沪惠保则有8家保险公司参与，由太平洋人寿1家负责主承。产品共保体如何组成受一定的市场化机制引导，一般有三种情况：一是当地规模较大的保险公司牵头组织共保体且成为主承公司，例如人保财险从战略上将惠民保作为探索新业务的增长点，人保财险目前是惠民保市场中业务参与最为广泛的公司；二是当地承办政府大病医保且份额较大的保险公司会牵头组织共保体且成为主承公司，他们在政商合作业务经验、大病数据方面有优势，如国寿各地分公司；三是属地保险公司牵头组织共保体，且成为主承公司，例如重庆愉快保的主承公司是安诚保险、苏州苏惠保的主承公司是东吴人寿。

再保公司也积极参与其中，目前在惠民保市场上，主要的再保承接方为中再集团（包括中再寿险与中再财险），再保方一方面为各地项目做好风险承接，另一方面也在逐步走向前端，从产品设计方案、数据测算、定价支持以及特药清单目录制定等多维度深度参与，发挥越来越不可或缺的作用。如在北京普惠健康保中，由中再寿险主导100种特药目录清单的制定以及特药服务商的遴选等工作。在部分赔付风险较高的城市，再保还可以在后端与药企协同进行创新支付合作，为该城市项目的风险进一步做好底层支撑。

5.3 服务机构广参与、细分工、显优势

第三方服务公司以各自不同的专业禀赋进入惠民保赛道，2020年共有37家，2021年已增至58家，主要分为五大类，

一是保险科技类公司，例如平安医保科技，参与主要目的为赋能保险母公司，助推保险销售实现快速高效率获客；

二是流量平台公司，例如微保、支付宝等，利用流量巨头优势蓄能，扩大宣传面实现流量转化；

三是大数据阵营，例如医渡云、零氪科技，将大数据优势应用在保险领域场景，实现大数据应用；

四是特药服务阵营，具备与药企和保险行业合作的项目经验、人才储备，高效聚合医药产业链资源为惠民保创造持续价值，例如镁信健康、思派健康、圆心惠保；

五是官方背景运营商阵营，具备与当地政府业务合作经验，例如上海保险交易所、山东互联网医保大健康、南京智慧医疗等等。

第三方服务公司在惠民保业务上角色分工进一步细化，主要负责配套制定服务方案，创造持续性价值，包括协助项目落地，系统搭建、平台运营、宣传推广以及为参保人提供特药服务、健康管理服务等，主要以平台运营方、保险经纪方、特药服务商、健康服务商等的角色参与其中，例如杭州“西湖益联保”项目中上海保险交易所提供平台运营支持，中保科联提供技术支持，支付宝作为流量入口提供推广支持，镁信健康等特药服务商为产品提供特药服务和健康管理服务等。

02

洞察赔付，定位风险， 锚定可持续发展难题

- 解决百姓难题、兼顾各方利益，才是可持续之根本
- 定位风险，上线前防患未然，运营中未雨绸缪

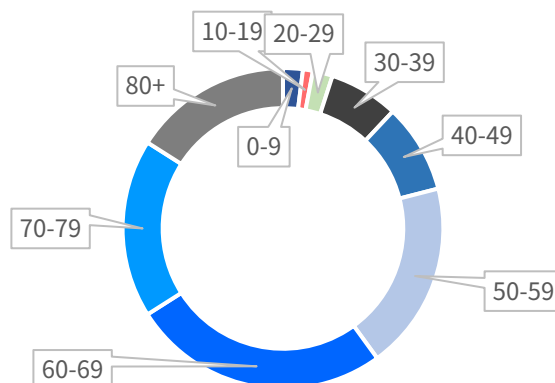
说明：中再寿险作为惠民保业务的主要参与方，
积累了大量的承保和理赔经验数据，并总结出一些有价值的规律。
但出于公开报告的目的，本章节我们公开的数据仅限于市场公开信息。

1.解决百姓难题、兼顾各方利益,才是可持续之根本

随着经济水平和医疗技术的逐步提高，国民医疗费用进一步增加。根据国家统计局数据，2020年全国卫生总支出共7.2万亿。虽然医保基金和政府卫生支出解决了超60%左右的医疗费用，但患者仍然面临着较大的医疗费用负担。2021年传统商业健康险理赔支出4028.5亿元，占全国卫生总支出的5%左右，但不管是价格，还是严格的健康告知都使得其覆盖人群较小，并未真正发挥补充保障作用。2020年惠民保的爆发，其在水产品设计端被市场普遍认同具有作为补充基本医疗保险的属性，且具备良好普惠性，那么经过一年的运营，惠民保理赔呈现出怎样的特征，这些特征是否能印证其惠民性，也成为公众的期待。下文将从整理的已公开理赔数据逐一一对以上问题作出分析。

惠民保和其他商业健康险的一个显著差异是产品覆盖范围的拓宽：将高龄人群和既往症人群纳入保障范围。

图2-1 某城市-各年龄段总费用占比



如图2-1所示，根据某一线城市医疗理赔数据显示，65岁以上高龄老人每年人均支出的医疗费用（扣除医保报销）为30-50岁年龄人口的7.8倍。

而目前一般商业医疗保险条件较为严格，首次投保年龄普遍限制在65岁以下且设定了严格的核保标准，导致真正对于医疗保险有需求的高龄人群反而无法从一般商业医疗保险中获得补偿，惠民保从普惠的角度很好的解决了错配问题，全年龄可保，价格亲民，真正做到了普惠。

如图2-2所示，选取的八个惠民保产品年龄结构明显老于常住人群年龄结构（老年人群占比明显高于常住人口年龄结构），较好地实现了对老年人群的保障。

惠民保F产品参保率高达76%，高参保率城市的人群结构特点一般与常住人口年龄结构吻合性更高，故曲线较为贴近。

图2-2 60岁以上人数占比

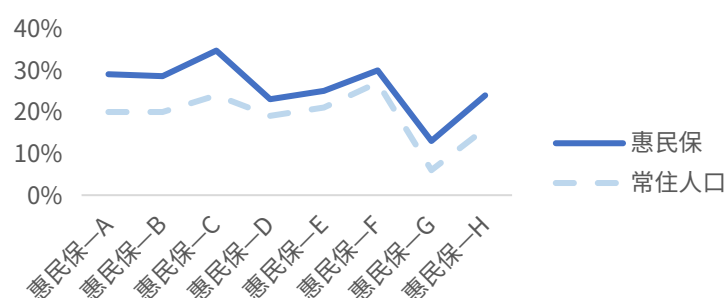
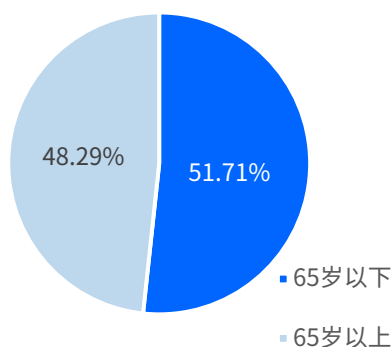


图2-3 沪惠保理赔案件量年龄分布

截至12月31日沪惠保理赔案件量分布



数据来源：沪惠保公众号

通过实际的理赔数据我们更充分的体会惠民保的惠民意义。沪惠保公布赔付报告中也显示出，截至12月31日已发生的案件量中，65岁以上人群占比约48.29%，显示了沪惠保对于老年人的医疗费用提供了较大的保障。

对于罹患过重大疾病人群的保障,惠民保也体现了普惠的特点。根据某城市惠民保特药理赔数据，截至2021年09月30日，累积报案人数合计943人，审核通过713人，通过率76%。其中，既往症人群理赔占比约86%，新发占比约14%。已决赔款2,300万元，其中，赔付给既往罹患重大疾病人群的金额达2000万。可见惠民保对于罹患过恶性肿瘤人群较为友好。

从各地惠民保的实际理赔个案中可以看到，惠民保的理赔呈现“高损高赔付”的特征，理赔案例通常指向大病重病，给患者及其家庭代理极大的经济损失，而惠民保的理赔款可以极大的解决患者家庭的支付压力，为每个投保家庭提供了大病巨灾风险的保障。例如在西湖益联保的赔案中，双胞胎兄弟不幸同时患上罕见病，多次规定病种门诊及住院费用早就超过医保上限的巨额医疗费用让本不宽裕的家庭几乎陷入灭顶之灾。其中，哥哥和弟弟的医疗费用合计超400万元，医保报销160多万元，但仍需自付240多万元。但由于兄弟俩都购买了西湖益联保，可报销近190万元，为这个家庭带来了生活的希望。另外，惠民保也让更多的患者有机会接触到更前沿的创新疗法，例如在沪惠保客户中，29岁的史某罹患脑恶性肿瘤，申请使用特定高额药械爱普盾。爱普盾是一种用于肿瘤电场治疗的新型抗癌疗法，用于治疗胶质脑细胞瘤，属于昂贵药械。客户一个月需花费13万元，但由于沪惠保的保障，每月可获赔9万多元，让昂贵的药械不再遥不可及。

综上分析，惠民保以”惠民“为核心，打破商保边界，确实覆盖了老年人、罹患过重大疾病人群的医疗保障缺口，但不能忽视该模式给商保风险管理和定价逻辑带来的挑战。我们要思考保障惠民利益的同时，也要兼顾运营的可持续性，可持续发展才是惠民保持续惠民的‘基石’。

2.定位风险，上线前防患未然，运营中未雨绸缪

在惠民保为保险公司带来规模保费的同时，也需要各方同步关注该业务存在的风险点。只有健康的良性循环，惠民保的生命力才能长久。惠民保业务整体风险因素主要分析如下：

2.1 均一保费之难题 ——年龄结构偏差风险

大多数惠民保项目中，对不同年龄阶段采用均一费率，部分城市项目进行了两到三段的设置，但是整体上差异并不大。从宣传推广的角度，简单均一的交费水平，消费者更易理解接受，但从风险管理角度来说，也带来了不确定性。不同年龄人群疾病发生率及人均医疗费用均存在较大的差异，理论上高龄段人群疾病发生率及人均医疗费用更高，均一费率的实质是将高风险人群的成本分摊到低风险人群上，故将整体参保年龄结构做出预估尤为重要。而这种预估更适用于强制化、参保年龄结构较为稳定的基本医保，对于自愿参加、商业化运作的惠民保，年轻的健康群体投保意愿不强，高龄段人群投保意愿显著增加的前提下，整体参保年龄结构会出现偏差，可能导致总保费不足以覆盖赔款而引发亏损。

2.2 患者保障之难题 ——带病体认定偏差风险

惠民保2.0阶段，普遍将罹患过重大疾病人群纳入保障范围。与纳入高年龄段人群相比，既往症人群的住院更频繁，人均医疗成本也更高，故将既往症人群纳入保障范围，存在较大的选择偏好风险，既往症人群的参保意愿明显更强烈。

与纳入高年龄段人群类似的是，既往症人群占比较难确定，实际承保与假设偏差较大，由此产生的经营风险更大。

除此之外，既往症定义不准确，既往症识别偏低，也会导致成本测算的偏差。目前对于既往症的识别，一类是借鉴商保重大疾病险经验，对具体病种进行详细释义，但往往难以根据医保系统数据进行判断，需要后期理赔时进行识别；另一类是根据医保系统内的门特身份、大病理赔记录作为判定标准，并在投保时进行身份标识。随着各地政府推动“一站式理赔”，惠民保能够与基本医保在医院内一站式理算，为参保人带来了极大的便利，但若无法合理识别方案中约定既往症，可能会带来更大的风险敞口。以某城市惠民保举例，该惠民保将既往症定义为投保日期前2年登记或享受城镇职工门诊大病或城乡居民医保大病待遇的人群，在门特接受过透析、肾移植、放化疗、精神病治疗及血友病治疗等。考虑很多罹患重大疾病患者，并没有接受门特治疗而直接进行住院治疗，故在实操中未被认定为既往症，仍然按照健康人群进行承保，享受健康人群的理赔标准。事实上，该部分人群无论是再次住院的发生率还是住院后的人均医疗成本都大大高于健康人群，这个偏差导致产生定价不足风险。该惠民保作为一款重大疾病人群差异化赔付比例的产品，理赔半年赔付达到44%，远高于一般的既往症可保可赔比例保持一致的产品。

2.3 赔付预估之难题——长尾和长期理赔风险

惠民保具有长尾风险的特点。因为惠民保的高免赔产品特点导致大多数的索赔为恶性肿瘤等重大疾病的索赔。重大疾病从确诊，到制定合适的诊疗方案以及相应的后期治疗往往需要较长的时间，报案、立案到最终结案时间最长可达数年。由于大部分惠民保项目并没有与医保联网开通一站式结算方案，因此存在理赔严重滞后问题。部分患者不会及时报案，延迟理赔现象较为严重。按照苏惠保2020版经验，医疗险责任往往在第7-10个月赔付率迅速增长，在12个月之后进展完成，而特药责任由于用药期因素，进展时间更长，2021年苏惠保联合镁信健康通过打通药房系统实现特药直付，只要患者购药就发生理赔，相比事后报销（患者往往积累多次购药发票在年末统一报销）大大降低了特药责任的延迟理赔风险。目前大部分产品的披露赔付数据并非为终极赔付率，随着时间进度的加深，赔付率可能呈现恶化趋势。

2.4 保费维稳之难题——参保死亡螺旋风险

惠民保低保费、高保障的潜在逻辑在于健康人群对于患病人群以及既往症人群医疗费用的共济分摊。当参保率足够高，可以分摊既往症人群医疗成本的健康人群足够多时，惠民保低保费高杠杆的逻辑才能成立。惠民保由于门槛较低，其对于高龄人群及既往症人群的吸引力更大，而从实践看健康人群相比之下的投保意愿相对较小，故政府参与、保证参保率是惠民保存在的必要因素。目前大部分城市的惠民保产品处于起步阶段，政府有一定程度参与，对于参保率促进作用比较明显，待未来政府参与程度足够深，参保率达峰值后，没有强政策持续刺激，是否参保率仍能维持高位值得商榷。一旦健康人参保率不能持续，而参保人群中罹患过重疾人群占比逐渐提高，整体产品就会进入死亡螺旋，项目将不可持续。参保率因素与上述年龄结构偏差因素、既往症认定因素及延迟理赔因素相比，对于风险影响程度更高。

2.5 积累缓冲之难题——政策推动赔付上升风险

随着政府参与惠民保程度逐渐加深，越来越多城市开通了医保个账投保支持，但是高赔付率成为政府参与的前提。2021年，陆续有多地政府下发相关文件，对于惠民保的赔付率做出要求：2021年10月份，浙江省医疗保障局、浙江银保监局联合下发《关于进一步推进商业补充医疗保险促进共同富裕示范区建设的通知》，对商业补充医疗保险健康有序发展提出相关要求。

此次《通知》要求，各市医保局要及时知道商业保险承办公司根据投保率、赔付进度、约定赔付比例等因素，按实际资金赔付要达到协议赔付率90%以上，待遇覆盖面达到一定比例的要求，及时调整赔付责任和起付线。不止浙江省，山东、重庆等多个省以及地市也出台了关于惠民保赔付率的要求。

随着监管政策不断加强，惠民保普惠微利的特色凸显。保险公司由于赔付率要求，同时兼顾自身的运营成本及产品推广成本，整体利润边际堪忧。虽然对于赔付率的约定更有利于发挥惠民保的“惠民”属性，但根据有可能试行的中国版IFRS17会计准则，约定最低赔付率的保险产品所带来的保费收入不能计入保费收入，这将极大降低保险公司参与惠民保业务的积极性，因此建议政府在赔付率约定的形式上应考虑会计准则的相关影响。

2.6 精细管控之难题——缺乏目录抓手风险

在部分赔付较高的城市，通过对公开赔付数据的跟踪发现主要存在以下风险：

例如浙江省率先在2021年各地市惠民保的保障期间设置自费药品清单进行合理控费，项目运行过程中也为了提升待遇和参保人获得感，通过增加保险责任，将保障拓展至院内自费器械耗材及诊疗项目来增加赔付。

以绍兴越惠保为例，2021年绍兴越惠保在2021年8月基于为民众提升保障待遇的目的新增了责任四——其他住院和门诊规定病种合理医疗费用，该责任创新性的将浙江省药械采购平台内属于集中采购范围的自费医用耗材纳入保障范围。

根据绍兴越惠保公众号公布的《2021年绍兴市1-11月理赔情况》报告显示（见图2-4）：新增的责任四赔付11个月合计理赔达到17276.74万元，占总赔款78.62%。将新增责任四与原有责任的赔付数据对比显示，新增责任四将赔付扩大了3倍，呈现赔付激增的趋势。通过此案例可以提示我们：自费的医用器械耗材是惠民保保障范围中风险暴露较高的一个部分，惠民保需建立正面的清单管理机制来预防自费药品、耗材、诊疗的赔付风险。

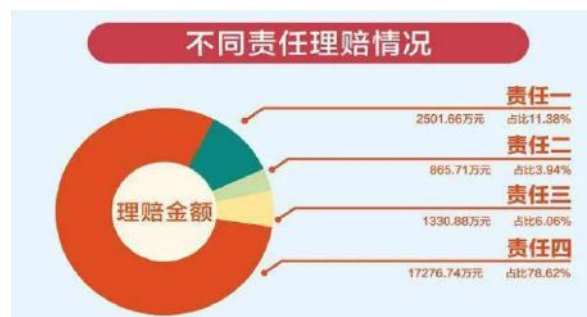


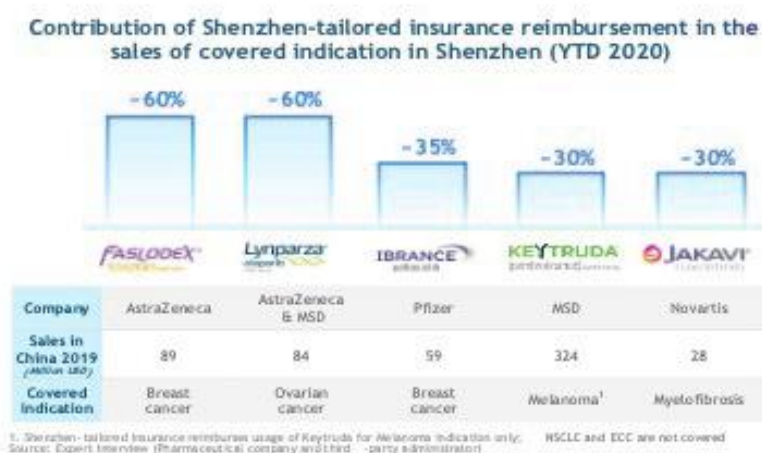
图2-4 2021年绍兴越惠保1-11月理赔情况

2.7 趋势预测之难题——快速影响产业链行为风险

惠民保的覆盖，一方面减轻了患者的支付压力，另一方面也提高了高额自费药品的使用量与医生处方量，扩大了惠民保保药目录内药品的销售规模。深圳“惠民保”肿瘤特药的商保赔付占当地特药销售量的30%-60%。其中，保险赔付支出中芙仕得和利普卓等药品贡献了超过60%的销售量，爱博新，可瑞达，捷恪卫等销量也因商保的引入增幅超过30%。

（注：此段将深圳重特大疾病补充医疗保险作为分析特药受惠民保影响的案例是因为深圳此款产品运营时间长，且形态与惠民保类似，对特药使用的影响效果暴露明显）。

图2-5深圳惠民保
对药品销售的影响（2020年）



另外，根据公开数据显示珠海“大爱无疆”的特药2020年赔付金额相较前年增长186.5%，珠海市患者使用免疫疗法的比例比周边城市高出5-6倍，平安佛山保特药赔付金额较前一年同期增长180.9%

图2-6 珠海市特药赔付金额提升显著
(万元)

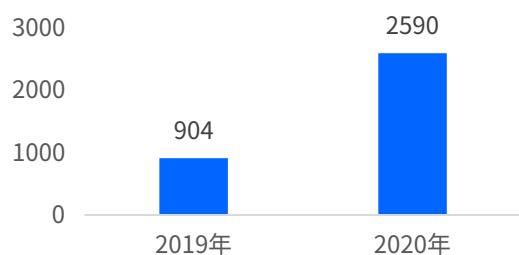
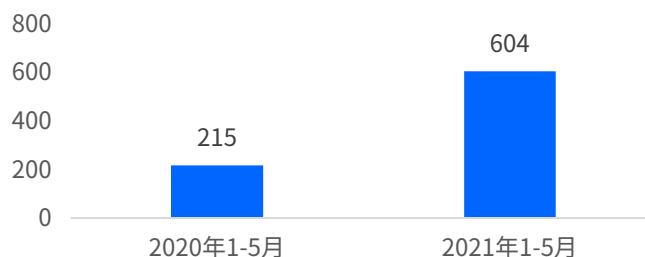


图2-7 佛山市特药赔付金额提升显著
(万元)



数据来源：珠海市大爱无疆、平安佛医保公众号

从患者和医生行为角度看，根据某款惠民保第一年理赔反馈，在患者群体自发号召惠民保以及了解产品的医生处方压力降低等因素影响下，该城市惠民保特药新处方增长明显，某抗癌药的使用刨除既往症处方后，理赔9个月新开处方增长率超300%。根据该药品的创新药企反馈，该药品进入某地区的惠民保特药目录后，其DTP药房月均销售量较未进入惠民保报销范围之前，增长53%，其中惠民保支付占比超45%。

与医保经验相似，医保准入对于药物放量提示作用明显；惠民保也是如此，市场一年余的惠民保“教育”推动药企、医生、患者相继参与，直接或者间接促进医疗成本的增加，为药品使用的提高带来了显著的影响。当然，一方面我们希望通过惠民保的普惠，让更多患者对于“救命”的高值药品从“用不起”到“用的起”，从“不能用”到“能用”，但同时我们也需要对风险进行充分评估，在产品设计时需要考虑由于患者行为改变带来的成本上升。无论是从医保局代表的政府部门出发，还是对保险公司来讲，惠民保赔付率太低与赔付率超高都不是双方所期望的，只有健康的良性循环才是惠民保项目长期稳定发展的根本。

小结 ■

综上，惠民保的风险特质是“高损高赔付”，特别对于承保人群中的带病体和老年人而言，理赔是高频次的。这种风险特性导致风险管理的手段也不同于一般的健康险产品。对于百万医疗险而言，其低频高损的特性使得保险公司的风险管理手段聚焦在“选好人”上；对于惠民保而言，如前文所述，参保率、既往症和健康体的配比、既往症人群的准确认定、理赔范围和清单管理等显得尤为重要。此外，参保率较高的惠民保产品甚至会影响一个城市的医疗行为，医疗行为的改变反过来影响惠民保的赔付风险。

03

把握关键，围绕筹资与支付 破局可持续发展难题

- 筹资可持续，有序增量扩容
- 支付可持续，逐步精细风控

针对惠民保这类产品既往症可保可赔的引发的高风险，惠民保高质量可持续的发展成了整个市场关注的焦点。从逻辑上看，惠民保的可持续发展需要实现筹资可持续和支付可持续，筹资可持续即持续保持足够大的参保量，支付可持续即在基金管理上能实现合理的支出、有效的控费（见图4-1）。筹资端，需要解决尽可能提高参保和续保，维持高参保率：我们认为产品价格、政府参与、客户体验是影响参保的关键影响因素；支付端需要解决：基金应该支付什么（划定支付范围），支付多少（控制支付价格），怎么支付（管控支付过程）三个问题，前文分析指出，当前赔付率较高的城市，主要赔付成本发生在医院内的保障责任，因此院内的保障责任的精细化管理成为关键影响因素。

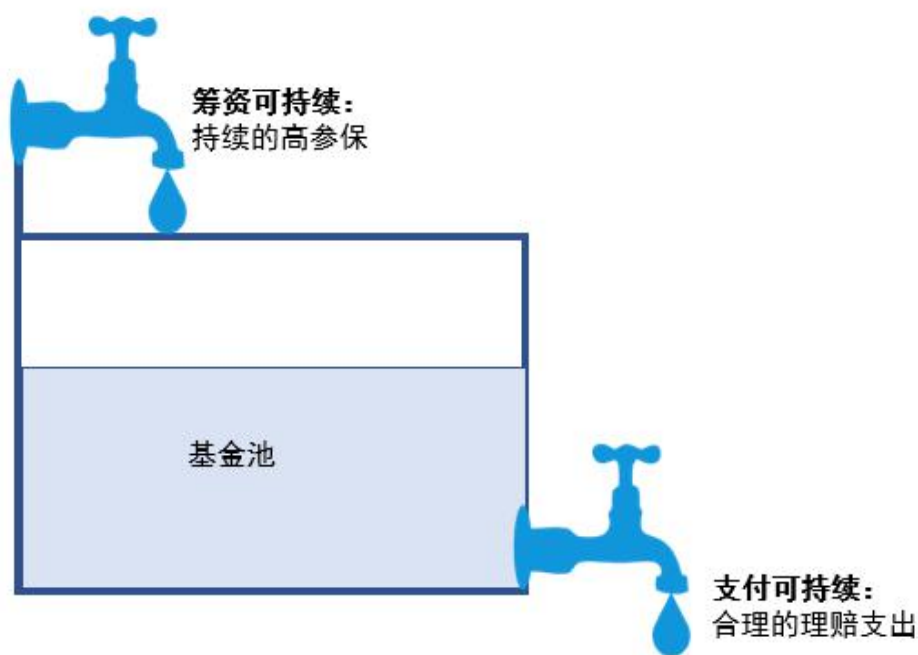


图3-1 惠民保可持续发展的逻辑示意图

1. 筹资可持续，有序增量扩容 ■

1.1 产品价格：求普惠而非低价竞争，求稳健而非一成不变

根据前述分析，惠民保的价格区间在几十元至上百元不等，保障范围随着价格的提升也在逐渐扩展，从医保内扩展至医保外，从既往症可保不可赔扩展至可保可赔，以及特药种类、差异化责任都在不断增加。从风险的本质来看，风险成本与保障范围是对等的，保障范围越广意味着风险成本越高，而风险成本越高则意味着销售给客户的价格就越高。**2020年至2021年的保障范围扩展与价格提升相辅相成，但是当保障范围与价格进一步提升之后，保障范围扩大带来的边际效应明显递减，经观察，市场上价格超过200元的一些惠民保产品上市参保量及参保率普遍不高。**

■ 如某市惠民保产品是当地市医保局指导上市的一款专属补充医疗保险，不限年龄、健康状况投保后均可获得保障，保障范围不仅包含医保内外的住院医疗费用、院外自费药品以及10种罕见病保障，还包括首次罹患癌症定额给付1万元，报销最高可达401万，保障范围很全面，但是同时价格也相对较高，为296元，据了解，该产品最终的参保人数为65万，参保率为9%。作为一款政府指导，且有医保个账支持，可以给个人且家人购买的产品，在前述统计的有医保局指导且医保个账支持的产品中属于参保率偏低水平，296元的价格赶超部分百万医疗产品。尤其是对于低年龄段消费者或者健康人群来讲，该产品较百万医疗的竞争优势已经不明显，相对较高的价格一定程度上限制了消费者的购买意愿。

■ 再比如，梅州保尚保共有四种计划，其中计划四保障最全面，价格也最高为450元，在广东地区属于参保量较低的惠民保项目，共计44万人参保。常州惠民保今年1月份上市，共有三款计划，其中计划三保障最全面，价格是365，三款计划整体参保人数为50万，三款计划中参保量最好的是计划二，价格为120元，保障最全面的计划三参保人数反而较低。

通过以上案例，我们可以观察到，价格在100-200元之间，保障范围相对全面，是比较合理的保障范围与价格区间。同样，惠民保如果价格不超过200元，意味着它的保障范围不会无限制扩展，与百万医疗的保障范围会形成明显区隔。在大多数惠民保的项目中，惠民保产品的免赔额高于百万医疗，赔付比例低于百万医疗，差异化责任也相对比较单一，可以称之为低配版百万医疗险。

当下惠民保产品基本框架包含医保内/外责任、院外自费特药责任、既往症差异化赔付以及部分地区设定的部分差异化责任，已经比较完善，如果进一步扩大保障范围，在参保率无法进一步扩大的情况下，成本也会进一步上升，导致价格进一步上升，这意味着产品对于健康人群的吸引力下降，不利于参保率提升。

稳健的价格并不意味着不涨价，未来对于前期保障责任尚未完善的城市惠民保项目，在完善保障框架提升待遇的同时也必然带来成本的提升，价格可以在前述合理范围内适当提升。例如苏州苏惠保1.0和苏惠保2.0定价49元，2021年产品设计增加了保障力度——提升报销比例和新增了重度恶性肿瘤住院津贴、质子重离子医疗费用及CAR-T疗法药品费用后价格涨至79元，反而提升了参保量，可见苏惠保在惠民保产品基本框架内升级并合理涨价发挥了积极作用。例如上海沪惠保第一年运营过程中，在定价上较于经济水平、人口年龄结构、医疗发达程度等同类型城市价格较低，为115元；沪惠保2.0运营方在充分考量前一年的赔付成本、居民医疗需求等因素，新增Car-T治疗药品、15种海外特药等保障，同时增加保额以及拓宽保障人群（增加新市民），价格适当从115元升至129元（在上述合理的价格范围内），从当前参保进度（预约投保开放5小时内投保人数已破100万）可见，对于收入水平较高、对价格较不敏感且有更高优质医疗需求的上海居民来说并未影响参保积极性。

对于惠民保来讲，效果最明显的维持稳健价格、降低风险的手段还是来自于参保率的提升，2021年惠民保保障范围扩展至既往症人群可保可赔的一个重要原因在于获得医保局等政府支持参与后，参保率有了一定保证，而较高的参保率对于维持惠民保的良性循环至关重要。同时相对普惠和合理的价格也是吸引健康体能够持续留存的关键，否则既往症人数越来越多，健康体越来越少，导致产品的风险就越集聚越大，最终引起死亡螺旋产生，产品也就进入了终点。

1.2 政府支持：筹资支持手段多元化、定位及影响模式清晰化

政府参与是参保率的有力保障。在前述分析也可以看到，对于有政府参与的产品，政府参与程度越深，参保率越高（纯商业化运作的产品参保率很难超过10%）。究其原因，一是政府的公信力支持让老百姓更愿意为产品买单，政府通过行政手段为产品推广，转化率远高于市场手段。二是政府提供多元化的资金筹集手段，提高用户的投保意愿，并且覆盖了贫困、残疾人群，政府筹资手段主要有以下四种：

01

医保个账资金支持

02

财政出资

03

提供免税优惠

04

鼓励社会出资

开放医保个账是最普遍的也是主要的筹资来源，大多政府参与较深的城市医保局均会开放医保个账，以此盘活沉淀个账基金，部分地市惠民保保费甚至超过50%来自于医保个账，例如江苏镇江惠民保；财政出资是指地方财政局履行“管理社会救灾，救济、医疗保险（含公费医疗）等财务和资金的职责对贫困、残疾等人群（由民政局负责提供该类人群信息）负责对惠民保保费进行统一购买，例如浙江省在省级惠民保规范性政策中提到：

“财政部门要统筹支持对贫困对象的参保资助”，浙江省各地市的政策中也均会提出要求财政部门统筹支持相关贫困人员等的参保资助；提供免税优惠是指职工个人或者企事业单位统一为员工购买惠民保，可以获得税务部门的免税优惠，这在已发文的的城市或者省份中均会提及，例如湖南省在惠民保升级规范性政策文件中提到“根据《关于补充养老保险费补充医疗保险费有关企业所得税政策问题的通知（财税〔2009〕27号）》，对于企事业单位任职或受雇的全体员工购买补充医疗保险的，在不超过职工工资总额5%标准内部分，在计算应纳税所得额时准予扣除”，“企业为员工购买惠民保产品可享受5%的税收优惠”；鼓励社会出资是指政府鼓励社会力量对贫困、残疾等人群进行慈善捐赠，例如四川省省级发文中提到“鼓励社会力量为困难残疾人购买惠民保”。

除筹资以外，政府在产品设计时提供当地医保数据支持，提高产品设计的合理性和定价精准性，使产品更符合当地老百姓需求。很多地方政府从惠民角度，在规范惠民保发展文件中，也提出“约定赔付率”，例如浙江省提出约定赔付率不低于90%，山东省潍坊市约定赔付率95%等，在一定程度上能够平衡普惠性和盈利性，提高民众获得感和信任感，让民众更愿意为产品买单。

政府对于惠民保的渗透和规范发展起到不可或缺的作用，政府参与程度现阶段演化出三类现象：

■ **第一类政府支持模式，政府在产品发布的时候仅站台，其影响力是有限的，整体还是由保司全权进行偏商业化运营。**

■ **第二类医保指导、政府推动这种政府参与模式，**体现了商业保险公司发挥主体作用，政府起到“扶上马，送一程”的辅助作用。

仍以浙江省举例，政府在惠民保的发展中更多起到规范发展、调节市场的作用，在参保率方面通过市场先行、行政补充的方式保证一定的参保量维护基金安全，以政府公信力协助培养老百姓商保意识，另外省政府从顶层设计规范市场，结束同一城市多个产品混战的局面，也为参保率提供侧面的保障；在基金管理方面，政府从政策层面引导商业保险公司充分发挥主体作用，提升管理服务能力，例如2021年10月，浙江省医疗保障局、浙江银保监局联合下发《关于进一步推进商业补充医疗保险促进共同富裕示范区建设的通知》文件中提出“鼓励商业保险公司对高值药品、耗材开展谈判降低成本，引导产品增加健康管理等相关服务，提升老百姓获得感”。

■ **第三类则是由政府对产品设计、销售、理赔、赔付进行全流程主导的政府强参与模式，**尤其是筹资以直接通过连同大病保险缴费、代扣代缴的模式由政府“全包”，商业保险公司仅起到经办作用，这种模式类似大病保险，虽然在参保率上有不可比拟的优势，但在基金整体的风险管理上存在局限性，已经产生赔穿和亏损的结果，例如运营多年的深圳惠民保“重特大疾病补充医疗险”理赔数据显示：2017年至2020年理赔支出占总保费比例为105.46%，亏损金额约为3324.64万元。在经济相对发达、医疗水平较高的城市，2021年-2022年惠民保费率均有大幅度提高，且责任大幅度拓展。

由此可见，在不同的模式中，政府的举措对于惠民保的运营效果（尤其是参保率）有较大的影响，因此量化评估不同模式的影响效果对于清晰政府、保险公司等各方角色定位，制定可持续制度框架，更好地助力行业发展具有重要意义。未来的惠民保发展需要政府的参与指导和规范市场来保障产品的普惠性，为惠民保设计可持续性的制度框架，保险公司作为惠民保运营的主体，充分发挥主体作用和保险运营的专业优势探索可持续发展的解决方案，体现市场化运作的效率。

1.3 客户体验：投保理赔体验是基础，潜在健康需求是助力

01

客户的投保体验：“一城多险”和“一险多选”

“一城多险”是指一个城市上线了多款带有惠民保名义的保险产品。如某地区在发布政府指导版本的惠民保之后，另一款无政府指导的纯商业“惠民保”也仍然在进行推广销售，纯商业版本挤占了政府指导版本的流量，导致民众无法准确区分哪一个版本是政府指导的版本。“一城多险”的问题会影响惠民保的可持续发展，比如某个城市出现了医保局指导、重大疾病患者可保可赔、产品价格偏高的产品，而另一款没有政府站台、重大疾病患者可保不可赔的产品同样上线，保障内容甚至可以一样，但是价格可以更低，这样就会吸引健康人群到价格更便宜的产品，而重大疾病患者都留在了前一款产品里，这会直接导致死亡螺旋更快产生，对于惠民保的可持续发展无疑是不利的。

“一险多选”是指一款惠民保产品提供多个计划供消费者选择。理论上“一险多选”可以最大程度上满足不同消费者的偏好，实现销量最大化，但目前中国大部分地区的大众消费者对于保险产品的理解程度并不支持这种复杂设计。在调研中了解到，部分医保局认为二线以下城市的项目其消费群体有很大部分是农村人群，因而在产品设计上必须避免出现“一险多选”。

综上，为保证惠民保健康持续发展，行业应清楚界定惠民保的定位、内涵以及相应条件，政府和监管机构要防止出现以惠民保的名义宣传产品、模糊概念、误导客户的乱象。同时，产品的设计不建议过于复杂，尤其是面对下沉的客户群体，应当尽量减少客户思考与选择的难度。

02

客户的理赔体验：低频理赔

惠民保作为大病医保的衔接和补充，意味着非既往症人群在购买惠民保之后均是和保险低频发生关系，只有在患大病的情况下才能产生理赔，因此对于大部分未出险的健康体甚至亚健康体来说，获得感并不强，如果客户理念教育不到位，则不利于此类人群的留存。即使对于已出险的患者来说，仅提供理赔报销也会错失通过延续服务增加触点的契机。

我们建议可以细分客户群体，针对参保人的健康状况进行精细化经营，提升惠民保对更广泛人群的友好度。惠民保的客户群体按照健康状态可以分为既往症人群、健康体、亚健康体。吸引健康体的参保对于控制基金池风险具有重大作用，目前主流产品方案主要设置1.5-2万左右的分项责任免赔额，能够保障参保人因重大疾病产生而产生的灾难性支出，与此同时大量参保人群难以达到免赔额获得理赔，因此在产品设计时，可针对大众群体设计一些高频且真正有价值的健康管理服务，如三高共管、家庭医生等，使惠民保保障能够普及更大的参保人群体。（但需要注意责任、保费、风险等多方面的平衡）；在未来的续保过程中，保持健康人群不脱落或者吸引更多的健康体参保尤为重要，针对这类人群，产品设计中可通过续保优待、升级保障方案等政策激励他们参保，例如续保参保人可享受起付线降低、报销比例提升的优待等等，在增值服务方面，可提供健康体健康咨询、健康科普、健康体检等服务，提升健康体健康意识；对于未出险的但患病的亚健康体提供慢病管理、慢病检测或者慢病服务折扣等服务提升获得感。对于既往症患者，可以为患者提供药品直付、慈善援助、药事咨询、多学科会诊（MDT）、远程二诊等患者在治疗过程中必须的健康服务，提升患者对先进医疗技术的可及性同时，大大提升客户体验感，形成较强的服务效应。

2. 支付可持续，逐步精细风控 ■

2020年至2021年已上线惠民保项目中，其中超80%惠民保项目都有院外自费肿瘤特药责任，并且将肿瘤患者院外持续治疗所需的高额药品以商保正面清单的形式纳入保障范围，当前院外自费肿瘤特药责任已成为惠民保产品责任标配。

院外特药正面清单式的专业设计，将治疗当地高流行的重大疾病药品纳入清单，能够起到合理控费的同时，通过动态化的调整风险可控地将创新药品和先进医疗技术纳入清单，与基本医保用药目录进行动态衔接，让有限的基金支付更多更好的药品。

但是院内自费责任在费控上往往是缺乏管理的，从当前惠民保赔付情况显示，院内自费责任赔付风险在逐渐扩大，对一些赔付风险较大的城市进行调研显示当前理赔分析结果显示惠民保的基金并没有充分使用在重病、大病的报销上，反而是改善生命质量的医疗项目上，这显然不太符合惠民保的定位。由此可见，惠民保自费肿瘤特药保障清单自院外拓展至院内药品保障，由肿瘤领域拓展至重特大疾病领域，由单一药品拓展至药品、器械耗材及诊疗项目，势在必行。

2.1

从有到优——清单制责任的合理更新拓面

以近期社会讨论度极高的罕见病用药保障来说，“探索及实施罕见病用药可及性到费用可负担性的全链路解决方案”是基本医保改革的重点也是痛点，虽然在政策层面颁布了一系列政策，从罕见病治疗药品的加快审评审批、发布罕见病目录、建立罕见

病诊疗体系以及对罕见病药品给予税收优惠等。但基本医保“保基本”的功能定位决定其不可能为所有天价罕见病患者支付。惠民保也应其普世惠民的定位，在审慎评估筹资充足性及药品保障必要性的基础上，将其纳入院外特药保障范围。

目前已有超60款惠民保产品对罕见病用药提供了院外特药责任的保障，且其中有58款产品将罕见病用药及肿瘤特药以统一的正面清单进行管理，让罕见病患者与肿瘤患者享受同等的保障水平。但是罕见病的单笔赔付极其高，若在自费责任的设计上将其与其他疾病诊疗不做区分、统一看待，必会挤压其他疾病的赔付空间，影响整个基金池的公平性，因此建议将罕见病单列一个责任进行保障。

由于罕见病的纳入会给产品带来一定的风险，在罕见病保障责任的设计上，其病种和保障数量的选择、保障额度和报销比例的设计要结合当地的疾病谱和当地的罕见病保障制度同时，也要考虑基金的安全和基金使用的公平性。因为以惠民保的筹资水平，对于罕见病的保障仍较为有限，要引导患者和社会正确看待惠民保对罕见病的保障作用，惠民保仅是罕见病多层次医疗保障机制中的其中一层。

2.2

从无到有——数据支持下的全面清单责任

目前部分保障自费费用的惠民保产品已将保障范围拓宽至耗材保障的产品呈现不同的费控设计形式，按是否设置商保赔付清单区分，主要分为设置商保赔付清单和不设置商保赔付清单两种；按是否有特殊赔付约定区分，主要分为有特殊赔付约定和无特殊赔付约定两种。

以某市惠民保为例，其责任二：医保范围外住院药品及耗材费用保险金通过设置商保赔付清单，对住院期间发生的20种自费耗材提供保障。在已经列示商保赔付清单的前提下，该产品还对20种自费耗材进行特殊赔付约定，设置单个材料纳入保障范围的最高限额（例：该产品针对每根支架（腔静脉），纳入保障范围的最高限额为24800元）。这是当前对于院内耗材控制费用的方式，但是患者的需求是否被切实保障仍然有待验证，因此在院内清单制定的方法论上仍有待整个行业共同探索。

2021年10月，浙江省医保局及当地银保监局联合发文，成立浙江省商业补充医疗保险委员会，指导商业保险公司建立商业补充医疗保险赔付指导清单、实行动态调整。在此政策影响下，浙江省各地市惠民保产品陆续设置商保赔付清单，对耗材、诊疗项目进行清单管理。

院内自费药品的清单和耗材、诊疗项目清单的设计会更加复杂。就院内自费药品来说，院内自费药品的使用不仅与区域流行疾病相关，还与区域集采政策、DRG/DIP医保支付监管政策、医生处方行为、区域医疗水平和患者支付能力甚至药企的区域销售策略均有着错综复杂的关系，**因此院内自费药品清单的设计需要医保、医药、医疗等三方大数据作为重要支持形成符合患者医疗需求的药品清单。**

从耗材器械来说，在我国医疗保障制度改革的课题中，医用耗材管理、价格体系的混乱一直都是悬而未决的难题，主要体现在以下几个方面：一是医用耗材具有研发周期短、更新换代快的特点，导致现行各级医用耗材注册批件中规格型号数量异常庞大，二是，医用耗材监管体系较为复杂，部分产品由省级部门审批，导致同一类耗材规格多样，三是缺乏全国正式统一的医用耗材通用名命名规则，药品目录有药典，诊疗项目目录有医疗服务价格文件，只有医用耗材没有统一的“通用名库”，四是缺乏全国统一科学的医用耗材系统归类与编码标准体系，医用耗材编码体系在不同省份、城市甚至不同医院之间存在巨大差异。这种割据的状态导致医疗保障部门很难摸清医用耗材的全国使用情况，也就无法更好地实施监管^[11]。

综上，对商保来说耗材的管理相较于自费药品其控费难度更大。国家基本医保对于耗材的支付标准和范围的规定，往往伴随着《基本医保诊疗项目》进行报销（各省报销政策差异大，例如北京对单价超过500元的耗材采取个人先行负担一部分后，再纳入报销范围按比例报销的办法，对人工器官采取最高支付限额纳入报销范围方法）。

但从国家医保局管理医用耗材对医保基金消耗的经验来看，制定医用耗材清单是基金管理的大趋势，目前国家就制定国家版的医用耗材目录发布两次征求意见稿（《基本医疗保险医用耗材管理暂行办法（征求意见稿）》2020年6月8日和2021年11月19日），主张“将临床价值高、经济性评价优良的医用耗材纳入医保支付范围”，“提升医保医用耗材管理科学化、规范化水平”，提示我们设计商保的耗材器械清单仍然是平衡费用控制和保障患者需求的最佳实践。但是耗材清单的设计如药品清单设计一样，**具备显著的区域性以及需要足够的数据能力支撑精算，未来需要保险行业协同政府建立医疗数据共享机制，助力商保清单的落地。**

[11]广东省医疗保障局党组成员 李锦汤、广东省医疗保障局医药服务管理处副处长 李萍；解密913条，广东医保医用耗材目录如何形成；[J]中国卫生杂志.<https://mp.weixin.qq.com/s/z-jgR5RyFJP0gsdw13ooSw>.

小结

本章节主要对影响惠民保可持续发展当前较为容易控制的要素进行了主要阐述，在筹资可持续层面，通过产品合理定价、政府有效参与、提升客户体验三个维度提出解决方案；在支付可持续层面，主要从产品设计角度出发，对在医院内发生的自费医疗成本进行更加精细化的设计，以目录的形式让基金的支出调控在事关患者生存的重大疾病的药品、器械耗材、治疗技术等医疗费用上，而不是改善患者生活质量的医疗费用上。



行业报告资源群



微信扫描 入群有惊喜

1. 进群即赠福利《报告与资源合集》，内含100+行业、上万份研报、管理及其他学习资源免费下载；
2. 每日分享学习最新6+份精选研报资料；
3. 群友交流，群主免费提供相关领域研报资料。

知识星球 行业与管理资源



微信扫描 入群有惊喜

知识星球 行业与管理资源 是投资、产业研究、运营管理、价值传播等专业知识库，已成为产业生态圈、企业经营者及数据研究者的智慧工具。

知识星球 行业与管理资源 每月更新5000+份行业研究报告、商业计划、市场调研、企业运营及咨询管理方案等，涵盖科技、金融、教育、互联网、房地产、生物制药、医疗健康等；

微信扫描加入无限限制资源下载。

04

供给侧持续改革，战略破局、 多方创新融合共筑行业基建

- 厘清惠民保定位，破解健康险发展迷思
- 坚守风险底线，产品设计全面综合考量
- 借力惠民保契机，探索商保目录落地机制
- 聚焦运营痛点，亟需打通医保商保数据壁垒
- 深化产业融合，多方联动夯实行业基建
- 围绕惠民保基建，打造多层次商业健康保障体系

1. 厘清惠民保定位，破解健康险发展迷思 ■

《中共中央国务院关于深化医疗保障制度改革的意见》明确指出：“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、商业健康保险、慈善捐赠、医疗互助共同发展的医疗保障制度体系。”国家银保监会发布的《关于规范保险公司城市定制型商业医疗保险业务的通知》则明确指出：“城市定制型商业医疗保险应符合商业健康保险经营规律。”由此可见，多层次医疗保障体系的各部分互为补充、相互支撑，在基本医保为主的前提下，惠民保作为具有“普惠”性质的商业医疗险，对基本医疗保险是一种重要补充，对传统商业健康险则形成重要竞合关系。

1.1 定位补充基本医保，丰富居民医疗保障

惠民保的补充作用毋庸置疑，其在基本医保和大病医保基础上对医疗费用进行二次报销，能够有效分担民众就医的经济压力。从融资方式看，基本医保主要通过城镇职工和用人单位按照工资的固定比例依法强制缴费（城镇职工基本医疗保险筹资来源）、财政补贴和个人强制缴费（城乡居民基本医疗保险筹资来源）进行融资，而惠民保则是由希望获得更好医疗保障的民众自愿缴费进行融资；从参保人群看，惠民保既往症可保可赔的产品形态为被传统商业医疗险拒绝的老年人、亚健康体、重大疾病患者提供了基本医保外的额外保障；

从支付范围看，惠民保作为基本医保的补充，保障基本医保目录内的个人自付费用（基本医保报销剩余部分），并逐渐向基本医保目录外进行拓展，将未纳入基本医保目录的高值创新药品耗材和临床先进技术纳入保障范围；从精算成本看，惠民保的普惠性质使其价格实惠、人群覆盖面广，因此产品呈现出高免赔额、赔付比例适中的形态，整体来说精算成本较低。总体来说，惠民保是居民自愿购买的多层次医疗保障体系的一环，作为基本医疗保险的重要补充，为居民提供更丰富的医疗保障。

1.2 更具普惠性，促进百万医疗高端化、全面化升级

惠民保的出现给商业医疗险带来了一定冲击。

在继承百万医疗保险优点的同时，惠民保能够推陈出新，以其“低价格且为重大疾病患者提供保障”的核心竞争力挑战百万医疗保险的主体市场地位。首先，惠民保继承了百万医疗保险的演进风格，在维持主体责任基本不变的前提下，通过不断进行小幅扩展增加产品的先进性，例如新增先进药械疗法的方式。

其次，惠民保与百万医疗保险的原有定位重叠，尤其是在保有“高免赔，高保额”的前提下定价较低，进一步促进消费者的购买决策。最后，惠民保对价格的压低，也将原有百万医疗保险的部分利润空间转移给所有参保的健康体和重大疾病人群。可以说，惠民保在普惠性和可及性上要优于百万医疗保险。

面对惠民保的强势冲击，百万医疗险未来应该何去何从？我们借鉴了海外市场商业医疗险的发展模式，认为百万医疗未来可以走高端化、定额化和全面化的路线。例如，类比英国“私立商保”模式：在商保中加入私立医院为患者提供良好就医体验，百万医疗保险可以纳入特需部、私立医疗机构、门诊部等非“普惠”概念的医疗资源，对惠民保形成“向上拓展”的优势。类比日本“津贴医疗”模式（在商保中设置津贴责任解决国家医保不足问题），百万医疗保险可以向津贴定额给付的模式演变，对惠民保形成“向下补充”的优势。类比美国“优势计划”模式（在商保中提供大而全的保障计划），百万医疗保险可以在保障责任、服务品质上更为全面，聚合市场上先进的医疗资源和医疗服务，为客户提供全面的先进的医疗保障，从百万医疗险进化到“全面医疗险”或者“先进医疗险”，比惠民保的演化更快一步，对惠民保形成“横向占位”的优势。

1.3 更具性价比，促进重疾险功能化、模块化转型

在医疗险和其他健康险功能有重叠的背景下，惠民保对医疗险的竞争同样传导至其他健康险。面对惠民保产品“保重点、高性价比”的优势，其他健康险产品的发展应该找准优势错位竞争，这既是维持自身产品线地位的需要，更是挖掘自身价值、更好满足客户需求的必然之举。从这个角度来讲，惠民保的出现带来了“鲶鱼效应”，引发了健康险市场的内卷和变革。

以健康险产品中的头牌险种重大疾病保险为例，这是一种功能杂糅、提供大而全保障的保险

产品，能够很好地维持健康险市场保险公司、渠道和客户之间的需求平衡，长期以来深受市场欢迎。面对惠民保的冲击，我们认为重疾险未来应该向功能化和模块化的方向发展。功能化是指做保障属性更专一的产品，让代理人更容易介绍保额的目的、让客户更清晰的认识保障缺口。模块化和功能化则是一枚硬币的两面，在单一产品保障更聚集、客户认知更清晰的情况下，客户可以根据自身需求更灵活的组合功能化产品，极大降低了客户的决策难度，改善了投保体验。

1.4 抓住融合机遇，提速健康险基建建设

惠民保以既往症可保可赔、特药目录等特殊的产品形态吸引政府（医保局）、医药产业纷纷入局，不断打破商业健康险发展“孤岛”局面，例如政府为产品提供公信力背书，提供医保数据协助产品成本测算支持，将医保系统与商保系统对接在公立医院内实现一站式结算，药企方纷纷看到特药目录和惠民保流量给药品销售带来促进作用，这给予商业健康险一个重要的发展契机，即以惠民保为起点建立商业保险公司医疗险的精细化、专业化运营能力，我们认为主要体现在以下三个方面，

- **一是产业侧**——通过建立商保目录提升与医药健康产业谈判话语权；
- **二是政府侧**——在政府扶持下提升老百姓商保意识，使商业保险充分下沉，建立安全的医疗数据共享机制提升精算定价能力和产品创新能力，与医保、医院系统对接建立一站式结算机制，并逐渐搭建与公立医疗体系深度合作基础；
- **三是用户侧**——不断完善多样化的增值服务，打造惠民保时代下可持续有竞争力的健康服务生态。

通过惠民保基建的完善逐渐，并迁移至商业健康险，使商业保险未来逐渐真正有能力成为多层次医疗保障体系的重要一环，并成为医保以外一个重要的支付方。

■ **综上，惠民保的定位体现在对基本医保的补充，以及引发健康险产品结构深刻转型的作用。**未来惠民保的发展路在何方，将对多层次医疗保障体系、健康险产品结构和未来发展带来极大影响，值得业内人士深入思考。

2. 坚守风险底线，产品设计全面综合考量 ■

目前惠民保的低价是其普惠性质的极致体现，但价格只是各种因素综合叠加的效果，我们更应该思考低价背后的逻辑，以及这种逻辑的可持续性和可管理性。未来惠民保的发展是不是健康可持续的？惠民保应该如何演进升级？

医保局认为惠民保应该维持惠民保普惠性吸引更多参保人（尤其是健康体）留在“池子里”，例如从保障责任设计上能够尽可能将基本医保范围内自负部分和基本医保外自费部分均纳入保障范围，保障较高赔付率提升老百姓获得感等，保险公司在惠民保可持续考虑上则更多考虑维持惠民保在运营上的可持续性，例如在有限基金池里面合理设计产品保障范围，在投保理赔端提升门槛控制基金理赔支出。我们认为从产品设计角度应该给予关注和加强。

2.1 坚持底线思维，重点规避四大风险

只有认识风险、敬畏风险，才能经营好风险。惠民保的本质仍然是一个商业产品，其主要风险点是纳入了既往症人群，这一方面会引发健康人群补贴既往症人群造成的承保结构风险，

另一方面提高了整体人群的费用水平。面对补贴问题，惠民保更多结合政府力量，通过政府背书宣传、开通个账支付支持、差异化责任设计等方式吸引健康体留在业务池中；而对费用水平，惠民保则在产品设计中通过高免赔额和不同赔付比例的方式约定保险报销金额。那么，如何在产品设计中进一步体现这些风险管理手段？

01 既往症人群风险

■ 对于既往症人群差异化的责任设计，核心问题是精准识别既往症患者，而且要研究既往症参保人的医疗费用水平，使精算定价的数据水平与实际既往症参保人的医疗情况保持一致。对既往症参保人的识别不当会导致定价水平有偏，使得整体业务面临亏损风险。目前市场上产品对既往症的风险管理采用“抓主要矛盾”的策略，挑选发生率高的疾病如恶性肿瘤、心脑血管疾病等几大类相对严重的疾病作为既往症，一方面能够加强竞价的精细程度，另一方面能够对既往症人群进行有效管理，合理控制成本。

■ 另外，对于既往症的有效识别也至关重要，前述2.2第2点中已经提过既往症识别不全会直接带来赔付成本的上升，因此针对参保人身份的既往症识别，不仅要全面考虑既往症的种类，更是要全面考虑既往症识别方式，为提升理赔效率个别地方通过联接医保系统对既往症打标签存在既往症身份识别漏洞。

■ 某城市惠民保产品责任中包含了黏多糖II型和IVA型、法布雷、淀粉样变性等多个罕见病药物，对于非既往症和既往症患者设置了不同的赔付比例（70%/30%）。但该城市被保险人身份判断系统和其他地区存在差异，大部分地区都是在理赔时判定是否为既往症，而该城市惠民保项目使用的智能系统将确认身份环节前置，系统的既往症判定是根据当地大病医保是否有过理赔，然而大病医保并不保障罕见病，因此罕见病患者均被判定为非既往症，造成了赔付成本的上升。

02 免赔额额度设计

■ 对于惠民保高免赔额的额度，各地也需要根据当地大病医保的具体政策合理设置。例如，大部分地区考虑到价格和责任的平衡，将免赔额设计为等于大病医保起付线，打造“大病之上0免赔”的概念，或高于大病医保起付线5000元（针对部分地区大病起付线较低的情景），这种设计能够天然区分大病医保和惠民保的赔付顺序，方便理赔操作的同时兼顾了保险成本。

■ 如果盲目将医保内责任的免赔额设置到大病医保的起付线以下，会导致理赔顺序无法区分先大病医保报销还是惠民保报销，从而影响惠民保的理赔成本。市场上也曾出现过医保内责任的免赔额比大病医保免赔额低5000元的形态，这种情况需要在理赔中明确两种保障的顺序，避免对惠民保造成的额外压力。

03 医保外范围保障责任设计

■ 惠民保目前升级的趋势之一就是拓展医保外费用，这既是客户最主要的需求，也是政府参与的主要动力之一。目前市场上出现了仅保障医保外费用的产品，如上海沪惠保和宁波甬宁保。这两地的共同特点就是医保保障水平（二级医院80%）高于全国平均水平（二级医院73%），因此解决自费部分费用成为主要矛盾。

■ 上海沪惠保在初期就计划将价格控制在百元左右，在确定要保医保外自费部分的情况下，如果再加入医保内部分价格就会超标，因此最终形成了这一形态。

■ 因此，受医保外医疗服务项目范围广泛且存在大量的高费用耗材和药品的影响，如何确定医保外的保障边界是惠民保需要思考的重要问题。如果盲目保障医保外的医疗服务项目，不仅会加剧惠民保的理赔风险，也可能出现意料之外的过度就医现象。比如在宁波甬惠保产品运营过程中，保险公司提出此类担忧——过多的报销医保范围内部分，会造成被保险人就医行为改变，从而对当地大病医保造成影响；通过惠民保部分城市的理赔情况也已经发现目录管理对于风险管理的重要性，例如上文2.2第6)部分提到的绍兴越惠保。

■ 目前来看，对医保外保障的医疗服务项目制定合理的商保目录并积极管理是风控的有效手段之一。制定目录的方式既可以参考当地的集采耗材清单，如杭州西湖益益联保，也可以参考当地大病医保保障的自费药，如苏惠保。综上所述，惠民保作为多层次医疗保障的一部分，既要体现对医保的补充作用，在产品设计时也要坚守风险底线，明确好保障范围。

04 生效日的考量

■ 在政府参与的惠民保项目中，惠民保的生效时间通常是1月1日，这种做法主要原因是和大病医保的结算周期取齐，无论是对于医保局还是保险公司（通常主承公司同时参与惠民保和大病医保业务）都便于结算，因此普遍出现承保日和生效日不一致的现象。目前市场上对于生效日的确定有两种情况，一种是生效日回溯，一种是生效日缺口。

■ 对于生效日回溯，举例来说，如果产品上市推广时间在4月1日，指定生效日追溯回当年的1月1日，那么既往症的判定可以选择两个时间中的任一点，那么选4月1日的话对于控制成本有利，但通常政府为了保障民众的利益会选择1月1日，即对于两个时间段中间部分确诊疾病的客户，保险公司需要考虑额外的支付成本。

2.2 加强专业思考，多方考量巧衔接

产品设计的合理既是专业性的体现，更是对客户负责的态度。在惠民保多方参与背景下，主导方应积极吸收有利于方案设计的经验知识，从而保证产品开发的合理性和专业性。

01 保障责任设计与当地医保政策对齐

■ 以医疗责任为例，惠民保作为大病医保的二次报销，其保障范围应该至少包含大病医保的所有保障范围，这样才不会造成客户对报销方式选择的困扰，影响客户保障的合理使用。例如大病医保的报销范围是医保范围内的分类自负（个人先行自理部分/乙类先行自理）和比例自负（医保按比例报销剩余自负部分）部分，而且一般在年底才结算。如果惠民保的保障责任仅保障分类自负，在惠民保产品保险期间内可以随时报销的前提下，会造成客户先报销分类自负的情况，对保险公司造成费用分割的困难，对客户也可能造成在大病医保上无法报销比例自负的情形。因此，在产品设计时，应该至少将惠民保与大病医保的报销范围取齐，并在条款中明确赔付顺序，保障消费者的合理权益。

■ 补缺当地医保政策的空白点。例如浙江和天津的医保对于罕见病用药保障、医疗救助、慈善帮扶等有专项报销，因此惠民保未专门设置罕见病责任，而江苏由于罕见病保障在多层次保障体系中的缺失，在政府就惠民产品的发文中就专门强调了要增加罕见病保障。

02 特药责任设计需全面综合考量

■ 在特药责任设计上，涉及到当地疾病流行病学特点、药品在当地临床使用特点以及药品的医保政策等多种强专业性的因素。因为政府对具体药品了解有限，因此干预程度较低，通常只会提框架性要求，如覆盖癌种要全、以自费药为主等，当前大多保险公司普遍对于此模块的专业性比较缺乏，主要委托第三方服务商在框架要求基础上细化方案、制定药品清单、提供完整的解决方案。例如对于主流癌种，要力争药品能够覆盖全靶点，要能够结合当地高发疾病有偏好性的设定针对高发适应症的药品等。

■ 有些产品就在特药适应症的问题上存在产品设计不合理现象。由于对医保政策的理解不够深入，没有考虑某些药品存在有多种适应症但只有部分适应症进医保目录的情况，从而在制定自费特药清单时，没有加入这类药品。进而导致这类药品无法报销。因此在产品设计过程中，要根据医保政策变化等实际因素及时分析、准确评估、形成解决方案，保证产品的合理性。

03 以合理的产品设计推动产业联动

■ 加强健康险与健康产业的联动一直是保险公司积极探索的方向。当前惠民保市场一般是通过权益的形式——提供健康管理、基因筛查、特药服务等增值服务来提升客户的粘性，这往往需要客户具备较强的健康知识和健康意识，知晓自己需要哪些健康服务，且往往需要更加主动地去使用健康服务，通过调研了解到惠民保的增值服务中健康管理类服务的使用率并不是很高，特药服务或者医疗类服务因为与参保人的就医场景或者用药场景强联结使用率会更高。这启示产品设计可以是一个直接的途径，将医疗资源或者健康管理资源使用场景通过产品设计巧妙衔接，将产业融合通过具象化的产品设计，“助推”参保人主动做出使用增值服务的选择。

■ 例如2021年珠海大爱无疆产品联合健康管理机构升级推出健康管理服务“爱健康”行动，通过聚焦珠海高发的5种恶性肿瘤：肺癌、胃癌、食道癌、结肠癌和直肠癌，为参保人提供早期筛查、早期诊断、早期治疗“三早”服务。具体形式通过健康调查问卷的形式，经过系统初步判定、专家专业评估的方式，并将提示高风险的人群引流至合作医院进行专项检查，并提示检查费用可通过大爱无疆报销90%。又比如2021年北京的普惠健康保与护理机构合作，免费提供出院后的5次复查陪诊或25种上门护理增值服务这两个例子分别从事前筛查和事后护理的角度延伸了保险的服务范围，既能切实解决客户对预防和预后的需求，又能在保险服务流程舒畅的情况下强化保险使用场景。

综上，如何在惠民保未来发展充满想象的同时增加一点确定性，需要惠民保项目主导方多一些底线思维和专业性思考，不断积累经验、分析产品问题、优化产品设计；同时积极拥抱产业融合，从产品设计角度将保险与医药产业的衔接强化，为惠民保的持续健康发展提供不竭动力。

3. 借力惠民保契机，探索商保目录落地机制 ■

正如前文所说基本医保外医疗项目范围广泛且存在大量的高费用耗材和药品，惠民保的惠民价格决定不可能为所有的自费药品和耗材买单，控费成为突出的需求。国家基本医保的管理经验表明，制定目录是控制基金支出、维护基金安全、促进临床医药技术合理使用的有效手段。商业医疗保险通过合理制定商保目录能够提升基金的支付效率，实现有限的基金支付更多更好的卫生需求。以国家基本医保药品目录的机制为借鉴，借助惠民保的契机，探索商保目录落地的理论、应用和运行机制。

3.1 明确目录定位、价值，打通产融通道

基于补充基本医保保基本的定位，目录应该纳入医保目录外的药品，同时为满足患者多层次的医疗需求和提高基金的支付效率，目录应该纳入具备创新性、疗效优、临床价值高的高值药品、耗材器械以及先进临床诊疗技术，所以目录定位应是为参保人提供高品质的医疗保障方案。惠民保目录的制定将成为推动医药险产业融合发展的抓手，打通产业合作的通道，实现以科学、规范的机制满足产业各方创新发展诉求。

3.2 规范遴选原则、过程，保障患者利益

惠民保的功能定位紧密衔接基本医疗保险，保障高额医疗费用，满足多层次医疗保障需求，因此目录的制定应该聚焦医保目录外，遴选未进入《国家基本医保用药目录》的创新药品、耗材器械、诊疗技术。同时应坚持患者需求导向，综合全面考量其临床应用价值、药物经济学价值以及基金安全性影响，最终选择疗效优、临床价值高、患者急需、替代性不高和经济性较好的药品、耗材器械等进入目录。

目录制定过程应确保权威性、公平性和专业性，例如应组织专业的评审专家——权威、专业的肿瘤或罕见病临床医学专家，药物经济学专家、医保管理专家以及健康险精算专家针对相应的模块提供专业的评审意见。为确保保险基金使用价值最大化，需建立目录动态调整机制，根据国家基本医保目录变化、投保情况、赔付情况和新药及适应症审批情况等情况进行《目录》调整。例如已经进入国谈和国家医保目录的药品、器械或适应症，卫生经济学价值较差的药品等应剔除；调入新获批的创新药品或先进疗法。

3.3 强化处方审核、监控，避免基金浪费

严谨的处方合理性审核流程是对基金支付过程进行管控，对于基金的控费至关重要。我国是公立医院占主导的医疗卫生体系，由于公立医院地位强势，与保险公司的合作方面意愿较弱，导致商业保险公司无法判断医疗费用支出的必要性和合理性，尤其是在患者诊疗阶段，商业保险公司无法对诊疗行为和费用进行监控，只能被动地为参保人的医疗费用支出“埋单”，难以控制无效费用的支出。

其中超适应症处方、超剂量处方、重复处方以及耐药处方均是导致基金无效支出的风险点，需要专业严谨的医学团队进行用药合理性审核。在美国一般由药品福利管理公司对提供药品必要性进行审核，这需要审核人员具备较强的医学、药学专业知识。通过调研发现，我国市场上也出现多家第三方服务公司在惠民保理赔审核阶段提供用药合理性审核服务，例如镁信健康通过建立完善的专职医生、肿瘤专家、药师三层审核机制，通过药品说明书分析及相应知识库规则，确保用药合理性，杜绝超适应症用药和疾病进展产生耐药情况发生，达到基金控费的效果。

3.4 聚力科技赋能、风控，控制无效支出

处方审核通过后，在患者购药环节同样应警惕高价值特药的倒药、套收等药品欺诈风险，应加强风险管理技术手段，例如通过大数据、人工智能等科技手段赋能理赔审核端，例如市场一些第三方服务公司会通过唯一标识药监码确保药品领取的唯一性和真实性；通过智能终端对客户进行人脸识别活体验证，核实患者身份及生存状态等。

4. 聚焦运营痛点，亟需打通医保商保数据壁垒

惠民保当前业务数据的管理极为分散，因共保方式不同（公域和私域保单的承保方式）导致现实中承保数据、理赔数据不同的数据在保险公司、系统服务商、运营服务商等不同的主体多点储存，“数据孤岛、烟囱林立、接口不一、相互割据的情况屡见不鲜，导致诸多问题：

对于居民个人来说，有些地方无法实现通过数据有序互联的方式完成对客户是否既往症人群的自动识别以及一站式理赔结算，导致客户即使生活在当前5G、区块链、AI为代表的信息科技如此发达的现代社会，而无法享受到科技带来的便利，采用原始的手动发票报销方式；对于指导单位和监管机构而言，事后追踪管理挑战较大或效率极低，甚至无法统计出全口径的承保数据，无法及时获取对项目运转情况的整体了解，导致产品的可持续性发展缺乏充分的科学依据，例如需要更多的医疗数据支持产品精细化的设计和精准定价。

2022年，多个国家层面政策文件均提出推进医保数据和商业保险数据共享，例如5月份发布的《国务院办公厅印发深化医药卫生体制改革2022年重点工作任务的通知》提出“探索推进医保信息平台按规定与商业健康保险信息平台信息共享”，5月份发布的《中国银保监会关于印发保险业标准化“十四五”规划的通知》提出：“推动制定商业保险与医疗、社保部门的数据共享和交换标准，促进普惠型保险的健康发展。”。惠民保作为高频发生的医疗险，不管在高效核保理赔，还是精准控费、成本测算、风险管控等层面均对医保与商保数据打通提出了更迫切的需求。因此亟需政府部门加强对惠民保业务数据的规范化管理，一是规范数据采集、应用，包括数据的采集、调用、存储、接口连接；二是规范连接的准入主体和形式，明确医保数据对接主体，保险公司数据对接主体；三是提升医保数据的开放度，通过应用保险科技促进有序互联共享。

5. 深化产业融合，多方联动夯实行业基建 ■

惠民保打破过往保险公司“单打独斗”的发展局面，吸引政府、各类TPA公司、医药产业方等跨行业的纷纷参与，惠民保可持续发展需要各市场主体发挥各自资源禀赋在惠民保发展创新产融合作，探索未来基建新机遇。

5.1 TPA公司参与高效推广，助力商保下沉

从筹资端扩大参保量是最容易实现且效果明显的抗风险手段。随着大部分惠民保进入2.0、3.0阶段，如何扩大并维持合理的参保量成为首要任务。一方面，通过政府的参与为产品提供公信力背书或者医保局打开医保个账，让老百姓愿意买单是关键因素；另一方面，保险公司亟需提升低成本、高效率的推广运营能力，从而更广泛地传播惠民保，推动普惠商业保险充分下沉，让老百姓了解惠民保的同时充分了解商业保险，实现以有限的筹资获得更多的参保量。

在2021年的惠民保参保量“竞赛”中，可以看到第三方服务公司的推广运营、精细化项目管理能力和流量平台的影响力、转化能力对于筹资端来说至关重要。例如支付宝、微保这类亿级巨池流量平台能以低成本、高效率实现参保转化：如在杭州西湖益联保1.0版470万参保人数中由支付宝转化人数占56%。共保体的销售渠道网络和第三方服务公司在两年的惠民保市场保单扩张中发挥不可或缺的作用，其中第三方服务公司核心竞争力在于通过科技手段、营销策略输出，解决了惠民保精准触达客户、高效转化的问题。

这与以往“撒网”式的互联网营销不同，惠民保面对的是一座“立体”的城市，需要在有限的售卖期内让产品触达整个城市的市民，并带来转化。

可见惠民保项目的运营必须加强推广策略精细化、专业化和标准化，例如基于城市、基于模式（如1.2所述，商业化模式或政府参与的各类模式）进行策略定制。比如以政府支持模式来说，因为一些地市即使政府参与官方背书，但是因宣传推广渗透不足，参保率仍然不高，未来像浙江丽水等这样，政府将参保率纳入基层绩效考核，以强政府行政手段获得高参保率的模式很难复制，政府需要投入很大的人力成本和管理成本，部分地市采用与大病医保代缴代扣的模式提升参保率，这种方式容易使老百姓混淆惠民保到底是政府行为还是商保行为，从而影响对老百姓商保意识的培养；以城市来说，城市的人口结构和互联网发达程度也影响着流量平台的转化效果，例如像互联网发达的城市，支付宝会成为重要的获客手段，但在内陆欠发达城市，支付宝的参保量贡献有限，因此需要保险公司协同专业第三方服务公司实施更加精细化的城市推广策略，充分利用城市全媒体渠道。

5.2 医药企业参与风险共担，创新支付模式

既往症可保可赔和特药目录的产品形态会实现对药企、药房的直接导流，直接推动药企销售量增长，当前这一情况也吸引部分药企参与其中愿意为患者输出更多药品福利，这种联动医药产业链共担惠民保风险成为诸多地方探索实践的方向，部分项目出现药企参与风险共担的业态，例如中再集团通过以聚集全国各地城市的支付体量优势，联合镁信健康等TPA公司与药企展开合作，提升基金的支付效率和患者获得感。而在政府层面政府也呼吁保险公司加强大健康产业协作，例如浙江省从监管政策层面提出鼓励商业保险公司对高值药品、耗材与药企进行谈判，节约基金药品支出的成本。

■ **对于保险端来说**，惠民保为其提供一个探索与医药产业创新支付、风险共担模式的机会，为基金提供一层创新的风险支撑保障。国际上通用的方法是基金支付方与药物企业签订风险分担协议来控制创新药物医保/商保准入后对基金运行的风险，例如量价协议（Price-volume Agreement）、折扣协议（Discount）、费用上限协议（Expenditure Cap）、实证发展补偿协议（Coverage with Evidence Development）、结果保证协议（Outcome Guarantee）等。

■ **对于医药端来说**，高值创新药械的医保准入压力将持续，商业保险有望成为潜在的支付方。BCG发布行业预测：若惠民保能保持可持续发展的态势，达到4亿人参保，可达千亿规模，惠民保成为创新支付的重要贡献者¹³。

高值创新药品如果纳入惠民保目录，衔接未进入基本医保报销前、患者的报销空缺，不仅可以降低患者自费负担，还可以推动创新药品耗材快速的积累真实市场检验数据，为进入“国谈”积累有力的药物经济学、临床应用价值等证据，同时为提供患者更多就医选择，满足患者不断增长的临床新需求。

”

5.3 聚合医疗服务方，打造有竞争力的有感服务

提升惠民保的健康服务管理能力也是市场一致认可、并需要持续深耕的发展方向。惠民保作为一款既往症可保可赔的产品，聚集了既往症患者、亚健康体以及老年人，他们都是强医疗健康服务需求的群体。不管是从短期看，健康服务管理可以增加惠民保参保人的粘性，减少脱退率，还是长期来看，疾病预防、健康管理可以减少疾病发生从而降低理赔支出，这些因素都能促进惠民保可持续性发展。

[12]丁锦希, 吴逸飞, 李佳明, 等. 创新药物医保准入后的量价协议关键机制剖析——基于典型国家和我国部分地区的实践[J]. 中国医疗保险, 2020.

[13]BCG波士顿咨询. 创新药支付“新钱包”——商业健康险准入机会[EB/OL]. (2022-5-7)[2022-5-23]. https://mp.weixin.qq.com/s/1e-e9bydcn01_ZNSdHmPJg.

调研结果显示，当前惠民保提供的健康增值服务存在使用率低的问题，分析原因可能如下：一是现有的增值健康服务普遍游离于公立医疗体系之外，不符合我国居民的就医习惯，二是服务存在同质化、碎片化问题，无法满足健康状态差异化的客户需求，因此难以养成用户使用习惯。因此对于惠民保未来的健康服务发展方向，我们认为存在以下两个发展方向。

01

■ 以惠民保的支付体量将健康服务嵌入公立医疗体系将是一个想象的空间，

以浙江省、广东省等多地开展的惠民保医院内一站式结算为例，患者在院内就能完成商保即时结算，这是商业保险与公立医疗体系最紧密的一次联系。以往商业健康险拒赔率逼近 40%，浙江省、山东省、广东省等多地在医保局的支持下纷纷将医保系统与惠民保业务系统打通实现医院内一站式结算，通过标准的医疗数据高效对接大大理赔效率、减少纠纷，但是这种直赔模式是基于医疗行为合理的假定，医保数据的打通并不意味着一劳永逸，保险公司仍需要加强医疗费用合理性监管，否则医疗端不合理的医疗行为连锁反应到商业保险端，将放大的理赔风险。

除了便捷结算，未来能否撬动公立医疗体系服务给惠民保客户带来更多的健康体验和医疗体验是值得期待的尝试。例如公立医院正面临攀升的惠民保理赔困难产生的客诉问题影响着患者就医体验和医院管理，很多地市参保率达到 50% 以上，具备较大的人群基数，且加上政府约定的高赔付率，意味着赔付发生频率将远高于传统商业健康险，加之主要靠互联网营销的惠民保产品缺乏与客户前置地充分地产品解释也为后期的理赔投诉埋下隐患，课题组通过对某省三甲公立医院调研了解到医院内因惠民保发生的医患矛盾事件呈现上升趋势，对复杂的免赔额累计计算、医生对药品适应症理解不到位，甚至医生不知晓相应疾病和适应症的药品已经进入了惠民保等导致患者未能使用符合惠民保理赔要求药品而使得患者无法获赔是医患矛盾产生的主因；另外仍然存在低收入的患者即使有惠民保的事后报销但仍然无法支付高价的持续的药品费用从而难以维持长期的治疗。过去医保通过在医院设置医保窗口解决参保人报销问题，商业保险也应提升医院端的商保服务，协助医院设置商保窗口提升患者就医体验：可以对医生和患者进行商保理赔政策宣导，将问题处理前置减少客诉；借助商保窗口对患者开展健康教育，为患者的提供资金垫付、金融分期等服务提高患者治疗依从性和促进疾病愈合进展；同时将惠民保产品以及健康服务与就医场景强绑定，大大提升产品的曝光度和公信力。

6. 围绕惠民保基建，打造多层次商业健康保障体系

价格惠民是惠民保的核心特点，这也决定了它的保障内容相对受限，因此需针对惠民保人群其他保障需求予以满足。前文中也提到，惠民保保障对全部医疗费用的覆盖有限，仍有明显风险保障缺口，因此在多层次医疗保障体系下，惠民保的参保客群仍需要根据自身的消费水平和风险偏好，购买不同层次的商业医疗保险。但由于医疗保障体系的复杂度较高，并且消费者不能清晰地理解基本医疗保险、大病医疗保险、惠民保等保障层次的保障水平和范围，给其他商业医疗保险的推广提出了挑战；从当前市场看，商业保险公司也暂时未能就惠民保产品进行经营策略的针对性调整，例如基于惠民保市场进行拓展经营，为居民打造多层次商业健康保障体系。

因此，我们建议从产品设计、保险教育以及惠民保推广渠道的利用**三个步骤提出经营策略**：

一是产品设计，保险公司需要针对惠民保的保障特点，设计针对性的补充惠民保的商业医疗保险。对于补充惠民保的商业医疗保险的设计，有以下三个思路：

01

更高赔付频次医疗险。惠民保产品是高免赔额产品，赔付频率较低，因此可以针对免赔额下的保障空缺开发更高赔付频次的医疗险产品，**向下补充惠民保产品**。

02

健康服务深度聚合型医疗保险。惠民保的承保人群会带入大量的亚健康体、次标准体和慢病群体，而这些群体需要和各类医疗资源进行高频交互，因此可以开发健康服务深度聚合型医疗保险，将各类医疗产品，如康复护理服务、慢病管理服务、互联网门诊服务、公立医院视频问诊等服务，进行保险产品化设计。由于传统商业健康险中附带的健康管理服务通常具有感知度不高、使用频次低、不被民众信任等特点，因此在服务的选择上，需将真正将民众需要的、有高频需求的、有属地化特色的医疗资源进行整合。

03

涵盖先进医疗资源的商业医疗保险。惠民保紧贴国家医保进行设计，在先进疗法方面往往比较滞后，因此可以开发**向上补充的商业医疗保险**，对优质医疗技术的保障进行补充。目前已有个别惠民保产品尝试纳入质子重离子治疗或Car-t治疗，但仍有很多较为昂贵的治疗方法（如VitaFlow经导管主动脉人工瓣膜价格高达二十万元），会给被保险人带来极大的经济压力，因此可从提升被保险人医疗品质及其对先进医疗资源可及性的角度出发，开发设计先进医疗资源的商业医疗保险。

二是是保险教育维度，惠民保在铺开市场的同时，需要对投保客户进行医疗保险教育，需要让市场清楚认识到惠民保产品无法解决所有的医疗风险。

三是惠民保推广渠道的利用，目前由于销售渠道的差异，消费者触达不同层次商业健康险的路径是分散的，推广效果不佳，惠民保销售渠道的客户经过基本医保和惠民保产品的“教育”后，更容易了解商保的重要性，惠民保承保公司、第三方服务公司等各参与方可抓住机会在惠民保投保的同时，优化保险信息获取和保险产品选择的路径，为客户提供接触和了解“补充惠民保的商业医疗保险”的机会，提升民众对于多层次保险保障的可及性。

总体而言，惠民保的补充商业医疗保险，需要两方面的支持，一方面需要在产品设计和资源整合上进行深耕，另一方面是推广方式上，需要配合惠民保产品本身的销售进行客户触达和市场教育。

结束语

惠民保作为具有“普惠”性质的商业医疗险，经过多年发展，对基本医疗保险已经形成重要补充；在保险端，它对传统商业健康险形成一定的冲击，预期将在未来引发健康险产品结构深刻转型；既往症可保可赔、药品目录的产品形态以及政府参与、市场运作的发展模式也吸引医药企业纷纷参与，产业融合模式需要更深入的探索。

本研究报告聚焦惠民保可持续发展，通过深入调研发展模式、产品设计、参保现状、理赔现状，洞察各方考量、隐藏风险和潜在价值，提出惠民保未来发展趋势。惠民保的可持续发展，应该在以下三大方面入手：一是筹资可持续性，主要通过产品合理定价、多维度提升客户体验、争取政府参与开放医保个账、专业化的城市营销策略提升老百姓商保意识4方面提升参保率；二是支付可持续性，主要从自费保障责任的精细化设计划定赔付范围，探索产业融合创新支付模式降低赔付成本等提升基金支付效率；三是实现医保局、银保监、央企保险机构等多主体间的数据互通互联，提升惠民保产品创新、精准定价、规范高效运营能力。

希望在各方积极支持下，惠民保能朝着普惠性、可持续性方向良性发展，成为多层次医疗保障体系的关键一层。

■ 编写团队

张 楚	王明彦	陈广忠	位双双
张 骥	王尔实	丛芳野	
万小龙	汤培培	倪佳婉	吴晓明
熊笛颖	刘 畅	潘佳奇	

■ 关于中再寿险

中国人寿再保险有限责任公司（以下简称“公司”）是经国务院同意和原保监会批准，于2003年12月成立的中国境内唯一一家专门经营人寿再保险业务的公司。公司注册资本为人民币81.70亿元，是中国再保险（集团）股份有限公司（以下简称“中再集团”）全资的主营业务子公司。公司总部设在北京，直接控股中国再保险（香港）股份有限公司，在上海、深圳各设有一家分公司。

■ 关于镁信健康

镁信健康是领先的创新型医疗福利管理方，以智慧科技为驱动，医疗与保险双平台为核心，致力于为用户及家庭提供更全面、更经济、更优质的医疗健康服务。

作为业内创新的引领者，镁信健康连接每一位参与者，想患者所想，知百姓所需，坚持以患者为中心引领医疗服务创新，协助构建更具幸福感的未来社会。镁信健康依托优质的医疗健康服务，帮助每一个患者更有效率地管理医疗支出，为每一个家庭提供“保护伞”。

2022年惠民保可持续发展趋势洞察
中国惠民保业务发展与展望系列白皮书



中再寿险
CHINA RE LIFE

MediTrust
镁信健康 Health