

# 中国保险行业 重大疾病保险产品 病种研究报告-2021

北京爱选信息科技有限公司

北京大学数学科学学院金融数学系

—— 2021年8月 ——

“慧博资讯”专业的投资研究大数据分享平台

点击进入  <http://www.hibor.com.cn>





AUTHOR

## 作者

---

吴岚

何剑钢

杨寅斌

高雁

路畅

郑宇西

王天庆

陈赣玲

逢博

谷鹏飞

# PREFACE

## 序言

近几年，重大疾病保险逐渐成为我国商业人身险市场中受众最广、最有影响的重要险种，2020年重疾险的原保费收入超过4900亿元，在健康险总保费中占比近60%。2020年也是全民奋战抗击新冠肺炎疫情的关键之年，民众对于健康风险管理意识空前提升，受益于互联网和移动端的投保和承保的便利，极大促进了健康险的普及和发展。过去的一年为我国商业健康保险带来了新的契机，并为围绕健康和医疗相关的保障型保险产品的后续发展积累了很好的经验，重疾、医疗等保障型产品逐渐成为各保险公司的主打产品之一。

从产品设计的角度来看，重疾险作为一种保障型产品，其责任繁多、形态多样，条款中的医学专业术语较多且复杂，对保险公司在保障责任设计、疾病设置的专业性和合理性以及理赔的可操作性等方面都提出了较高的要求，各保险公司必须对自身重疾险产品的保障疾病有非常深入且清晰的认识，确保产品设计符合医学临床诊断标准、不侵犯消费者合法权益。由此，重疾险疾病定义的合理化、规范化工作至关重要。2020年6月1日，中国保险行业协会与中国医师协会联合发布《重大疾病保险的疾病定义使用规范修订版（公开征求意见稿）》，引起了社会各界对重疾险定义修订的广泛关注，这亦成为《中国保险行业重大疾病保险产品病种研究报告——2020》的重要撰写依据。2020年11月5日，《重大疾病保险的疾病定义使用规范（2020年修订版）》（简称“2020年《规范》”）正式发布，其结合最新医学临床诊断标准，修订了旧规范中不满足当前行业发展和消费者需求的内容，建立了重大疾病分级体系，对28种重症和3种轻症疾病给出了行业标准定义，极大推进了重疾险定义的规范化，切实提升了对消费者权益的保护，同时也体现了行业在适度扩展规范性定义范围、探索建立和完善重疾定义规范的长效工作机制方面的决心。

从精算定价的角度出发，对于具有可保性的承保标的客观风险，精算定价的基础是对损失分布经验的研究。对于重大疾病保险，疾病发生是确认保险责任的法律依据，病种作为承保标的进行准确的定义和划分是损失分布建模的第一步和关键要素，病种定义差异很可能会得到不同的理赔损失分布。同时，对于重大疾病保险，病种的定义也是一项细致繁琐但意义重大的基础性工作，需要保险行业和各相关利益方的共同努力和达成一致的标准。伴随着2020年《规范》的发布，中国精算师协会同步编制修订了《中国人身保险业重大疾病经验发生率表（2020）》，及时反映我国疾病谱及重疾发生率的显著变化，切实防范化解系统性风险，并为保险产品的创新和发展提供了扎实的基础。

对我国重大疾病的病种定义进行迭代性的持续研究可以为我国重疾险创新与规范化工作积累相关经验，并在梳理与分析的过程中提出一些前瞻性的思考，帮助行业了解和加强对问题的统一认识，特别是对于重疾险这种涉及民生较广的业务而言更是意义不凡。因而，我也十分有幸能够继续参与2021年的《中国保

# PREFACE

## 序言

险行业重大疾病保险产品病种研究报告——2021》的研究与撰写工作，希望通过这项持续的研究工作能够为保险同行提供一些技术性支持，在完善现有产品的同时进一步激发新产品的灵感，为保险行业的基础性建设工作尽一份力。

《中国保险行业重大疾病保险产品病种研究报告——2021》以爱选从市场收集的重大疾病保险产品构成的产品数据库中的百余款产品为基础，根据精算与医学专业人员确定的拆分原则，对重大疾病的病种设置问题进行数据分析、风险计量等多方面对比研究。

与2020年爱选发布的病种报告相比，本年报告的突出之处是基于对2020年《规范》的深度解读，结合爱选病种库的信息，坚持以数据分析和量化评估为依据，对重疾险中没有标准化定义的部分疾病进行了命名及定义的逻辑分析，坚持以重疾可保特征和最新医疗实践为确认准则，由团队中的精算和医学专业人员对尚未见标准化定义的部分疾病进行定义规范化的尝试，兼顾疾病定义的前瞻性、合理性与理赔可操作性，为行业在设置重疾定义时提供新的思路，为重疾险规范化工作略尽绵力，为行业提供交流与讨论的基础。此外，今年爱选也对病种报告的整体内容以及结构做了优化调整。

总体来说，今年的报告具有以下特点：

**第一，即时性、创新性和前瞻性。**报告聚焦于2020年的重疾险产品的发展情况，对市场上的病种承保变化等各方面的最新问题及时更新和概括分析；同时，在深入学习2020年《规范》的基础上，进行了“大胆”的创新，对15个没有标准化定义的疾病进行定义规范化尝试，优化了报告整体内容和结构，进行了突破式的自我革新；研究结果具有很强的前瞻性，为日后的重疾规范化工作提供了初步的探索性尝试，一定程度上填补了2020年《规范》与目前市场产品结合的系统性研究的空白。

**第二，雄厚的基础工作与数据支持。**报告依赖于爱选庞大的产品数据库与病种数据库，从产品的基本信息收集、深层次处理——病种拆分、标准化衔接入库——爱选病种字典均按照标准流程由专业人员负责。报告基于对原始信息细致的处理分析和及时的更新，对每一款重疾险产品所保障的病种进行智能的自动化处理和人工二次校验核对，确保数据自动化处理的准确性。从前期的数据分析和建模到后期的报告撰写，建立了一系列较为规范的工作流程，报告的实现建立在大量繁琐和扎实的数据统计与分析工作的基础之上。

**第三，很强的科学性、专业性和学科结合性。**今年的报告在往年更多关注病种拆分问题的基础上展开了进一步的定义规范化尝试，这是一种“大胆”的创新，由此便要求报告具有更强的科学性、专业性和学科



# PREFACE

## 序言

综合性。今年的报告相比往年,有更多专业医学人员的参与和投入,确保报告结论和给出的建议更加契合医学临床诊断标准;同时,也有专业的精算人员对报告进行精细化研究分析,将精算技术与医学常识相结合,使得报告给出的疾病定义规范化建议符合医学和经济学意义上的“重大”标准,体现了多学科的相辅相成,坚持了保险研究的科学内涵。

总之,《中国保险行业重大疾病保险产品病种研究报告——2021》是对重疾险发展具有重大意义的基础性研究工作的成果,也体现了精算专业人员的责任担当。2020年《规范》的出台充分表明行业层面对重疾规范化工作的重视和迫切需求,而本报告的病种研究则有助于帮助行业深入认识和发现现有产品的内在问题和合理创新方向,特别是今年报告所给出的15个病种的定义规范化建议,符合2020年《规范》提出的适度扩展规范定义范围的修订内涵的原则,具有一定的现实意义和前瞻性。我们希望借助该研究报告能够引起行业的深入交流和讨论,并接受专业的批评与指正,旨在推动重疾险产品的健康发展,回归“保险姓保”的本源。积土成山,风雨兴焉;积水成渊,蛟龙生焉。今年是我们撰写病种研究报告的第三年,也是我们病种基础研究万里长征向前迈出的坚实一步,希望能够为保险行业更加自觉地关注和开展基础性研究工作贡献一份力量,不断夯实行业基础、坚守初心本源。希望通过广大精算专业人员和行业的共同努力设计出更多真正有风险保障价值的适应消费者需求的保险产品,全行业各方力量共同努力为保险业的健康蓬勃发展做出应有的贡献。



# ACKNOWLEDGEMENT

## 致谢

长年累月的产品积累，一群人的不问西东，第三年的病种报告也与大家见面了。

爱选科技的使命是做“保险业‘最专业、最难’的事，让保险变‘简单’”。我们很高兴也很愿意，一直脚踏实地地做着行业基础研究。

爱选人身险产品数据库从成立之初便开始搭建，并一直坚持至今。这是一个体量巨大、需要静下心来才能完成的工作。报告能坚持三年，我们心怀感激。

首先，感谢仍然存在的好奇心。病种报告的工作虽细微繁琐，但我们对它仍然充满好奇，也觉得十分有趣。经常大家一起讨论交流后，会为一些微小的发现感到惊喜与满足。感谢我们一直在好奇的过程中求新求进，不断汲取新的力量。

再者，感谢大家每一日平凡的付出。病种报告的呈现的背后是大量的基础工作，从立项到结项，历时150余天。每一个的病种选择、整理、撰写、修改、校对、讨论都凝聚了大家默默的努力与辛苦的付出。

此外，感谢大家的热情与热爱，使得病种报告成为一个非常“上头”的项目，越写越爱。今年，要特别感谢爱选核保团队的加入，大大增强了报告的专业性，并为病种报告提供了新的可能性。当然，也要特别感谢爱选精算团队和北大金融数学系三年的坚持与努力。

最后，最要感谢的是看报告的你们。往年的报告，我们也得到了各种反馈，好的、坏的我们都很认真记下了。这些声音一直是我们不断克服困难并向前进步的动力。

感谢支持我们的人，

感谢否定我们的人，

感谢鼓励我们的人，

我们从不期待困难的消失，我们期待拥有战胜困难的勇气和决心。

最后的最后，也将这篇致谢献给行业里每一位正在努力的你，

脚踏实地，

去向山海，

走向未来。

爱选科技

2021年8月

# CONTENTS

## 目录

前言	01
一、数据来源说明	02
二、爱选病种库说明	02
三、重疾产品病种设置情况	04
四、病种拆分问题	05
(一) 爱选病种拆分原理说明	05
(二) 爱选病种拆分表	06
五、“28+3”外的疾病定义标准化探索	11
(一) 系统性红斑狼疮	12
(二) 糖尿病及其并发症	14
(三) 川崎病	16
(四) 重症肌无力	17
(五) 多发性硬化	18
(六) 原发性心肌病	20
(七) 急性坏死性胰腺炎	21
(八) 慢性复发性胰腺炎	22

# CONTENTS

## 目录

(九) 弥散性血管内凝血	23
(十) 哮喘	24
(十一) 原发性骨髓纤维化	26
(十二) 成骨不全症	27
(十三) 主动脉夹层	28
(十四) 人工耳蜗植入	29
(十五) 原位癌	30
六、其他问题	31
(一) 自主生活能力丧失的设置问题	32
(二) 非阿尔茨海默病所致严重痴呆的设置问题	33
(三) 前症疾病责任的设置问题	34
七、总结	35
附录 1: 爱选病种库	36
附录 2: “28+3”外的疾病定义标准化探索(详版)	48
附录 2-1: 系统性红斑狼疮	48
附录 2-2: 糖尿病及其并发症	62



# CONTENTS

## 目录

附录 2-3: 川崎病	79
附录 2-4: 重症肌无力	88
附录 2-5: 多发性硬化	98
附录 2-6: 原发性心肌病	109
附录 2-7: 急性坏死性胰腺炎	118
附录 2-8: 慢性复发性胰腺炎	126
附录 2-9: 弥散性血管内凝血	133
附录 2-10: 哮喘	142
附录 2-11: 原发性骨髓纤维化	149
附录 2-12: 成骨不全症	156
附录 2-13: 主动脉夹层	162
附录 2-14: 人工耳蜗植入	168
附录 2-15: 原位癌	174

## » 前言

重大疾病保险（以下简称“重疾险”）是人身保险市场最重要的保障型产品之一。2007年，中国保险行业协会（以下简称“中保协”）与中国医师协会（以下简称“中医协”）联合发布《重大疾病保险的疾病定义使用规范》（以下简称“2007年《规范》”）；2020年6月1日，中保协与中医协再次联合发布《重大疾病保险的疾病定义使用规范修订版（公开征求意见稿）》（以下简称“公开征求意见稿”），面向社会公开征求意见；其最终版本《重大疾病保险的疾病定义使用规范（2020年修订版）》（以下简称“2020年《规范》”）于同年11月5日正式出台；同日，中国精算师协会（以下简称“中精协”）发布了《中国人身保险业重大疾病经验发生率表（2020）》（以下简称“新版《重疾表》”）。无论是“2020年《规范》”的出台，还是“新版《重疾表》”的发布，都无疑会对行业重疾险产品设计与开发产生重要影响。

2020年《规范》的修订与现行实践相结合，将重疾险产品中的规范定义统一进行完善和修订，反映了现代医学技术与标准的变化，为消费者的利益提供更全面的保障。新定义的修订可以说是我国健康保险发展的又一重要的里程碑，也再次说明病种选择和定义是重疾险的基础与核心。正因如此，爱选科技持续完善病种库，并对行业重疾病种设置进行研究。在上一版病种报告的基础上，更新了重疾险产品2020年期间内相关统计信息，深度学习2020年《规范》，在其基础上，对没有标准化定义的病种进行定义规范化的尝试。此外，今年爱选也对病种报告的整体内容以及结构做了优化调整，最终形成《中国保险行业重大疾病保险产品病种研究报告——2021》（以下简称“本报告”）。

本报告分为七个部分：第一部分说明了研究数据的来源；第二部分对爱选病种库进行简单的介绍和说明；第三部分对2020年重疾险产品的病种设置情况进行概括分析；第四部分为病种拆分问题的说明及相关统计分析；第五部分为“28+3”外的疾病定义标准化探索，该部分选取15种重疾险中出现频率高或极具特色的病种，对其进行详细的定义设置研究分析，并给出规范化建议；第六部分探讨了本次病种研究过程中发现的新问题；第七部分为报告总结，对重疾定义及其发展方向给出了初步建议，并提出了新的思考。

需要特别说明的是，本报告形成的相关建议的基础是结合已有数据和医学知识的定性分析与交叉对比，仅供行业交流学习。

## 数据来源说明

本报告的研究分析数据源于各保险公司的重疾险产品条款。我们收集了报备年度为2020年的共313款重疾险产品。

## 爱选病种库说明

爱选科技在对市场上的重疾险产品进行基础研究的过程中，对产品条款的“疾病释义”部分进行了系统而又细致的归纳与整理，且本研究工作一直得到专业医学核保团队的支持，形成了一个包含病种分类、名称、定义、拆分等多要素的疾病数据库，将其命名为“爱选病种库”（见附录1）。

爱选针对每一病种展开详细研究，合理设置名称、拆分、定义等，形成了一个区分“07版重疾”与“20版重疾”，包含“Aix病种名”、“Aix病种拆分”、“Aix病种定义”等多维度的标准化数据字典，并将其命名为“爱选病种字典”，这也是“爱选病种库”构建的基础。

“爱选病种库”涵盖了市场上大部分重疾险产品包含的保障疾病，每一种疾病均会根据爱选的标准匹配到“爱选病种字典”中的相应病种。“爱选病种字典”对保障疾病的分类情况具体见表1：

表 1：“爱选病种字典”疾病分类情况

编号	疾病分类情况
1	25 种标准重疾 (07 版重疾)
2	25 种标准重疾以外的重大疾病 (07 版重疾)
3	轻症疾病 (07 版重疾)
4	28 种标准重疾 (20 版重疾)
5	28 种标准重疾以外的重大疾病 (20 版重疾)
6	3 种标准轻症疾病 (20 版重疾)
7	3 种标准轻症以外的轻症疾病 (20 版重疾)

编号	疾病分类情况
8	中症疾病
9	前症疾病
10	特定重大疾病
11	男性特定重大疾病
12	女性特定重大疾病
13	少儿特定重大疾病
14	老年特定重大疾病
15	罕见特定重大疾病
16	高费用特定重大疾病
17	少儿重大疾病
18	失能特定重大疾病

研究过程中，重疾险条款中每一个保障病种的名称、定义均会被收录进“爱选病种库”，并根据“爱选病种字典”规则，自动匹配到统一标准的Aix病种名、Aix病种拆分以及Aix病种定义，形成一个行业市场数据与爱选标准数据实时联动的动态平衡。

基于“爱选病种库”，纵向可分析单个产品的病种保障范围和病种拆分情况，横向可对比不同公司对于各病种的命名和定义设置异同，为研究分析病种设置合理性提供了坚实的理论基础与数据支撑。

本报告的所有结果均来自于“爱选病种库”的分析归纳。



## » 重疾产品病种设置情况

重大疾病保险病种保障范围日益扩大，病种保障数量呈递增趋势。重疾险代表性责任重症、中症、轻症疾病的平均保障数量趋势，请见图1。

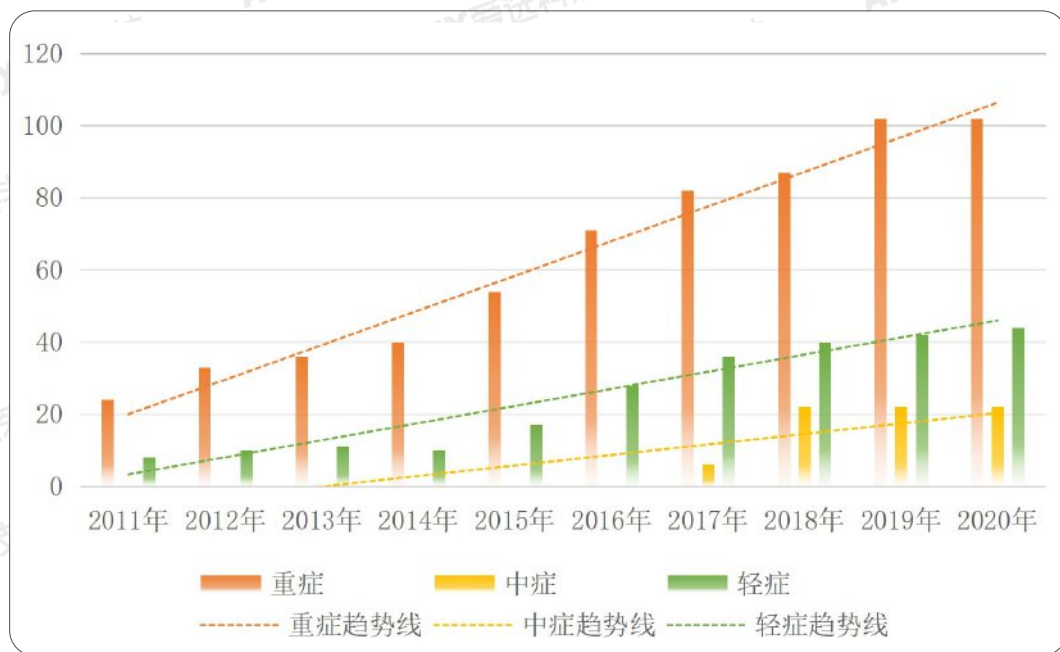


图 1: 重疾险产品平均保障疾病数走势图

由图1可知，重疾险的保障病种越来越多，但近年来，中症和轻症疾病的保障数量已趋于稳定，重症疾病保障数量的增速在2019年至2020年也几乎为零。

根据爱选病种库统计，截止至2021年6月底，市场上重疾险产品中涉及的重症疾病达172种，中症疾病104种，轻症疾病117种，前症疾病25种，特定重大疾病142种，男性特定重大疾病45种，女性特定重大疾病41种，少儿特定重大疾病75种，老年特定重大疾病6种，少儿重大疾病39种，罕见特定重大疾病14种，高费用特定重大疾病23种，失能特定重大疾病5种。

对比去年报告数据，目前市场上的重疾险产品中各类疾病数量仍呈上升趋势，其中前症涉及疾病数量甚至实现了翻倍式增长。由前文述，尽管重疾险整体的疾病平均保障数量已经趋于稳定，但各产品涉及到的不同的疾病数量却仍在攀升，一定程度上体现了各公司仍在追逐重疾险疾病数量的开拓。



然而，从理赔占比的角度来看，2020年《规范》中的28种标准重疾，其理赔占比普遍超过95%，部分分公司在该部分疾病的理赔占比超过99%。因此，额外增加新的疾病对发生率评估精准性的影响很小，重疾险的病种设置并非越多越好。与其将重疾险的产品战略放在扩张疾病保障数量上，不如进一步优化现有保障疾病的设置，使得其命名、定义等更加贴近临床实际，也更便于理赔端操作，降低由此带来的理赔纠纷。

## » 病种拆分问题

### (一) 爱选病种拆分原理说明

保险与专业医学对病种定义的侧重点存在较大的差别。医学中的疾病定义目的是说明某种疾病是什么、临床表现有哪些等；而保险中的病种定义则主要阐明某种疾病在什么症状、达到什么条件可以获得。因此，对于保险产品，疾病定义设置的出发点应该为“医学”与“保险实务”的结合。

出发点明确后，接下来的问题就是建立设置疾病定义的原则和逻辑。我们认为不同疾病定义设置应该遵循“独立性最大”原则，即疾病定义范围重叠部分越小越好。基于这样的原则在条款中增加一个新病种才是有真实意义的。



图 2: 爱选病种拆分工作逻辑图

上图中的0%与100%分别代表两种极端情况。0%说明两种疾病定义完全独立，新增一种疾病会达到“1+1=2”的效果，这是最理想的情况；100%说明两种疾病定义完全相同，可以理解为同一种疾病，新增一种疾病毫无意义，保障范围并不会因此扩大。然而，实际中，大部分重疾险产品的病种定义

情况处于中间地带，即某两个病种间既不是完全独立，也不是百分百相同。所以这里我们提出一种判断方法：考虑任意两个病种的疾病保障范围的重叠程度；若两病种的重叠程度在较低水平，则被认为病种相互独立；若两病种的重叠程度在中度水平，则被认为病种部分重叠；若两病种的重叠程度处于较高水平，则被认为病种拆分。当然，病种间的重叠程度需要经过专业医学、核保人员的鉴定与经验判断，并符合相关医学标准。我们按照上述逻辑中疾病保障范围的重叠程度给出了爱选病种拆分定义，即哪些疾病明明是一种却被拆分成多种出现在同一个保险条款中。

此外，还有另一种情况，如若某疾病在大部分保险公司的重疾险产品中均设置为一种疾病，但是在小部分产品里被分为两个或两个以上疾病承保，虽然拆分后疾病的保障范围重叠较小，但我们也将其视为病种拆分。其中，较为典型的是，“起搏器或除颤器植入”会被拆分为“心脏起搏器植入”和“心脏除颤器植入”，“双侧卵巢或睾丸切除术”会被拆分为“双侧卵巢切除术”和“双侧睾丸切除术”等。

## (二) 爱选病种拆分表

根据上文阐述的爱选病种拆分逻辑，我们整理了爱选病种拆分表，详见表2。

表 2：爱选病种拆分表<sup>①②③</sup>

产品类型	序号	Aix 标准疾病名称	拆分名称	2019 年 出现频率	2020 年 出现频率	2019 年 拆分频率	2020 年 拆分频率
2007 版 25 种 标准 重疾	1	脑炎后遗症或脑膜炎 后遗症	脑炎后遗症或脑膜炎后 遗症	99.74%	100.00%	95.25%	95.54%
			细菌性脑脊髓膜炎				
			亚急性硬化性全脑炎				
			结核性脑膜炎				
			进行性风疹性全脑炎				

① 注：本报告调研的是2020年重疾险产品，其多采用07版重疾，因而本处也以07版重疾为展示基础。

② 注：因重症疾病与轻症疾病在重疾险中具有一定代表性，故本处仅展示此两类疾病的拆分。

③ 注：蓝色底纹行属于病种重复问题，即同一疾病在条款中出现两次及以上。

产品类型	序号	Aix 标准疾病名称	拆分名称	2019 年出现频率	2020 年出现频率	2019 年拆分频率	2020 年拆分频率
2007 版 25 种标准重疾	2	严重运动神经元病	严重运动神经元病	99.74%	100.00%	63.85%	70.79%
			进行性脊肌萎缩症				
			进行性延髓麻痹症				
			原发性侧索硬化症				
			肌萎缩脊髓侧索硬化				
			婴儿进行性脊肌萎缩症 (SMA-I 型)				
	3	重型再生障碍性贫血	重型再生障碍性贫血	——	100.00%	——	0.50%
2007 版 25 种标准重疾以外的重大疾病	4	终末期肺病	终末期肺病	98.68%	98.51%	8.53%	9.55%
			慢性呼吸功能衰竭				
			特发性肺纤维化				
	5	心肌炎	心肌炎	97.11%	94.06%	0.27%	0.53%
			重症心肌炎伴充血性心力衰竭				
	6	克罗恩病 (Crohn)	克罗恩病 (Crohn)	——	97.52%	——	0.51%
	7	急性坏死性胰腺炎	急性坏死性胰腺炎	——	98.02%	——	0.51%
	8	糖尿病及其并发症	I 型糖尿病	96.05%	94.06%	20.82%	17.37%
			糖尿病并发严重肾脏损害				
			糖尿病导致的双足截除				
	9	疯牛病	疯牛病	97.11%	97.03%	13.55%	32.14%
			克雅氏病				
			库鲁病				

产品类型	序号	Aix 标准疾病名称	拆分名称	2019 年出现频率	2020 年出现频率	2019 年拆分频率	2020 年拆分频率
2007 版 25 种标准重疾 以外的 重大疾病	10	冠心病	严重冠心病	97.37%	95.54%	12.70%	6.74%
			冠状动脉血管成形术				
			冠状动脉粥样斑块切除术				
			严重冠状动脉粥样硬化性心脏病				
	11	颅脑手术	颅脑手术	86.05%	90.59%	1.22%	0.55%
	12	面部烧伤	面部烧伤	80.26%	86.14%	1.31%	2.87%
			意外导致的重度面部烧伤				
			意外伤害面部整形手术				
			面部皮肤烧伤导致的瘢痕形成				
			重度面部毁损				
	13	成骨不全症Ⅲ型	成骨不全症Ⅲ型	84.47%	89.60%	2.18%	3.31%
	14	感染性心内膜炎	感染性心内膜炎	——	96.53%	——	0.51%
	15	幼年特发性关节炎	幼年特发性关节炎	89.21%	87.62%	7.67%	6.21%
			斯蒂尔病				
	16	主动脉夹层	主动脉夹层瘤	95.00%	94.06%	24.10%	34.21%
			主动脉夹层血肿				
	17	大动脉炎（多发性大动脉炎旁路移植手术治疗）	大动脉炎（多发性大动脉炎旁路移植手术治疗）	65.53%	76.24%	8.43%	18.83%
	18	脑白质营养不良	亚历山大病	57.89%	52.48%	33.64%	48.11%
			肾上腺脑白质营养不良				
			异染性脑白质营养不良				

产品类型	序号	AIX 标准疾病名称	拆分名称	2019 年 出现频率	2020 年 出现频率	2019 年 拆分频率	2020 年 拆分频率
2007 版 轻症 疾病	19	极早期恶性肿瘤或 恶性病变	早期恶性病变	89.74%	92.08%	2.05%	2.69%
			原位癌				
			皮肤癌				
	20	脑垂体瘤、脑囊肿、 脑动脉瘤及脑血管 瘤	脑垂体瘤、脑囊肿	87.89%	90.59%	20.06%	16.94%
			脑动脉瘤及脑血管瘤				
			脑垂体瘤介入治疗和（或）放 射治疗				
			颅内动脉瘤的血管介入治疗				
	21	面部烧伤	面部烧伤	67.63%	76.73%	45.91%	77.42%
			面部毁损				
			面部重建				
			因意外伤害毁容而施行的面部 整形手术				
	22	颈动脉狭窄	颈动脉狭窄	86.58%	89.11%	14.59%	10.56%
			颈动脉狭窄介入治疗				
			颈动脉内膜切除手术				
	23	特定周围动脉狭窄 的血管介入治疗	肾动脉狭窄支架植入手术	70.53%	83.17%	3.73%	10.71%
			特定周围动脉疾病的血管介入 治疗				
	24	糖尿病及其并发症	糖尿病及其并发症	46.05%	47.52%	40.00%	33.33%
			I 型糖尿病				
			糖尿病导致单足截除				
			糖尿病导致脚趾截除				
			糖尿病肾病				
			糖尿病视网膜晚期增生性病变				
			非胰岛素依赖型糖尿病				



产品类型	序号	Aix 标准疾病名称	拆分名称	2019 年 出现频率	2020 年 出现频率	2019 年 拆分频率	2020 年 拆分频率
2007 版 轻症 疾病	25	运动神经元病	运动神经元病	37.37%	23.76%	1.41%	2.08%
			进行性脊肌萎缩症				
			进行性延髓麻痹症				
			原发性侧索硬化症				
			肌萎缩性侧索硬化				
	26	心包膜切除术	心包膜切除术	79.47%	85.64%	0.66%	1.16%
	27	双侧卵巢或睾丸切除术	双侧卵巢切除术	83.95%	89.60%	71.47%	76.80%
			双侧睾丸切除术				
	28	脑炎后遗症或脑膜炎后遗症	脑炎后遗症或脑膜炎后遗症	40.53%	24.75%	16.23%	12.00%
			中度病毒性脑炎				
			中度细菌性脑膜炎				
			严重结核性脑膜炎				
	29	脑室腹腔分流术	脑室腹腔分流术	70.79%	76.73%	1.12%	0.65%
			植入大脑内分流器				
	30	起搏器或除颤器植入	植入心脏除颤器	73.68%	79.21%	19.29%	41.88%
			植入心脏起搏器				
	31	强直性脊柱炎手术治疗	强直性脊柱炎手术治疗	—	15.84%	—	3.13%

经过对各病种的整理与分析,整体而言,2020年产品的病种拆分情况并无好转,拆分频率相比2019年也普遍呈现上涨趋势。此外,还新增了不少未出现过的拆分情况。而这些新增拆分,主要来源于条款病种重复问题,即同一种疾病在同一条款出现两次。建议保险公司在审核条款时特别关注病种设置情况,避免类似的错误出现。

## » “28+3” 外的疾病定义标准化探索

疾病定义的标准化探索是重疾险开发的基础和核心，也是今年报告的研究重点。结合产品与市场情况，本报告筛选15个病种进行重点分析，其中重症13种、轻症2种。具体筛选逻辑请见表3：

表 3: 15 个病种筛选逻辑

疾病分类	序号	疾病名称	挑选原因
重症	1	系统性红斑狼疮	重症出现率高，重中轻症均有涉及
	2	糖尿病及其并发症	人群常见慢性病
	3	川崎病	小儿代表性疾病，近年发病率攀升
	4	重症肌无力	重症出现率高，属于罕见病
	5	多发性硬化	重症出现率高
	6	原发性心肌病	重症出现率高，各家轻症定义设置差异明显
	7	急性坏死性胰腺炎	重症出现率高，部分涉及轻症
	8	慢性复发性胰腺炎	治疗难度大，各家重症定义设置差异明显
	9	弥散性血管内凝血	危害程度大，现有定义合理性欠缺
	10	哮喘	呼吸系统疾病，各家重症定义设置差异明显
	11	原发性骨髓纤维化	各家重症定义设置差异明显
	12	成骨不全症	先天性疾病，各家重症定义设置差异明显，现有定义理赔执行有难度
	13	主动脉夹层	各家重症定义设置差异明显
轻症	14	人工耳蜗植入	植入医疗器械代表病种，舆情热点
	15	原位癌	各家轻症定义设置差异明显

本节从病种医学定义、保险疾病分类、命名逻辑分析、定义简要分析以及规范化建议五个方面对每个病种进行总结性说明。针对15个病种具体的命名逻辑、定义逻辑以及规范化建议的完整分析请见附录2。

## (一) 系统性红斑狼疮

系统性红斑狼疮，是一种病因尚不明确，可以侵犯全身多系统的慢性弥漫性结缔组织病，患者体内会产生大量自身抗体，使免疫系统攻击自身的组织，引起全身多脏器和组织受损。该疾病男女患病比例约为1:9，尤以20-40岁的育龄女性高发。

“系统性红斑狼疮”出现在保险条款的“重症疾病”、“中症疾病”、“轻症疾病”、“特定重大疾病”和“女性特定重大疾病”病种分类中。

从病种命名方面来看，目前“系统性红斑狼疮”常见的命名逻辑为“基础命名<sup>④</sup>”、“肾炎/肾病”、“明确分型”、“肾功能损害”、“尿毒症”等方式的不同组合，命名逻辑较为杂乱。建议规范化的重症统一命名为“严重系统性红斑狼疮”，轻症统一命名为“轻度系统性红斑狼疮”。

从病种定义方面来看，“系统性红斑狼疮”的定义逻辑多以“世卫分型”为基础，辅之以“临床表现”、“检测结果”、“临床证据”等其他理赔标准。定义明确约定狼疮性肾炎“世卫分型”，具有尺度合理、理赔明晰简便的优势。因此重症的定义中，建议以“世卫分型”为基础。而因该疾病初期仅出现皮肤、口腔粘膜、关节或血液系统轻度病变，未损害心、脑、肾等重要脏器，所以对于轻症定义，建议仅选取以上临床表现，并结合任意一项高特异性的免疫学抗体异常，作为轻症标准，有助于提升轻症保障的可触达性。

从规范化定义的难点和痛点方面来看，目前定义仅考虑“狼疮肾”相关责任设计，实际上系统性红斑狼疮还可能损害神经系统、心血管系统、呼吸系统以及局部关节等，造成的损伤影响是多方位的，表现为狼疮脑病、因狼疮导致的冠脉病变、动脉粥样硬化、间质性肺病以及关节失能。然而，市场上的重疾险对于该疾病累及其他组织器官的病灶研究的深度和保障责任的开发程度还不够。因此，建议在规范化定义中加入狼疮脑病相关的内容。

综上，建议明确区分被保险所处的疾病严重程度和病程阶段，以疾病发展过程为依据，对该病种定义进行规范。建议如下：

④注：“基础命名”是指该疾病命名中基本的、主体的部分。例如，“系统性红斑狼疮”的基础命名为“系统性红斑狼疮”，“严重系统性红斑狼疮”的命名逻辑则为“程度+基础命名”，下同。

**重症定义：严重系统性红斑狼疮**

系统性红斑狼疮是由多种因素引起，累及多系统的自身免疫性疾病。其特点是生成自身抗体对抗多种自身抗原。本病须经专科医生明确诊断，并须满足下列至少一项条件：

- (1) 系统性红斑狼疮累及肾脏，经肾脏活检确认的，符合 WHO 诊断标准定义Ⅲ型或Ⅳ型以上狼疮性肾炎。

世界卫生组织 (WHO) 狼疮性肾炎分型：Ⅰ型 微小病变型、Ⅱ型 系膜病变型、Ⅲ型 局灶及节段增生型、Ⅳ型 弥漫增生型、Ⅴ型 膜型、Ⅵ型 肾小球硬化型。

- (2) 经由专科医生明确诊断为狼疮脑病，达到昏迷程度按照格拉斯哥昏迷分级 (GCS, Glasgow Coma Scale) 结果为 8 分或 8 分以下。

**其他类型的红斑性狼疮，如盘状狼疮、仅累及血液及关节的狼疮不在保障范围内。**

**轻症定义：轻度系统性红斑狼疮**

必须符合下列所有理赔条件，但未达到本合同所指“严重系统性红斑狼疮”给付标准：

- (1) 临床表现须满足下列至少两项条件：

- ① 蝶形红斑或盘形红斑；
- ② 光敏感；
- ③ 口腔溃疡；
- ④ 非磨损性关节炎，需涉及两个或以上关节；
- ⑤ 血象异常（白细胞  $< 4 \times 10^9/L$  或血小板  $< 100 \times 10^9/L$  或溶血性贫血）。

- (2) 检测结果需满足抗 dsDNA 抗体阳性，或抗 Sm 抗体阳性，或抗核抗体阳性。



## (二) 糖尿病及其并发症

糖尿病是在遗传和环境因素共同影响下,以高血糖为特征,由胰岛素分泌或作用缺陷引起的代谢性疾病。糖尿病可并发多种慢性并发症,导致眼、肾脏、神经、心血管的长期损伤、功能缺陷和衰竭,甚至致残或致死。糖尿病分为1型糖尿病、2型糖尿病、妊娠糖尿病和其他特殊类型糖尿病四种,其中1型糖尿病绝大多数为自身免疫性病因,以胰岛素分泌的绝对不足为特征,从而导致血糖升高,通常发生于儿童和年轻人。2型糖尿病占有所有糖尿病的90%,其基本特征是胰岛素分泌不足和胰岛素抵抗,后者与肥胖的关系密切。

“糖尿病及其并发症”出现在保险条款的“重症疾病”、“中症疾病”、“轻症疾病”、“前症疾病”、“特定重大疾病”、“男性特定重大疾病”、“女性特定重大疾病”、“少儿特定重大疾病”和“少儿重大疾病”病种分类中。

从病种命名方面来看,“糖尿病及其并发症”受到病种拆分的影响,常见的命名逻辑涉及到“并发症”、“肾”、“截足/趾/肢”、“视网膜病变”等字段,较为杂乱。建议规范化的重症统一命名为“严重1型糖尿病”,轻症统一命名为“糖尿病导致脚趾切除”和“糖尿病视网膜增殖性病变”。

从病种定义方面来看,“糖尿病及其并发症”受到病种拆分的影响,定义也更为复杂。其中,“1型糖尿病(并发症)”的定义理赔标准多涉及“截足/趾/肢”、“视网膜”和“肾”,部分定义引入了更为严格的“心脏”相关标准;“糖尿病肾病”的定义则多采取Scr、Ccr、GFR等临床证据,部分定义引入“蛋白尿”的标准;“糖尿病所致截足/趾/肢”则最为复杂,涉及“双足”、“单足”、“脚趾”、“截肢”等多个标准;“糖尿病所致视网膜增生性病变”则涉及到与“增殖性病变”、“非增殖性病变”的相关问题。

从规范化定义的难点和痛点方面来看,糖尿病的并发症众多,涉及多个部位和系统,不可避免地关联到其它病种定义的内容。制定定义时,既要考虑糖尿病的进展程度,合理划分疾病程度,又要兼顾糖尿病并发症与既有条款保障范围之间的合理性,避免出现同程度病种赔付标准的矛盾和差异,并避免病种拆分。

综上,建议对该病种定义进行规范。建议如下:



**重症定义：严重1型糖尿病**

指由于胰岛素分泌绝对不足引起的慢性血糖升高，并持续性地依赖外源性胰岛素维持 180 天以上。须经血胰岛素测定、血 C 肽测定或尿 C 肽测定，结果异常。并须在本合同有效期内，满足下述条件之一者：

- (1) 已植入心脏起搏器治疗心脏病；
- (2) 因坏疽切除一只或以上脚趾。

**轻症定义：糖尿病导致脚趾切除**

指被确诊为糖尿病，出现糖尿病肢体坏疽，并实施了脚趾切除手术。

**轻症定义：糖尿病视网膜增殖性病变**

经本公司认可医院的眼科专科医生明确诊断因糖尿病而并发视网膜晚期增殖性血管病变，并须满足下列全部条件：

- (1) 双眼最佳矫正视力低于 0.3（采用国际标准视力表，如果使用其他视力表应进行换算）；
- (2) 已经实施了激光治疗等以改善视力障碍。

如条款中存在其它与视力相关的轻症，为避免重复赔付，还应做以下约定：

本公司对“糖尿病视网膜晚期增殖性病变”、“视力严重受损”、“单目失明”三项中的一项承担保险责任，给付其中一项保险金后，对其他两项轻症疾病保险责任同时终止。

### (三) 川崎病

川崎病，又称“皮肤粘膜淋巴结综合征”，5岁以下的儿童和婴幼儿高发，以全身性中、小动脉炎性病变为主要病理特征，临床表现为长期发热、皮疹、结膜炎、粘膜炎症、淋巴结肿大。川崎病若不及时治疗则常引起冠状动脉病变，是儿童时期缺血性心脏病的主要原因。

“川崎病”出现在保险条款的“重症疾病”、“轻症疾病”、“特定重大疾病”、“少儿特定重大疾病”和“少儿重大疾病”病种分类中。

从病种命名方面来看，目前“川崎病”常见的命名逻辑为“基础命名”、“冠状动脉瘤”、“并发症”、“冠状动脉瘤等心血管异常”、“冠状动脉扩张”等方式的不同组合，较为杂乱。建议规范化的重症统一命名为“严重川崎病伴有冠状动脉瘤”，轻症统一命名为“川崎病伴有冠状动脉病变”。

从病种定义方面来看，“川崎病”的定义多以“疾病描述+临床表现”为基础，辅之以“检测结果”、“临床证据”、“Nakano分级”等理赔标准。建议重疾定义中采取两项“临床证据”（冠状动脉瘤“确诊持续180天”和“已接受手术治疗”）“2选1+”的方式。

从规范化定义的难点和痛点方面来看，由于患者不同年龄的冠脉内径标准范围并不一致，设定统一的冠脉扩张尺寸作为定义标准，不够精准和客观。所以冠状动脉扩张或动脉瘤的判断交由临床医生诊断为佳，不建议在该病种定义上做明确约定。

综上，建议明确区分被保险人所处的疾病严重程度和病程阶段，以疾病发展过程为依据，对该病种定义进行规范。建议如下：

#### **重症定义：严重川崎病伴有冠状动脉瘤**

一种血管炎综合征，临床表现为急性发热，皮肤粘膜病损和淋巴结肿大。本病须经专科医生明确诊断，同时须由血管造影或者超声心动图检查证实，满足下列至少一项条件：

- (1) 伴有冠状动脉瘤，且冠状动脉瘤于最初急性发病后持续至少 180 天；
- (2) 伴有冠状动脉瘤，且实际接受了对冠状动脉瘤进行的手术治疗。

#### **轻症定义：川崎病伴有冠状动脉病变**

本病须经专科医生明确诊断，同时须由血管造影或者超声心动图检查证实，存在一条或以上的冠状动脉出现扩张或动脉瘤形成，但未达到本合同所指重大疾病“严重川崎病伴有冠状动脉瘤”的给付标准。

## (四) 重症肌无力

重症肌无力是一种由神经肌肉接头处传递功能障碍所引起的自身免疫性疾病，临床主要表现为部分或全身骨骼肌无力和易疲劳，活动后症状加重，经休息后症状减轻。任何年龄组均可发病，但20-40岁和40-60岁为两个发病年龄高峰，前段女性多于男性，后段则多见于男性，10岁以下发病占10%。肌无力危象是该疾病的严重并发症，表现为极重度呼吸系统肌肉麻痹。

“重症肌无力”出现在保险条款的“重症疾病”、“中症疾病”、“轻症疾病”、“特定重大疾病”、“少儿特定重大疾病”、“少儿重大疾病”和“罕见特定重大疾病”病种分类中。

从病种命名方面来看，目前“重症肌无力”常见的命名逻辑为“基础命名”、“程度”、“全身性”、“其他情况（限定范围）”等方式的不同组合，命名较为统一。建议规范化的重症统一命名为“全身性（型）重症肌无力”，轻症统一命名为“轻度重症肌无力”。

从病种定义方面来看，“重症肌无力”的定义多涉及到“临床表现”、“临床证据”、“丧失独立能力”、“持续时间”、“临床分型”等理赔标准。该病种的定义偏于描述化，实际理赔时无明确的查勘依据，定义落地存在一定难度。在2020年《规范》出台后，参考相关神经系统重症定义，重症肌无力的定义也更多地考虑被保险人基本日常活动的完成情况。但针对部分出现危象的重症肌无力患者，仅审核生活能力缺失无法体现保障的全面性。建议重症定义中，加入肌无力危象，即呼吸功能受累这一可选理赔条件。对于轻症定义，建议对照美国重症肌无力基金会的临床分类，以分型为第Ⅲ级及以上，但未达到重症的给付标准，作为轻症定义。

从规范化定义的难点和痛点方面来看，因神经系统疾病有相似的症状表现，所以神经系统病种条款定义也容易趋同。但各个疾病本身的病因和转归却不尽一致，因此制定定义时需深入研究不同病种来确定合理且恰当的理赔条件。

综上，建议明确区分被保险人所处的疾病严重程度和病程阶段，以疾病发展过程为依据，对该病种定义进行规范。建议如下：

**重症定义：全身性（型）重症肌无力**

重症肌无力是一种神经肌肉接头传递障碍所致的疾病，表现为局部或全身骨骼肌（特别是眼外肌）极易疲劳，疾病可以累及呼吸肌、上肢或下肢的近端肌群或全身肌肉。本合同所保障的“全身性（型）重症肌无力”须满足下列全部条件：

（1）经药物治疗和胸腺切除治疗一年以上仍无法控制病情；

（2）严重肌肉无力，符合下列之一：

① 由于肌无力累及呼吸肌而致机体呼吸功能不正常的危急状态即肌无力危象，呼吸肌麻痹导致严重呼吸困难，且已经持续使用呼吸机 7 天（含）以上。

② 自主生活能力完全丧失，无法独立完成六项基本日常生活活动中的三项或三项以上。

**轻症定义：轻度重症肌无力**

重症肌无力是一种神经肌肉接头传递障碍所致的疾病，表现为局部或全身骨骼肌（特别是眼外肌）极易疲劳，疾病可以累及呼吸肌、上肢或下肢的近端肌群或全身肌肉。本合同所保障的“轻度重症肌无力”须满足下列条件：

永久不可逆肌无力，并根据下列按美国重症肌无力基金会的临床分类界定为第Ⅲ级及以上，但未达到“全身性（型）重症肌无力”的给付标准。

## （五）多发性硬化

多发性硬化是一种以中枢神经系统白质炎性脱髓鞘为主要病理特征的自身免疫病。病变常累及大脑、脊髓白质、皮质下结构、脑干、小脑和视神经等，神经传导信号在大脑和身体之间传播变得困难，可导致患者出现视力障碍、肢体无力甚至瘫痪、感觉异常、认知功能障碍等多种症状。

“多发性硬化”出现在保险条款的“重症疾病”、“中症疾病”、“轻症疾病”、“特定重大疾病”、“女性特定重大疾病”、“少儿特定重大疾病”、“老年特定重大疾病”、“罕见特定重大疾病”和“高费用特定重大疾病”病种分类中。

从病种命名方面来看，目前“多发性硬化”常见的命名逻辑为“基础命名”、“程度”、“神经系统功能永久性损害并发症”等方式的不同组合，命名较为统一。建议规范化的重症统一命名为“严重多发性



硬化”，中症统一命名为“中度多发性硬化”，轻症统一命名为“轻度多发性硬化”。

从病种定义方面来看，“多发性硬化”的定义多涉及到“临床表现”、“明确诊断”、“神经系统功能损害”等理赔标准。现有定义通常关注该疾病导致的日常生活障碍，忽略了可能导致的认知功能受损，建议在重症定义中增加由多发性硬化引发认知障碍的保障。对于神经系统功能损害的判断，建议定义为“移动”或“进食”无法单独完成任意一项的方式，简化管理过程，且体现与重症相匹配的严重程度。关于该疾病的轻症，建议准确体现轻症的特点，使消费者尽早能够获得赔付。

从规范化定义的难点和痛点方面来看，该疾病诊断难度大，需依靠经验丰富的临床神经科医生，还需与其它可引起中枢神经系统损害的疾病相鉴别。因此在理赔条款中，通过明确的临床指标和检查结果来定义该病种的方式难以实现，而描述性的定义又会带来较大的争议和理赔操作的困难，所以无论是临床诊疗还是疾病定义制定，都有很大的挑战性和难度。

综上，建议对该病种定义进行规范。建议如下：

#### **重症定义：严重多发性硬化**

指因中枢神经系统脱髓鞘而导致神经系统永久性功能障碍。多发性硬化须由核磁共振检查（MRI）等影像学检查证实，经三级医院神经科专科医生明确诊断。神经系统永久性功能障碍，指经相关专科医生确诊疾病 180 天后，仍遗留下述至少一种障碍：

（1）无法独立完成下列基本日常生活活动中的

移动：自己从一个房间移动到另一个房间；或者

进食：自己从已准备好的碗或碟中取食物放入口中。

（2）由具有评估资格的专科医生根据临床痴呆评定量表（CDR, Clinical Dementia Rating）评估结果为 3 分。

#### **轻症定义：轻度多发性硬化**

指因中枢神经系统脱髓鞘而导致神经系统功能障碍，经三级医院神经科专科医生明确诊断。并且满足下列全部条件：

（1）计算机断层扫描（CT）、核磁共振检查（MRI）或正电子发射断层扫描（PET）等影像学检查证实存在中枢神经系统白质内多发病灶；

（2）完整的医疗记录证实被保险人的疾病呈缓解复发和进展加重病程。



## (六) 原发性心肌病

原发性心肌病是一组原因未明、以心肌病变为主、最后发展为心力衰竭的心脏疾病。最初可无自觉不适，以后可在劳累时或轻度劳动时出现气急、心悸、胸闷、呼吸困难等症状。

“原发性心肌病”出现在保险条款的“重症疾病”、“中症疾病”、“轻症疾病”、“特定重大疾病”、“少儿特定重大疾病”和“少儿重大疾病”病种分类中。

从病种命名方面来看，“原发性心肌病”常见的命名逻辑为“基础命名”、“程度”、“心功能损害”等方式的不同组合。建议规范化的重症统一命名为“严重原发性心肌病”。轻症命名可以统一为“早期原发性心肌病”。

从病种定义方面来看，“原发性心肌病”的定义以“美国纽约心脏病学会心功能状态分级”为基础，辅之以“临床证据”、“类型范围”、“持续时间”等其他理赔标准。各家条款重症定义基本统一，均明确了原发性心肌病的类型、心功能的级别及心功能衰竭持续时长，重症定义明确且合理，理赔执行的依据充分。轻症定义各家条款略有差异，特别是对于心功能的要求，有些条款相关描述<sup>⑤</sup>均为主观感受，给理赔实际操作造成难度，易引起纠纷。建议该疾病轻症定义，不加入左心室射血分数的强制要求，只限制本疾病的心功能和持续时长。心功能统一按照美国纽约心脏病学会心功能状态分级进行判断。

综上，建议明确区分被保险人所处的疾病严重程度和病程阶段，以疾病发展过程为依据，对该病种定义进行规范。建议如下：

### 重症定义：严重原发性心肌病

指不明原因引起的一类心肌病变，包括扩张型心肌病、肥厚型心肌病及限制型心肌病，被保险人被诊断为原发性心肌病导致慢性心功能损害，已经造成永久不可逆性的心功能衰竭，心功能衰竭程度须达到美国纽约心脏病学会（New York Heart Association, NYHA）心功能状态分级Ⅳ级，且有相关住院医疗记录显示Ⅳ级心功能衰竭状态持续至少180日。

继发于全身性疾病或其他器官系统疾病及酒精滥用造成的心肌病变不在本合同保障范围内。

<sup>⑤</sup>体力活动明显受限，休息时无症状，轻于日常的活动即可引起充血性心力衰竭的症状。

**轻症定义：早期原发性心肌病**

被诊断为原发性心肌病（包括扩张型心肌病、肥厚型心肌病及限制型心肌病）且未达到重度疾病“严重原发性心肌病”的给付标准，并符合下列所有条件：

- （1）导致心功能损害，其受损程度须达到美国纽约心脏病学会（New York Heart Association, NYHA）心功能状态分级Ⅲ级；
- （2）相关住院医疗记录显示Ⅲ级心功能状态持续至少 90 日；
- （3）提供心脏超声检查结果报告。

**继发于全身性疾病或其他器官系统疾病及酒精滥用造成的心肌病变不在本合同保障范围内。**

## （七）急性坏死性胰腺炎

急性坏死性胰腺炎是急性胰腺炎的一种类型。急性胰腺炎是多种病因导致胰酶在胰腺内被激活后引起胰腺组织自身消化、水肿、出血甚至坏死的炎症反应。依据病理分类，急性胰腺炎分为间质水肿性急性胰腺炎和坏死性急性胰腺炎，间质水肿性胰腺炎占急性胰腺炎的绝大多数，其预后良好；坏死性急性胰腺炎病情笃重，发展急剧，并发症多，死亡率很高。

“急性坏死性胰腺炎”出现在保险条款的“重症疾病”、“中症疾病”、“轻症疾病”和“特定重大疾病”病种分类中。

从病种命名方面来看，目前“急性坏死性胰腺炎”常见的命名逻辑为“基础命名”、“程度”、“出血”、“Balthazar分级”、“开腹手术”、“腹腔镜手术”等方式的不同组合，较为复杂。若采用“Balthazar分级”进行定义，建议规范化的重症统一命名为“Ⅱ级重症急性胰腺炎”；若采用“实施手术”的定义方式，建议规范化的重症统一命名为“急性坏死性胰腺炎开腹手术”，轻症统一命名为“急性坏死性胰腺炎腹腔镜手术”。

从病种定义方面来看，多数条款采取“疾病描述+实施手术”的定义方式，理赔端操作时的条款依据非常明确；少数条款采取了在此之上增加“APACHE-Ⅱ评分与Balthazar分级”的定义方式，理赔端操作时资料索要过多，且因此疾病病死率高，不排除有患者在经过紧急抢救后短期不治身故而临床医生未有时间去对患者进行“APACHE-Ⅱ评分与Balthazar分级”，影响消费者重疾理赔。因此建议采取最明确无歧义的“疾病描述+实施手术”的定义方式描述条款责任，利于理赔端的审核操作。

综上，建议明确区分被保险人所处的疾病严重程度和病程阶段，以疾病发展过程为依据，对该病种定义进行规范。建议如下：

**重症定义：急性坏死性胰腺炎开腹手术**

指被保险人因为急性出血坏死性胰腺炎已经接受了外科开腹手术治疗，以进行坏死组织清除、坏死病灶切除或胰腺切除。

**因饮酒所致的急性出血坏死性胰腺炎或经腹腔镜手术进行治疗不在保障范围内。**

**轻症定义：急性坏死性胰腺炎腹腔镜手术**

指被保险人被确诊为急性坏死性胰腺炎，并实际接受了腹腔镜手术治疗，以进行坏死组织清除、坏死病灶切除或胰腺切除，且并未达到重度疾病“急性坏死性胰腺炎开腹手术”或“慢性复发性胰腺炎”的给付标准。

**因饮酒所致的急性出血坏死性胰腺炎不在保障范围内。**

## （八）慢性复发性胰腺炎

慢性复发性胰腺炎，医学专业名称为“慢性胰腺炎”。“慢性胰腺炎”是由于各种原因导致的胰腺局部或弥漫性的慢性进展性炎症，造成胰腺发生纤维化和导管狭窄的永久性结构破坏，从而出现胰腺内、外分泌功能障碍。饮酒和吸烟是两大主要风险因素。

“慢性复发性胰腺炎”出现在保险条款的“重症疾病”、“特定重大疾病”和“男性特定重大疾病”病种分类中。

从病种命名方面来看，“慢性复发性胰腺炎”的命名主要有“基础命名”和“程度+基础命名”两类方式，结构与其他病种相比较为简单。建议规范化的重症统一命名为“慢性复发性胰腺炎”。

从病种定义方面来看，“慢性复发性胰腺炎”的定义多以“疾病描述”为基础，辅之以“临床证据”、“临床表现”及“治疗时长”等理赔标准。该疾病影像学检查形式多样，各有利弊，且随着临床医学技术手段的提高发展，影像学检查方式会更加丰富，不建议定义中限制某种特定影像学检查结果。其次，建议在条款中明确胰腺炎反复发作的次数，避免因“反复发作”的理解歧义造成的理赔尺度不清。再次，



由于临床上对于此疾病应用的降糖药物有多种选择，建议不限定特定的降糖药，用药设定上只限定胰酶的规律治疗满180天。最后，鉴于慢性疾病手术或介入治疗并非治疗的首选方案，且手术方案禁忌症较多也并非根治方案，因此不建议将手术或介入治疗方案放入定义。

从规范化定义的难点和痛点方面来看，该疾病定义各保险公司间统一性不高，且因此疾病诊断和治疗方案较复杂，造成定义描述易存在不合理的内容。

综上，建议对该病种定义进行规范。建议如下：

#### 重症定义：慢性复发性胰腺炎

胰腺炎反复发作三次及以上，造成胰腺功能不全，诊断必须由专科医生确诊并且须提供影像学检查（例如腹部断层扫描（CT）、MRI 与磁共振胰胆管造影（MRCP）、逆行胰胆管造影（ERCP）及内镜超声等）证据证实，并须满足下列全部条件：

- （1）胰腺内分泌不足导致的糖尿病；
- （2）胰腺广泛钙化或胰痿形成（包括胰腺内痿或外痿）；
- （3）遵医嘱接受胰酶规律替代治疗 180 天及以上。

因酒精所致的慢性复发性胰腺炎不在保障范围内。

## （九）弥散性血管内凝血

弥散性血管内凝血，也称“弥漫性血管内凝血”，不是单独指某一特定疾病，而是多种疾病（例如感染、肿瘤、创伤等）在进展过程中产生凝血功能障碍的一种临床病理综合征。弥散性血管内凝血分型为急性型、慢性型和亚急性型。在弥散性血管内凝血已被启动的患者中，引起多器官功能障碍综合征将是死亡的主要原因，急性弥散性血管内凝血患者发病急、预后差，病死率高达50%-60%。

“弥散性血管内凝血”出现在保险条款的“重症疾病”、“特定重大疾病”、“女性特定重大疾病”和“少儿特定重大疾病”病种分类中。

从病种命名方面来看，“弥散性血管内凝血”的命名以“基础命名”为主，并不复杂。“急性”是该病重症的基本特征，是否体现在命名中并不重要，同时临床方面已经将该病种的名称由“弥漫性血管内凝血”更新为“弥散性血管内凝血”，因而，建议规范化的重症统一命名为“弥散性血管内凝血”。



从病种定义方面来看，“弥散性血管内凝血”的定义以“临床表现”、“临床证据”为主要的理赔判断条件，且需要被保险人“输血治疗”。从病种定义精确性来看，明确如下四个条件：突发性发病、广泛性出血、伴有休克并且实施了血浆或血小板进行治疗，可以完全满足产品设计要求，同时满足理赔端资料的要求，提高消费者满意度。

从规范化定义的难点和痛点方面来看，该病种重症定义的统一性不高，且存在不合理的内容，例如：永久不可逆器官损伤、进入ICU治疗、要求凝血功能障碍的检验指标要求等。以上问题会引起消费者的理解偏差，同时造成理赔的繁琐无序。

综上，建议对该病种定义进行规范。建议如下：

#### **重症定义：弥散性血管内凝血**

指血液凝固系统和纤溶系统的过度活动导致微血管血栓形成、血小板及凝血因子耗竭和严重出血，需要输注血浆和浓缩血小板进行治疗。由医院的专科医生明确诊断，且须满足下列全部条件：

- (1) 突发性起病，一般持续数小时或数天；
- (2) 严重广泛的出血；
- (3) 伴有休克；
- (4) 已经实施了血浆或浓缩血小板进行治疗。

## **(十) 哮喘**

哮喘，即支气管哮喘，是一种慢性气道疾病，以气道出现慢性炎症反应为主要特征。临床表现为反复发作的喘息、气急、胸闷或咳嗽等症状，多数患者可自行缓解或经治疗缓解，而未经合理治疗的哮喘患者，反复发作，病情逐渐加重，预后较差。

“哮喘”出现在保险条款的“重症疾病”、“特定重大疾病”、“少儿特定重大疾病”和“少儿重大疾病”病种分类中。

从病种命名方面来看，目前“哮喘”常用的命名逻辑为“基础命名”、“程度”、“限定年龄”等方式的不同组合。建议规范化的统一命名为“严重哮喘”。若理赔对年龄有限制，建议在命名中明确理赔年龄，

如“严重哮喘-××周岁前理赔”。

从病种定义方面来看，“哮喘”的定义多涉及到“临床表现”、“临床证据”、“持续时间”等理赔标准。部分条款仅保障某个年龄之前的被保险人，可能导致成人群体的保障缺失。部分条款以某年龄为分界，使用两套不同的理赔条件，较年长的被保险人群体理赔条件更加严苛，条款定义参考使用了重症“严重慢性呼吸衰竭”的部分检查结果，是较为保守的定义方式。建议该病种保留成人群体的责任，可以通过增加肺功能检查结果的方式，参考哮喘重度发作的分期指标，确保条款符合重症的严重程度。

从规范化定义的难点和痛点方面来看，临床中常用来评估呼吸系统的肺功能检查需要受试者的准确配合才可完成，无法适用于学龄前儿童。各公司针对低年龄段被保人的理赔条款，缺少可测定的临床指标依据，判断是否符合赔付标准的难度增加，所以需要申请人提供既往的病史记录、查体结果、医生处方等详实资料，也需要理赔人员具备较强的专业能力。

综上，建议明确区分被保险人所处的疾病严重程度和病程阶段，以疾病发展过程为依据，对该病种定义进行规范。建议如下：

#### 重症定义：严重哮喘

是一种反复发作的严重支气管阻塞性疾病，须经专科医生确诊。

被保险人申请理赔时年龄在**年满二十五岁之前者**，须满足下列全部条件：

- (1) 过去两年中曾因哮喘持续状态住院治疗，并提供完整住院记录；
- (2) 因慢性过度换气导致胸廓畸形；
- (3) 在家中需要医生处方的氧气治疗法；
- (4) 持续日常服用口服类固醇激素治疗持续至少六个月。

被保险人申请理赔时年龄在**年满二十五岁(含)之后者**，除须满足上述所有条件外，还须满足以下所有条件：

- (1) 肺功能第一秒用力呼气容积 (FEV1) 占预计值的百分比 < 60% 或最大呼气流量 (PEF) < 60% 个人最佳值；
- (2) 在静息状态、呼吸空气条件下，动脉血氧分压 (PaO<sub>2</sub>) < 60mmHg。

## (十一) 原发性骨髓纤维化

原发性骨髓纤维化 (Primary Myelofibrosis, PMF)，是一种慢性克隆性髓系疾病，为病因不明的骨髓弥漫性纤维组织增生症。发病率估计在0.3/10万人年-1.5/10万人年。多见于中老年人，中位发病年龄约在60岁。男女发病情况基本相当。

“原发性骨髓纤维化”出现在保险条款的“重症疾病”、“中症疾病”、“少儿特定重大疾病”和“少儿重大疾病”病种分类中。

从病种命名方面来看，“原发性骨髓纤维化”的命名通常以“基础命名”或“程度+基础命名”的方式呈现。建议规范化的重症统一命名为“严重原发性骨髓纤维化”。

从病种定义方面来看，“原发性骨髓纤维化”的定义多以“临床表现”为基础，辅之以“临床证据”、“持续时间”、“治疗”等理赔标准。目前该病种重症有两种代表性定义，关于理赔条件的表述都较为明确，理赔实务可操作性强。但其中一种代表性定义为单一结果导向，限制治疗方式，具有局限性。另一种代表性定义则为多指标限定的状态导向，覆盖范围更广，同时也引入了国际预后评分系统 (IPSS) 的多个危险因素，危险度分层达到高危的同等程度，确保符合重症疾病状态。所以相较而言，更推荐后一种定义方式。

综上，建议以行业现有代表性定义为基础，对该病种定义进行规范。建议如下：

### 重症定义：严重原发性骨髓纤维化

以骨髓纤维增生和髓外造血为特点，表现为进行性贫血、脾肿大等症状。被保险人须经由骨髓活组织检查和周围血象检查明确诊断为原发性骨髓纤维化，至少符合下列条件中的三项且持续 180 天及以上：

- (1) 血红蛋白  $< 100\text{g/L}$ ;
- (2) 白细胞计数  $> 25 \times 10^9/\text{L}$ ;
- (3) 外周血原始细胞  $\geq 1\%$ ;
- (4) 血小板计数  $< 100 \times 10^9/\text{L}$ 。

继发性骨髓纤维化不在保障范围内。

## (十二) 成骨不全症

成骨不全症，又称为骨生长不全症、脆骨症、原发性骨质疏松及骨膜发育不良等，是一种遗传性胶原代谢紊乱引起的弥散性骨异常脆性变，15%以上的患者有家族史，但也可以是新突变（散发性）。患者在轻微外伤或没有明显原因的情况下容易出现多发性骨折，发病率约为3/10万人年，男女的发病比例大致相同。

“成骨不全症”出现在保险条款的“重大疾病”、“特定重大疾病”、“少儿特定重大疾病”、“少儿重大疾病”和“罕见特定重大疾病”病种分类中。

从病种命名方面来看，目前“成骨不全症”常用的命名逻辑为“基础命名”、“分型”、“程度”、“限定年龄”等方式的不同组合，目前命名较为统一。建议规范化的重症统一命名为“成骨不全症Ⅲ型”。

从病种定义方面来看，“成骨不全症”的定义多涉及到“分型”、“临床表现”、“临床证据”等理赔标准。从“分型”方面分析，各家保险公司均采用成骨不全症Ⅲ型作为重症责任标准，设置合理；从“临床表现”方面分析，个别定义要求被保险人存在发育迟缓、听力损伤和家族史等情况，如上要求从理赔端考虑属于条款责任描述不清，易造成理解歧义和纠纷，且要求家族史则易造成消费者的不满。此外，患者可能无法同时满足上述临床表现，而无法得到重疾赔付，不符合保险公司的服务理念；从“临床证据”方面分析，大多数保险均要求提供X线影像学证据和皮肤活检报告证实成骨不全症Ⅲ型，设置清晰合理。

综上，建议对该病种定义进行规范。建议如下：

### 重症定义：成骨不全症Ⅲ型

成骨不全是一种胶原病，特征是弥散性骨异常脆性变和易骨折。该病常用分型有4种：Ⅰ型、Ⅱ型、Ⅲ型、Ⅳ型。**本条款责任仅保障Ⅲ型成骨不全症**，成骨不全症Ⅲ型须由专科医生明确诊断，同时须提供如下所有证据资料：

- (1) X光片结果提示多发性骨折史及进行性脊柱后侧凸畸形；
- (2) 皮肤活检报告资料确诊为成骨不全Ⅲ型。

我们承担本项疾病责任不受本合同“责任免除”中“遗传性疾病，先天性畸形、变形或染色体异常”的限制。



## (十三) 主动脉夹层

主动脉夹层是血液通过撕裂的主动脉内膜涌入分离的内膜和中膜，形成一假腔（通道），夹层分离可能发生在沿主动脉的任何地方，可向近处或远处延伸到其他动脉，患者突发胸背或腹部撕裂样疼痛，常伴有昏迷，是临床最为凶险的急症之一。本疾病发病率约为2/10万人年-6/10万人年，急性期死亡率高达60%。主动脉夹层主要病因是高血压（占比75%），高血压可使动脉壁长期处于应急状态，弹力纤维常发生囊性变性或坏死，导致夹层形成。其他病因包括结缔组织病、先天性心血管病、医源性损伤及妊娠期后3个月等。CTA（CT血管造影）和MRI（核磁共振检查）均可确诊主动脉夹层，本疾病的主要治疗方案为血压控制和手术治疗。

“主动脉夹层”出现在保险条款的“重症疾病”、“特定重大疾病”、“少儿特定重大疾病”和“少儿重大疾病”病种分类中。

从病种命名方面来看，目前“主动脉夹层”常见的命名逻辑为“基础命名”、“程度”、“瘤”、“血肿/充血”、“手术”等方式的不同组合。建议规范化的重症统一命名为“主动脉夹层”。

从病种定义方面来看，“主动脉夹层”的定义逻辑多涉及“疾病描述”、“临床证据”、“手术”、“临床表现”等理赔标准。“临床证据”方面各家定义无明显差异，均要求提供影像学的明确证据资料证实主动脉夹层的疾病诊断；“手术”方面各家定义描述标准差异较大，若对手术方式和手术时机作出特别限制，会脱离主动脉夹层实际临床治疗情况，造成限制过多、言语晦涩，不利于消费者；“临床表现”方面，鉴于定义已要求明确确诊的资料，临床表现再作限制无特殊意义，且容易引起理赔端资料索要纠纷。

从规范化定义的难点和痛点方面来看，市场上主动脉夹层的责任名称存在拆分情况，将主动脉夹层拆分为主动脉夹层血肿和主动脉夹层瘤，不利于理赔端的审核和消费者的理解。建议明确疾病定义，对于同一种疾病不要做拆分。此外，不建议在条款责任中对主动脉夹层的手术方式和手术时机做特别限制，但是为了产品风险控制，避免消费者和理赔端理解歧义，建议条款责任中对于主动脉的范围做限制，明确定义主动脉范围。

综上，建议对该病种定义进行规范。建议如下：

### 重症定义：主动脉夹层

指主动脉壁在受到某些病理因素破坏后，高速、高压的主动脉血流将其内膜撕裂，导致主动脉腔内的血流通过主动脉内膜的破裂口进入主动脉内壁，患者病情急且凶险。主动脉指升主动脉、主动脉弓和降主动脉（含胸主动脉和腹主动脉），不包括升主动脉、主动脉弓和降主动脉的分支血管。主动脉夹层须经专科医生明确诊断，并须满足下列全部条件：

- (1) 提供电子计算机断层扫描（CT）、核磁共振（MRI）或磁共振血管造影（MRA）等影像学检查诊断资料；
- (2) 实施了主动脉手术。

## (十四) 人工耳蜗植入

人工耳蜗是一种电子装置，由体外言语处理器将声音转换为一定编码形式的电信号，通过植入体内的电极系统直接兴奋听神经来恢复或重建听力受损患者的听觉功能。目前临床上已把植入人工耳蜗作为治疗听力重度损失的常规方法。

“人工耳蜗植入”出现在保险条款的“中症疾病”和“轻症疾病”病种分类中。

从病种命名方面来看，“人工耳蜗植入”的命名较为简单，建议规范化的轻症统一命名为“人工耳蜗植入（轻症）”。

从病种定义方面来看，“人工耳蜗植入”的定义以“耳蜗永久损害”和“实际实施了人工耳蜗植入手术”为核心，部分定义还包含了“双耳12个月以上重度感音神经性耳聋”与“听力辅助设备效果不佳”的规定。增加的限制使得术前重度耳聋状态未满12个月，但实际已植入人工耳蜗的人群无法获赔。定义如此设置实际是为手术必要性做了限制，防止消费者因有重疾险责任而倾向于选择性要求实施手术，相当于给这项手术责任单独设置了一年的等待期，但其合理性有待商榷。建议规范化定义中，如已接受手术，则不再对耳聋持续时间增加要求。

从规范化定义的难点和痛点方面来看，人工耳蜗植入术的病种代表性定义中对耳蜗永久损害的原因未做限制，可能会造成一定程度的解读分歧，因遗传原因或是其他免责范围内原因所致的听力损伤可否获赔，存在较大争议。即便部分免责条款中对“遗传性疾病”、“先天性畸形”等有除外规定，但保险公司理赔时需要获取到消费者属于先天性耳聋的证据才可以拒赔，存在举证困难。因而针对此类先天性

原因居多的疾病，如无法赔偿，建议条款定义内再次明确指出，以使消费者在投保时就了解保司态度，最大程度理解条款的设定并知情后选择，从而减少理赔纠纷。

综上，建议对该病种定义进行规范。建议如下：

#### **轻症定义：人工耳蜗植入（轻症）**

指因疾病或者意外伤害事故导致耳蜗的永久损害，被保险人实际已经实施了人工耳蜗植入手术。

遗传性疾病，先天性畸形、变形或染色体异常所致的耳蜗损害和听力异常不在保障范围内。

如条款中存在其它与听力相关的轻症，为避免重复赔付，还应做以下约定：本公司对“人工耳蜗植入（轻症）”、“听力严重受损”、“单耳失聪”三项中的一项承担保险责任，给付其中一项保险金后，对其他两项轻症疾病保险责任同时终止。

## **(十五) 原位癌**

原位癌，又称为上皮内癌或浸润前癌，是指细胞学上具有所有恶性特点，但尚未突破上皮基底膜的肿瘤。通俗来讲是上皮的恶性肿瘤局限在了皮肤或粘膜内，还没有通过皮肤或粘膜下面的基底膜侵犯到真皮组织，更没有发生浸润和远处转移的状态。所以原位癌是较轻微的病症，治疗方案也比较简单，通常是直接切除，不需要做化疗，便可完全治愈。

“原位癌”出现在保险条款的“轻症疾病”病种分类中。

从病种定义方面来看，“原位癌”的定义逻辑多以“检查确诊”、“ICD-10/ICD-O-3范畴”及“手术治疗”作为理赔标准。有国际标准作为参考，使得病种定义有明确的参考和依据，较其它病种明显更为规范。而原位癌的诊断，本身就需要切除病灶获取组织进行病理检查，所以“手术治疗”的要求也符合常理。

从理赔实务方面来看，较多的困惑出现在女性宫颈上皮内瘤样病变（Cervical Intraepithelial Neoplasia, CIN）疾病中。宫颈原位癌的诊断难度较大，且很多病理报告中并不明确记载是否符合原位癌诊断，需理赔人员多方查实，通过查阅资料和走访主治医生等手段，来明确是否确属原位癌。因此，该病种本身的定义难度不大，难点在于到案件实际理赔操作中，是否能够公正客观又尽职尽责地提供令消费者满意的服务。

综上，以疾病发展过程为依据，对该病种定义进行规范。建议如下：

#### 轻症定义：原位癌

指恶性细胞局限于上皮内尚未穿破基底膜浸润周围正常组织的癌细胞新生物。必须经对固定活组织的组织病理学检查明确诊断为原位癌，临床诊断属于世界卫生组织（WHO）《疾病和有关健康问题的国际统计分类》第十次修订版（ICD-10）的原位癌类别及《国际疾病分类肿瘤学专辑》第三版（ICD-O-3）的肿瘤形态学编码属于2的原位癌范畴，并且已经接受了针对原位癌病灶的手术切除治疗。

任何组织涂片或穿刺活检等细胞病理学检查结果均不能作为诊断依据。

## » 其他问题

### （一）自主生活能力丧失的设置问题

“自主生活能力丧失”是本系列研究持续关注的一个问题。“自主生活能力丧失”在保险中一般通过“六项基本日常生活活动”（6 Basic Activities of Daily Living, 以下简称“6BADL”）进行判断，具体见表4：

**表 4：六项基本日常生活活动**

6BADL	具体要求
穿衣	自己能够穿衣及脱衣
移动	自己从一个房间到另一个房间
行动	自己上下床或上下轮椅
如厕	自己控制进行大小便
进食	自己从已准备好的碗或碟中取食物放入口中
洗澡	自己进行淋浴或盆浴



在重疾险中，“自主生活能力丧失”一是作为对各保障疾病的评判标准和理赔条件，例如“严重阿尔茨海默病”、“严重运动神经元病”等神经系统相关疾病，重症一般要求“完全丧失”，即无法独立完成6BADL中的“三项或三项以上”；中症或轻症一般要求“部分丧失”，即无法独立完成6BADL中的“二项或二项以上”；二是作为一种单独的保障疾病——“独立能力丧失”，与其他保障疾病相并列。

2019年的报告中曾简述了“独立能力丧失的设置问题”，指出其作为一个独立病种予以承保可能会造成的保障范围高度重叠的问题，两年过去，该问题仍然普遍存在。

近年来，不少重疾险产品将“独立能力丧失”作为一个独立病种纳入保障范围。然而，对于“独立能力丧失”这一承保疾病来说，常用定义为“指疾病或外伤造成被保险人至少持续6个月以上完全无法独立完成六项基本日常生活活动中的三项或三项以上。被保险人的日常生活活动能力丧失必须是永久性的”，小部分公司将6BADL的标准提高到“四项或四项以上”或“五项或五项以上”。因此，若“独立生活能力丧失”要求三项或三项以上，则与其他以6BADL为理赔标准的病种形成保障范围高度重叠的问题。若“独立生活能力丧失”要求“四（五）项或四（五）项以上”，则未免过于严苛，形成设置不合理的问题。建议在重疾险承保疾病中不单独设立病种“独立能力丧失”，而是将其以“自主生活能力丧失”的方式作为其他各疾病的理赔条件。

再者，由前文述，大部分重疾险产品在对“自主生活能力丧失”进行设置时，均是重症满足6BADL的三项或三项以上，轻症满足6BADL的二项或二项以上。尽管6BADL对于中枢神经系统疾病来说是个“万能”的标准，但面对部分运动、活动功能损伤为主的疾病，其应当进一步明确。如部分公司在“多发性硬化”、“神经白塞氏病”、“横贯性脊髓炎后遗症”、“脊髓血管病后遗症”等承保疾病中选定了6BADL中与此类疾病相关性更强的、被认为对生活质量影响更大的“移动”与“进食”，任意一项无法独立完成，即可申请理赔，使得理赔操作更加清晰明确。

此外，6BADL的评判标准在面对一些认知功能障碍相关疾病时也存在一定局限性，如“严重阿尔茨海默病”、“严重脑炎后遗症或严重脑膜炎后遗症”等，其仅依靠6BADL作为理赔条件无法很好衡量认知功能障碍，因而2020年《规范》将“临床痴呆评定量表”（Clinical Dementia Rating，以下简称“CDR”）引入上述两疾病的判定中，更为人性化。然而，还有一些疾病，其躯体残疾状况和认知功能障碍的发生及严重程度无明显相关性，亦当引入CDR，和6BADL同时作为评判标准，如“多发性硬化”等，具体见后文相应部分。

## (二) 非阿尔茨海默病所致严重痴呆的设置问题

重疾险病种设置中,根据致病原因,痴呆相关疾病可划分为两类:“严重阿尔茨海默病所致严重痴呆”和“非阿尔茨海默病所致严重痴呆”。对于前一类,无论是“2007年《规范》”,还是“2020年《规范》”,均给出了标准定义“严重阿尔茨海默病”,因此不是我们关注的重点。然而,对于后一类,目前重疾险里包含的具体病种有“非阿尔茨海默病所致严重痴呆”、“血管性痴呆”、“额颞叶痴呆”和“路易体痴呆”,其中后三个病种与第一个存在包含关系,因此我们认为痴呆相关病种的设置存在保障范围重叠的问题。该问题在2019年的病种报告中曾提及<sup>⑥</sup>。两年过去,上述4种疾病在重疾险中的出现比例依旧维持在较高水平。

目前,已经有超过90%的重疾险产品将“非阿尔茨海默病所致严重痴呆”列入保障疾病,在此基础上又包含“血管性痴呆”、“额颞叶痴呆”、“路易体痴呆”的比例也逐年攀升,介于25%-35%间。

此外,4个病种的理赔标准均是“自主生活能力完全丧失”,即无法独立完成六项基本日常生活活动中的三项或以上,且需临床的“明确诊断”以及检查结果证实。并将“神经官能症”、“精神疾病”、“酒精中毒”所致脑损害进行了除外。可以看出,“自主生活能力完全丧失”是核心条件,临床诊断与检查结果是必备证据。因此,若重疾条款中在包含“非阿尔茨海默病所致严重痴呆”的前提下,又包含其他3个病种,则保障重复。此外,在临床方面,医生很难明确诊断患者属于何种“痴呆”,“血管性痴呆”、“额颞叶痴呆”、“路易体痴呆”仅是医学教科书上的分类,在临床实践方面有着较大困难。

综上,建议将“血管性痴呆”、“额颞叶痴呆”、“路易体痴呆”统一归入“非阿尔茨海默病所致严重痴呆”予以保障。由此,在避免保障疾病高度重叠的同时,增加了理赔端的可操作性,也有利于减少理赔纠纷。

⑥注:具体见《中国保险行业重大疾病保险产品病种研究报告——2019》P30。

### (三) 前症疾病责任的设置问题

所谓“前症疾病”，又称“前高风险病症”，即比轻症还要“轻”的疾病，具有病情轻、治疗后可逆、病情一旦发展则后果比较严重的特点。

近年来，“前症疾病责任”得到了部分公司的关注，不断有保险公司在尝试开发前症责任。部分“前症疾病责任”，如“肺结节病”，与其相应的轻症、中症、重症责任相对应，且前症定义清晰，一定程度上体现了从“轻”到“重”的发展过程，设置较为合理。

然而，作为一个创新产物，前症责任的设置依旧存在诸多问题。一是部分病种并不适合存在“前症”责任。例如“克罗恩病”，其是2020年《规范》所给出的28种标准重疾定义的疾病<sup>⑦</sup>，部分公司在前症责任中同样设置了该病种<sup>⑧</sup>，但从医学角度来看，一旦满足其定义所列明的全部条件，基本上就已可以达到“克罗恩病”重症状态，该前症责任的设置会给理赔端带来较大的操作难度，且对于同一疾病而言，很难将其细化为“重症”、“中症”、“轻症”、“前症”等多种状态且使不同分类间的定义界限清晰合理，因而对于此类疾病的前症设置应极为谨慎。二是部分癌前病变类“前症”会与“原位癌”轻症存在冲突，例如部分产品会设置“宫颈上皮内瘤变（CIN III）”前症疾病，然而根据世卫组织ICD-10标准，“CIN III”包括“重度非典型增生”和“原位癌”，尽管2020年《规范》给出了“恶性肿瘤——轻度”的标准定义并将“原位癌”排除在外，但部分公司则将“原位癌”作为一个新的轻症病种予以承保，而此时“CIN III”的前症设置便会与“原位癌”产生冲突，因而在对“癌前病变”类前症进行设置时应有所注意。

此外，还有部分产品设置了对“特定良性肿瘤切除术”的保障，对合同约定的特定恶性肿瘤予以10%基本保额的保障，一定程度上可以视为某种前症责任。

⑦注：2020年《规范》关于“克罗恩病”给出的标准命名与定义为“严重克罗恩病：指一种慢性肉芽肿性肠炎，具有特征性的克罗恩病（Crohn病）病理组织学变化，须根据组织病理学特点诊断，且已经造成瘘管形成并伴有肠梗阻或肠穿孔。”

⑧注：某公司对于“克罗恩病”给出的前症疾病命名与定义为“指发生在小肠和结肠等消化道的慢性炎性肉芽肿性疾病，并因此病变而进行切除手术，须满足如下全部条件：

- (1) 粪便检查见红、白细胞，隐血试验呈阳性；
- (2) 结肠镜检查，见Crohn病特征表现；
- (3) 因Crohn病进行的肠断切除手术。”



## » 总结

从产品发展来看,中国的重疾险极具特色,是目前人身险保险市场中的一个重要分类,且短期内不可被替代。基于这样一个背景,保障病种的选择以及定义的规范化便显得尤为重要。从产品设计角度来看,理论上病种定义的设置应与定价挂钩,不同的定义标准对应不同的风险与保障范围,从而影响费率的厘定。实际上,几乎没有公司真正在产品定价中精细到考虑病种定义的异同,但它其实是产品精细化设计的基础与核心。包括市场上陆续出现的轻症、中症与前症疾病,核心都是合理地设置病种定义,平衡风险与费用,使得产品在风险可控的前提下更好地服务消费者。从理赔操作角度来看,合理的定义设置会明晰理赔尺度,减少理赔纠纷,树立保险信任。从消费者认知角度来看,规范化的定义能减少其学习成本并帮助其“避坑”,使得消费者能够更加容易地选择重疾产品。

在今年的病种研究过程中,仍然观察到一些病种设置存在的问题。首先,保障疾病数量居高不下,这也是行业的常态。“病种多即保障全”的错误信息仍然在市场上盛行。仅从产品设计角度来看,病种数量并不能代表产品的优劣,却可能一定程度上增加产品的复杂性与理解难度。其次,在深入研究并给出规范化建议的15个病种中,发现不少病种的定义逻辑存在问题,如定义尺度不统一、标准不够精准和客观、忽视了疾病部分方面的保障、未充分考处理赔可操作性与临床实际、侵害消费者利益等。再次,目前虽然保障的病种数量高达百种,但是真正有“定价依据”的病种并不多,个别产品责任开发的定价基础合理性有待商榷。此外,研究过程中深刻体会到保险与医学两个学科深度融合的重要性,这一点在健康保险领域尤为明显,重疾险的创新和发展历程正是保险与医学两个学科齐头并进、互相融合的一大见证。最后,重疾险的产品创新大多仍为责任的叠加或病种数量的增加,整体产品效率上和逻辑上的创新相对缺乏。

### 整体来说,本报告有如下建议:

1. 精简疾病保障数量,从根本上解决病种设置问题
2. 建立行业标准病种库,为产品开发提供支持
3. 加强疾病发生率研究,使重疾险开发有据可循
4. 加强保险与医学的合作,相辅相成
5. 产品创新“由内向外”,不浮于表面

最后,我们希望本报告提出的问题及建议能够引发行业对病种设置以及产品设计问题的思考<sup>⑨</sup>,为行业相关问题的后续研究与工作提供坚实的支持。

<sup>⑨</sup>报告相关思考与问题可关注“爱选科技”公众号,后台留言,与作者探讨交流。



## 附录 1: 爱选病种库<sup>①</sup>

编号	25 种标准重疾 (07 版重疾)	出现比例
1	恶性肿瘤	100.00%
2	急性心肌梗塞	100.00%
3	脑中风后遗症	100.00%
4	重大器官移植术或造血干细胞移植术	100.00%
5	冠状动脉搭桥术 (或称冠状动脉旁路移植术)	100.00%
6	终末期肾病 (或称慢性肾功能衰竭尿毒症期)	100.00%
7	多个肢体缺失	100.00%
8	急性或亚急性重症肝炎	100.00%
9	良性脑肿瘤	100.00%
10	慢性肝功能衰竭失代偿期	100.00%
11	脑炎后遗症或脑膜炎后遗症	100.00%
12	深度昏迷	100.00%
13	双耳失聪	100.00%
14	双目失明	100.00%
15	瘫痪	100.00%
16	心脏瓣膜手术	100.00%
17	严重阿尔茨海默病	100.00%

①注: 仅展示了爱选病种库中的重症病种和轻症病种, 且本报告调研的是2020年重疾险产品, 其多采用07版重疾, 因而本处也以07版重疾为展示基础。再有, 今年, 本报告对展示病种的出现比例做了优化。往年的出现比例以出现该责任的产品为计算基础, 如轻症“极早期恶性肿瘤或恶性病变”的出现比例=包含轻症“极早期恶性肿瘤或恶性病变”的产品数/包含轻症责任的产品数; 今年的出现比例则以全部产品为计算基础, 即上例中的分母变为调研的全部重疾险产品数。

编号	25 种标准重疾 (07 版重疾)	出现比例
18	严重脑损伤	100.00%
19	严重帕金森病	100.00%
20	严重 III 度烧伤	100.00%
21	严重原发性肺动脉高压	100.00%
22	严重运动神经元病	100.00%
23	语言能力丧失	100.00%
24	重型再生障碍性贫血	100.00%
25	主动脉手术	100.00%

编号	25 种标准重疾以外的重大疾病 (07 版重疾)	出现比例
1	多发性硬化	99.01%
2	终末期肺病	98.51%
3	系统性红斑狼疮	98.51%
4	溃疡性结肠炎	98.02%
5	因输血导致的 HIV 感染	98.02%
6	系统性硬皮病	98.02%
7	植物人	98.02%
8	胰腺移植	98.02%
9	慢性肾上腺皮质功能减退	98.02%
10	原发性硬化性胆管炎	98.02%
11	自身免疫性肝炎	98.02%
12	急性坏死性胰腺炎	98.02%
13	类风湿性关节炎	97.52%
14	克罗恩病 (Crohn)	97.52%
15	象皮病	97.52%
16	肺源性心脏病	97.52%
17	非阿尔茨海默病所致严重痴呆	97.52%
18	进行性核上性麻痹	97.52%
19	原发性心肌病	97.03%
20	骨髓增生异常综合征	97.03%
21	肺淋巴管肌瘤病	97.03%
22	疯牛病	97.03%
23	肾髓质囊性病	97.03%

编号	25 种标准重疾以外的重大疾病 (07 版重疾)	出现比例
24	感染性心内膜炎	96.53%
25	肝豆状核变性 (Wilson 病)	96.53%
26	重症肌无力	96.04%
27	埃博拉病毒感染	96.04%
28	因职业关系导致的 HIV 感染	95.54%
29	肌营养不良症	95.54%
30	冠心病	95.54%
31	原发性骨髓纤维化	95.54%
32	肠道疾病并发症	95.54%
33	嗜铬细胞瘤	95.05%
34	自体造血干细胞移植	95.05%
35	坏死性筋膜炎	94.55%
36	进行性多灶性白质脑病	94.55%
37	破裂脑动脉瘤夹闭手术	94.06%
38	心肌炎	94.06%
39	主动脉夹层	94.06%
40	糖尿病及其并发症	94.06%
41	脊髓小脑变性症	93.56%
42	瑞氏综合征	93.56%
43	慢性缩窄型心包炎	93.07%
44	失去一肢及一眼	93.07%
45	因器官移植导致的 HIV 感染	93.07%
46	慢性复发性胰腺炎	91.58%
47	肺泡蛋白质沉积症	91.58%



编号	25 种标准重疾以外的重大疾病 (07 版重疾)	出现比例
48	多处臂丛神经根性撕脱	91.09%
49	颅脑手术	90.59%
50	川崎病	90.59%
51	溶血性链球菌引起的坏疽	90.10%
52	成骨不全症Ⅲ型	89.60%
53	弥散性血管内凝血	89.60%
54	Ⅲ度房室传导阻滞	89.11%
55	小肠移植	89.11%
56	幼年特发性关节炎	87.62%
57	哮喘	87.62%
58	艾森门格综合征	86.63%
59	面部烧伤	86.14%
60	脊髓灰质炎	85.15%
61	手足口症	85.15%
62	侵蚀性葡萄胎	84.16%
63	癫痫	83.66%
64	大动脉炎 (多发性大动脉炎旁路移植手术治疗)	76.24%
65	继发性肺动脉高压	74.26%
66	疾病或意外所导致的智力障碍	72.77%
67	神经白塞氏病	71.29%
68	范可尼综合征	64.36%
69	强直性脊柱炎	59.90%
70	原发性脊柱侧弯的矫正手术	57.92%
71	Brugada 综合症	54.46%

编号	25 种标准重疾以外的重大疾病 (07 版重疾)	出现比例
72	脑白质营养不良	52.48%
73	独立能力丧失	51.98%
74	左室室壁瘤切除手术	51.49%
75	甲型乙型肝炎	48.51%
76	脊柱裂	46.04%
77	脑型疟疾	44.06%
78	出血性登革热	41.58%
79	心脏粘液瘤	39.11%
80	败血症导致的多器官功能障碍综合症	37.62%
81	胆道重建手术	37.13%
82	血管性痴呆	35.64%
83	额颞叶痴呆	35.64%
84	溶血性尿毒综合征	35.15%
85	脊髓血管病后遗症	33.66%
86	脊髓空洞症	33.17%
87	肺结节病	32.18%
88	路易体痴呆	31.68%
89	巨细胞动脉炎	30.20%
90	湿性年龄相关性黄斑变性	29.70%
91	心脏衰竭 CRT 心脏再同步治疗	29.21%
92	垂体卒中	29.21%
93	急性肺损伤 (ALI) 或急性呼吸窘迫综合征 (ARDS)	29.21%
94	风湿热导致的心脏瓣膜病	24.75%
95	严重冻伤导致截肢	24.26%

编号	25 种标准重疾以外的重大疾病 (07 版重疾)	出现比例
96	脊髓内良性肿瘤	23.76%
97	气性坏疽	20.79%
98	结核性脊髓炎	20.30%
99	横贯性脊髓炎后遗症	19.80%
100	肺孢子菌肺炎	14.85%
101	皮质基底节变性	14.36%
102	狂犬病	12.38%
103	多发性骨髓瘤	10.89%
104	大面积植皮手术	6.93%
105	闭锁综合征	6.93%
106	破伤风	5.94%
107	组织细胞增生症	4.95%
108	胃肠炎	2.97%
109	戈谢病	2.97%
110	自身免疫性脑炎	2.48%
111	永久性脑脊液分流术	2.48%
112	原发性系统性淀粉样变性	1.98%
113	终末期疾病	1.98%
114	骨质疏松伴发骨折	1.49%
115	双侧肾切除或孤肾切除	1.49%
116	激光心肌血运重建术	1.49%
117	角膜移植	0.99%
118	多系统萎缩	0.99%
119	获得性血栓性血小板减少性紫癜 (TTP)	0.50%

编号	25 种标准重疾以外的重大疾病 (07 版重疾)	出现比例
120	线粒体脑肌病	0.50%
121	庞贝氏病	0.50%
122	黏多糖贮积症	0.50%
123	法布雷病	0.50%
124	进行性球麻痹	0.50%
125	Castleman 病	0.50%
126	精氨酸酶缺乏症	0.50%
127	原发性肉碱缺乏症	0.50%
128	22- 羟化酶缺乏症	0.50%
129	黑斑息肉综合征	0.50%



编号	轻症疾病 (07 版重疾)	出现比例
1	极早期恶性肿瘤或恶性病变	92.08%
2	心脏瓣膜介入手术 (非开胸手术)	92.08%
3	主动脉内手术 (非开胸手术)	91.58%
4	冠状动脉介入手术 (非开胸手术)	90.59%
5	脑垂体瘤、脑囊肿、脑动脉瘤及脑血管瘤	90.59%
6	不典型的急性心肌梗塞	90.10%
7	双侧卵巢或睾丸切除术	89.60%
8	颈动脉狭窄	89.11%
9	肝脏切除	88.12%
10	III度烧伤	87.62%
11	单侧肾脏切除	86.63%
12	单眼失明	86.14%
13	视力严重受损	85.64%
14	心包膜切除术	85.64%
15	角膜移植	83.17%
16	特定周围动脉狭窄的血管介入治疗	83.17%
17	单耳失聪	82.67%
18	人工耳蜗植入	81.68%
19	微创颅脑手术	81.19%
20	腔静脉过滤器植入术	80.20%
21	起搏器或除颤器植入	79.21%
22	微创冠状动脉搭桥术	78.71%
23	原发性肺动脉高压	76.73%
24	脑室腹腔分流术	76.73%

编号	轻症疾病 (07 版重疾)	出现比例
25	面部烧伤	76.73%
26	象皮病	75.25%
27	慢性肾功能损害 (肾脏疾病)	72.77%
28	原发性心肌病	72.77%
29	骨质疏松	68.32%
30	因肾上腺皮脂腺瘤切除肾上腺	67.33%
31	听力严重受损	64.36%
32	阻塞性睡眠呼吸暂停综合征	62.87%
33	硬脑膜下血肿手术	61.88%
34	急性坏死性胰腺炎开腹手术	60.40%
35	慢性肝功能衰竭	54.95%
36	深度昏迷	53.96%
37	激光心肌血运重建术	53.47%
38	系统性红斑狼疮	53.47%
39	胆道重建手术	50.00%
40	系统性硬皮病	47.52%
41	糖尿病及其并发症	47.52%
42	可逆性再生障碍性贫血	47.03%
43	肝硬化	43.56%
44	无颅内压增高的微小良性脑肿瘤	40.10%
45	脑中风后遗症	37.62%
46	一肢缺失	37.62%
47	风湿热导致的心脏瓣膜病	36.14%
48	多发肋骨骨折	33.66%

编号	轻症疾病 (07 版重疾)	出现比例
49	继发性肺动脉高压	30.69%
50	单侧肺脏切除	30.69%
51	脑炎后遗症或脑膜炎后遗症	24.75%
52	慢性阻塞性肺病	24.75%
53	脑损伤 (头部外伤)	23.76%
54	运动神经元病	23.76%
55	瘫痪	23.76%
56	溃疡性结肠炎	20.30%
57	肌营养不良症	19.31%
58	病毒性肝炎导致的肝硬化 (肝炎所致慢性肝脏功能衰竭失代偿期早期)	19.31%
59	肺功能衰竭	17.82%
60	帕金森病	17.82%
61	阿尔茨海默病	16.83%
62	重症肌无力	15.84%
63	类风湿性关节炎	15.84%
64	强直性脊柱炎手术治疗	15.84%
65	急性肾衰竭肾脏透析治疗	15.84%
66	Ⅲ度房室传导阻滞	13.86%
67	结核性脊髓炎	12.38%
68	出血性登革热	11.88%
69	克罗恩病 (Crohn)	11.39%
70	急性重型肝炎人工肝治疗	11.39%
71	甲型乙型肝炎	8.91%
72	大动脉炎 (多发性大动脉炎旁路移植手术治疗)	7.43%

编号	轻症疾病 (07 版重疾)	出现比例
73	颅内血肿清除术	6.93%
74	脊髓灰质炎	6.44%
75	肺泡蛋白质沉积症	5.94%
76	垂体卒中	3.47%
77	坏死性筋膜炎组织肌肉切除术	2.97%
78	多发性硬化	2.97%
79	川崎病	2.48%
80	脑动脉瘤夹闭手术或栓塞手术	1.49%
81	疯牛病	0.99%
82	感染性心内膜炎	0.99%
83	侵蚀性葡萄胎	0.99%
84	进行性核上性麻痹	0.99%
85	严重冻伤导致截肢	0.99%
86	乙状结肠造瘘术	0.99%
87	血管性痴呆	0.50%
88	成骨不全症Ⅲ型	0.50%
89	自体造血干细胞移植	0.50%
90	交界性胃肠间质瘤	0.50%



## 》附录 2：“28+3”外的疾病定义标准化探索（详版）

### 》附录 2-1：系统性红斑狼疮

#### 一、“系统性红斑狼疮”的医学概述

系统性红斑狼疮，是一种病因尚不明确，可以侵犯全身多系统的慢性弥漫性结缔组织病，患者体内会产生大量自身抗体，使免疫系统攻击自身的组织，引起全身多脏器和组织受损。该疾病男女患病比例约为1:9，尤以20-40岁的育龄女性高发。

#### 二、“系统性红斑狼疮”在保险中的概况

##### ① “系统性红斑狼疮”在保险条款中的病种分类

“系统性红斑狼疮”出现在保险条款的“重症疾病”、“中症疾病”、“轻症疾病”、“特定重大疾病”和“女性特定重大疾病”病种分类中。

##### ② “系统性红斑狼疮”在保险条款中的代表性定义

定义一：

**严重系统性红斑狼疮性肾炎（重症）：**

系统性红斑狼疮是由多种因素引起，累及多系统的自身免疫性疾病。其特点是生成自身抗体对抗多种自身抗原。多见于育龄妇女。

本合同所指的系统性红斑狼疮性肾炎须满足下列条件之一：

- （1）经肾脏活检确认符合 WHO 诊断标准定义Ⅲ型或Ⅲ型以上狼疮性肾炎；
- （2）临床出现肾功能衰竭且达到尿毒症期。

其他类型的红斑性狼疮，如盘状狼疮、仅累及血液及关节的狼疮不在本保障范围内。

## 定义二:

### 系统性红斑狼疮性肾炎(重症):

指系统性红斑狼疮患者并发狼疮性肾炎而影响和损害肾脏功能,且肌酐清除率持续低于30ml/分。系统性红斑狼疮性肾炎的诊断必须经专科医生确诊,并满足下列条件:

(1) 临床表现至少具备下列条件的四个:

- ① 蝶形红斑或盘形红斑;
- ② 光敏感;
- ③ 口鼻腔黏膜溃疡;
- ④ 非畸形性关节炎或多关节痛;
- ⑤ 胸膜炎或心包炎;
- ⑥ 癫痫或精神症状;
- ⑦ 血象异常 ( $WBC < 4 \times 10^9/L$  或血小板  $< 100 \times 10^9/L$  或溶血性贫血)。

(2) 检测结果至少具备下列条件的两个:

- ① 抗 dsDNA 抗体阳性;
- ② 抗 Sm 抗体阳性;
- ③ 抗核抗体阳性;
- ④ 皮肤狼疮带试验(非病损部位)或肾活检阳性;
- ⑤ C3 降低。

图 1: 保险条款中“系统性红斑狼疮”的代表性定义

图1展示的是不同条款中关于“系统性红斑狼疮”的代表性定义,后文将具体展开其定义逻辑分析。

由前文可见,该疾病的医学定义,强调为累及多系统的慢性结缔组织病,因结缔组织遍布全身,表现出的临床症状多种多样,有仅发生于皮肤的盘状红斑狼疮,也有攻击关节和累及血液系统的狼疮,部分病例间歇恶化和减轻,病情可能逐步缓解,也可能发展成致命的后果,预后差别很大,取决于病变累及哪些器官以及炎症反应的程度。而在保险重疾条款中,多限定疾病严重程度需累及至肾脏,或肾功能不可逆衰退,并达到相应的临床表现和检测结果,是疾病演变的较严重阶段。

### 三、“系统性红斑狼疮”在保险条款中的具体分析

#### ① 保险条款中的命名方式及特征分析

根据爱选病种字典统计，目前市面上重疾险条款中对于“系统性红斑狼疮”的命名方式，重症共有46种，中症共有6种，轻症共有12种。本报告整理归纳了该病种的病名逻辑，如表1所示。

表 1：“系统性红斑狼疮”条款名称特征分析表<sup>①②</sup>

类型	分组	条款名称	基础命名	肾炎/肾病	明确分型 <sup>③</sup>	肾功能损害	尿毒症
重症	N_A1	系统性红斑狼疮	✓				
	N_A2	严重狼疮性肾炎	✓	✓			
		系统性红斑狼疮性肾炎					
		系统性红斑狼疮性肾病					
		严重系统性红斑狼疮性肾病					
		严重系统性红斑狼疮性肾炎					
		有狼疮性肾炎的系统性红斑狼疮					
		有狼疮性肾病的系统性红斑狼疮					
		系统性红斑狼疮合并狼疮性肾炎					
	N_A3	系统性红斑狼疮 - III型或以上狼疮性肾炎	✓	✓	✓		
		系统性红斑狼疮 - III型或III型以上狼疮性肾炎					
		系统性红斑狼疮 - （并发）III型或以上狼疮性肾炎					

① 注：该表“分组”列“N\_A”、“N\_B”、“N\_C”中，“N”代表“名称”，“A”代表重症，“B”代表中症、“C”代表轻症，下同。

② 注：本表中相同颜色的阴影代表该分组的命名特征为不同类别的疾病所共有的。如“N\_A1/2/3”、“N\_B1/2/3”、“N\_C1/2/3”分组的命名特征为重、中、轻症疾病所共有；“N\_A4”和“N\_C4”分组的命名特征为重、轻症疾病所共有，下同。

③ 注：“明确分型”指的是在命名中体现了对“狼疮性肾炎”进行的分型（如III型及以上、II型等）。

类型	分组	条款名称	基础命名	肾炎/肾病	明确分型 <sup>③</sup>	肾功能损害	尿毒症
重症	N_A4	系统性红斑狼疮累及肾脏	✓			✓	
		系统性红斑性狼疮并严重的肾功能损害					
		系统性红斑狼疮并发重度肾功能损害					
	N_A5	系统性红斑狼疮性肾炎尿毒症	✓	✓			✓
中症	N_B1	系统性红斑狼疮	✓				
		中度系统性红斑狼疮					
		中度严重系统性红斑狼疮					
	N_B2	系统性红斑狼疮性肾炎	✓	✓			
	N_B3	系统性红斑狼疮 - II 型狼疮性肾炎	✓	✓	✓		
轻症	N_C1	系统性红斑狼疮	✓				
		特定的系统性红斑狼疮					
		轻度系统性红斑狼疮					
		中度系统性红斑狼疮					
		中度严重系统性红斑狼疮					
		严重系统性红斑狼疮					
	N_C2	系统性红斑狼疮性肾炎	✓	✓			
		中度严重有狼疮性肾炎的系统性红斑狼疮					
	N_C3	轻度系统性红斑狼疮 - II 型狼疮性肾炎	✓	✓	✓		
	N_C4	系统性红斑狼疮并发肾功能损害	✓			✓	

由表1, 在当前市场上对于“系统性红斑狼疮”的条款名称中, 常见的命名逻辑为“基础命名”、“肾炎/肾病”、“明确分型”、“肾功能损害”、“尿毒症”等的不同组合。“基础命名”、“基础命名+肾炎”是最为常见的命名方式, 少数产品出现包含“尿毒症”字段的命名方式。其中, 系统性红斑狼疮肾炎/肾病是临床诊断病名, 肾功能损害是病程进展一定阶段的结果。而尿毒症则是肾功能衰竭的终末期, 此类型特指系统性红斑狼疮引起的肾脏功能严重损伤继而造成的重大损失后果。



## ② 保险条款中的定义方式及逻辑分析

### (1) 定义方式及逻辑组合

表 2：“系统性红斑狼疮”定义逻辑组合<sup>④</sup>

类型	分组	世卫分型	临床表现	检测结果	临床证据
重症	D_A1		✓	✓	
	D_A2	✓		✓	
	D_A3		✓	✓	✓
	D_A4	✓			
	D_A5	✓			✓
	D_A6	✓	✓	✓	✓
中症	D_B1		✓	✓	
	D_B2	✓		✓	
	D_B3		✓	✓	✓
	D_B4				✓
轻症	D_C1		✓	✓	
	D_C2	✓		✓	
	D_C3		✓	✓	✓
	D_C4				✓
	D_C5			✓	

④注：此分组为定义分组，与前文病名分组不一致。“D\_A”、“D\_B”、“D\_C”中，“D”代表“定义”，“A”代表“重症”，“B”代表“中症”，“C”代表轻症，下同。

由表2，条款中对于“系统性红斑狼疮”的定义方式，一般会采取在描述疾病的基础上，通过“世卫分型”、“临床表现”、“检测结果”、“临床证据”等方式进行组合定义，具体分析如下：

## ① 世卫分型

**表 3：世卫组织“狼疮性肾炎”分型**

分型	名称	症状
I 型	微小病变型	镜下阴性，尿液正常
II 型	系膜病变型	中度蛋白尿，偶有尿沉渣改变
III 型	局灶及节段增生型	蛋白尿，尿沉渣改变
IV 型	弥漫增生型	急性肾炎伴有尿沉渣改变及 / 或肾病综合征
V 型	膜型	肾病综合征或重度蛋白尿
VI 型	肾小球硬化型	肾小球硬化成纤维团状，肾功能差，无法恢复严重狼疮性肾炎是指经肾脏活检确认的

由表3，世界卫生组织对于狼疮性肾炎进行了分型。在条款里，重症定义多半是“须由肾脏病理学检查结果证实或经临床确诊，并符合WHO诊断标准定义的III型或III型以上狼疮性肾炎”；也有不少条款的重症定义仅提供对“III型至V型狼疮性肾炎”的保障，将最为严重的VI型狼疮性肾炎排除在外，其有可能是考虑到VI型狼疮性肾炎可以同时满足终末期肾病的理赔条件，能够从另一病种中获得赔付，但这样的设置既非必要也不合理；轻症（中症）定义则对“II型狼疮性肾炎”提供保障。

## ② 临床表现

一般而言，大部分“系统性红斑狼疮”的重症、中症、轻症定义中涉及到“临床表现”时，会要求7条表现至少具备4条，且基本按照以下形式表述：

#### 临床表现至少具备下列条件的四个：

- ① 蝶形红斑或盘形红斑；
- ② 光敏感；
- ③ 口腔溃疡；
- ④ 非畸形关节炎或多关节痛；
- ⑤ 浆膜炎、胸膜炎或心包炎；
- ⑥ 神经系统损伤（癫痫或精神症状）；
- ⑦ 血象异常（ $WBC < 4 \times 10^9/L$  或血小板  $< 100 \times 10^9/L$  或溶血性贫血）。

除了上述“7选4+”的方式外，也有个例。部分轻症定义还在临床表现中纳入了“盘状疹”和“肾病”，并在“血象异常”中纳入了“淋巴细胞减少”的标准，采取“9选3+”的方式，具体见下：

#### 临床表现至少具备下列条件的三个：

- ① 颊皮疹、蝶形红斑或盘形红斑；
- ② 盘状疹；
- ③ 光线敏感；
- ④ 口腔溃疡；
- ⑤ 关节炎；
- ⑥ 浆膜炎；
- ⑦ 肾病；
- ⑧ 白细胞减少（小于  $4 \times 10^9/L$ ）或淋巴细胞减少（小于  $1.5 \times 10^9/L$ ）或血小板减少（小于  $100 \times 10^9/L$ ）或溶血性贫血；
- ⑨ 神经系统疾病。

### ③ 检测结果

一般而言，大部分“系统性红斑狼疮”的重症、中症、轻症定义中涉及到“检测结果”时，会要求5条检测结果至少具备2条，且基本会按照以下形式表述：

**检测结果至少具备下列条件的两个：**

- ① 抗 dsDNA 抗体阳性；
- ② 抗 Sm 抗体阳性；
- ③ 抗核抗体阳性；
- ④ 皮肤狼疮带试验（非病损部位）或肾活检阳性；
- ⑤ C3 补体低于正常值。

除了上述“5选2+”的方式外，也有个例。部分轻症定义还删除了“C3补体低于正常值”的标准，改为上述四种抗体检测阳性的“4选1+”的方式。

### ④ 临床证据

在“系统性红斑狼疮”的“临床证据”方面，重症与轻症（中症）定义的标准差别较大。在重症中，“临床证据”多以“内生肌酐”或“尿蛋白”为主，表述一般为“狼疮肾炎致使肾功能减弱，内生肌酐清除率低于每分钟30ml”或“系统性红斑狼疮造成肾脏功能损害，尿蛋白>2g/24小时且持续性蛋白尿>+++”。还有的定义则提出了“尿毒症”的要求。

而在轻症（中症）中，“临床证据”则多同时涉及“血尿”、“蛋白尿”、“高血压”、“血肌酐”的肾脏损害条件，具体表述见下：

**临床证据显示被保险人存在持续 180 天以上的满足下列所有条件的肾脏损害：**

- ① 血尿、蛋白尿；
- ② 高血压；
- ③ 血肌酐 (Scr) > 1.5mg/dl 或 > 133umol/L。



也有部分条款的轻症定义中不包含“高血压”和“血肌酐”，而是纳入了“肾功能改变”，具体表述见

下：

**必须满足下列全部条件：**

- ① 蛋白尿；
- ② 镜下血尿；
- ③ 肾功能改变；
- ④ 持续 180 天。

还有部分条款的中症定义中采用了“GFR<sup>⑤</sup>”和“血肌酐”的肾脏损害标准，具体表述见下：

**肾功能损害达到下列标准：**

- ①  $GFR < 25\%$ ；
- ② 血肌酐 (Scr)  $> 5\text{mg/dl}$  或  $> 442\text{umol/L}$ ；
- ③ 持续 180 天。

## ⑤ 其他情况

### » 临床表现 + 检测结果

大部分定义的“临床表现”与“检测结果”均是作为各自独立的理赔判定条件，但是也有个别定义将其二者不加区分地组合在一起进行理赔条件判定，其一般多出现在中症或轻症定义中，具体表述见下。

⑤注：GFR（肾小球滤过率），即单位时间内（每分钟）两侧肾生成的超滤液量，是衡量肾功能的重要指标之一。

**须满足下列五项情况中出现最少两项（或三项）：**

- ① 关节炎：非畸形性关节炎或多关节痛；
- ② 浆膜炎：胸膜炎或心包炎；
- ③ 肾病：24 小时尿蛋白定量达到 0.5 克，或尿液检查出现细胞管型；
- ④ 血液学异常：溶血性贫血、白细胞减少、或血小板减少；
- ⑤ 抗核抗体阳性、或抗 dsDNA 阳性，或抗 Sm 抗体阳性。

这种评判标准一般为“5选2+”或者“5选3+”的方式，不同定义的要求有所不同。仔细观察，其涉及到了“临床表现”中的“关节炎”、“浆膜炎”、“肾病”与“血液学异常”，将这4项视为较为重要的标准，而舍弃了“盘性红斑”、“光线敏感”、“口腔溃疡”等条件；在“检测结果”方面，则采用了三个抗体之一为阳性的标准，舍弃了“皮肤狼疮带试验(非病损部位)或肾活检阳性”与“C3补体低于正常值”。

**» 专科医生确诊的规定**

“系统性红斑狼疮”是风湿免疫专科疾病，大部分定义中均提到了“须经专科医生确诊”，其中，部分定义对专科医生进行了明确，如“本病必须由免疫和风湿科专家医师确诊”，还有的定义更为严格，对持续时间提出了要求，“必须由风湿科或免疫系统专科医生确诊并证明持续最少3个月”。

**» 疾病保障仅限女性的规定**

部分定义对于“系统性红斑狼疮”提出了“该类疾病保障仅限于女性”的要求。从科学性上来看，该疾病是一种多发于“育龄妇女”的疾病，男女比介于1:7与1:9之间，是女性高发疾病。规定保障仅限制于女性，也具有一定的合理性。但从消费者角度来看，这样的设置对于男性存在保障缺失。此外，从保险定价角度来看，该疾病本身也是低发疾病，且男性发病率更低，即使增加了男性部分的保障，也基本不会对定价产生影响。因此，该项疾病保障区分性别的意义不大，若定要区分，建议保险公司对于“仅限于女性”这样的字眼予以加粗标明（最好是在条款名称处）。

## » 其他肾脏相关责任的规定

在部分条款的轻症疾病或中症疾病中，除“系统性红斑狼疮”外，还有其他与肾脏损害相关的疾病，因而有部分条款对此进行了相关规定，如“本公司对‘慢性肾功能损害—肾功能衰竭期’和‘系统性红斑狼疮’两项中的其中一项承担保险责任，给付其中一项保险金后，此两项中症疾病保险责任同时终止”。以这种“隐性免责”的形式来规避高度相关疾病带来的理赔风险。

## » 其他类型红斑性狼疮的除外

大部分条款在对“系统性红斑狼疮”进行定义时都采取了世卫组织的分型，其在采用此种方式定义病种时一般还对其他类型的红斑性狼疮作出了除外规定，“其他类型的红斑性狼疮，如盘状狼疮，仅累及血液及关节等其他系统的系统性红斑狼疮不在保障范围内”。

## (2) 不同分类间的定义区别

在研究过程中，本报告发现，大部分公司在对“系统性红斑狼疮”病种进行设置时，或是“重症+中症”的组合，或是“重症+轻症”的组合。此外，不同公司的中症与轻症的定义基本类似甚至一致，这也集中反映了众多条款病种设置的一大问题，即“轻症”、“中症”之间条款区分度不明显。但是从责任上来讲，中症的给付比例一般为轻症的1.5-2倍，中症设置合理性有待考量。

然而，也有个别公司的条款中同时出现了“系统性红斑狼疮”病种的“中症”和“轻症”分类，具体见下<sup>⑥</sup>：

### 中度系统性红斑狼疮（条款中的“中症”）：

\*\* 略 \*\*：

(1) 在下列五项情况中出现最少三项：

- ① 非畸形性关节炎或多关节痛；
- ② 胸膜炎或心包炎；
- ③ 肾病：二十四小时尿蛋白定量达到 0.5 克；
- ④ 血象异常 (WBC  $< 4 \times 10^9/L$  或血小板  $< 100 \times 10^9/L$  或溶血性贫血)；
- ⑤ 抗 dsDNA 抗体阳性，或抗 Sm 抗体阳性，或抗核抗体阳性。

(2) 系统性红斑狼疮的诊断必须经专科医生确诊。

<sup>⑥</sup>注：由于前文已经对定义中的相关内容进行了部分展示，因而本部分对不影响行文的部分定义内容不再赘述，而是用“\*\*略\*\*”代替，下同。

**轻度系统性红斑狼疮（条款中的“轻症”）：**

**\*\* 略 \*\*：**

(1) 临床表现至少具备如下条件的四个：

- ① 蝶形红斑或盘形红斑；
- ② 光敏感；
- ③ 口腔溃疡；
- ④ 非畸形关节炎或多关节痛；
- ⑤ 浆膜炎、胸膜炎或心包炎；
- ⑥ 神经系统损伤（癫痫或精神症状）；
- ⑦ 血象异常（ $WBC < 4 \times 10^9/L$  或血小板  $< 100 \times 10^9/L$  或溶血性贫血）。

(2) 检测结果至少具备如下条件的两个：

- ① 狼疮细胞或抗双链 DNA 抗体阳性；
- ② 抗 Sm 抗体阳性；
- ③ 抗核抗体阳性；
- ④ 狼疮带试验阳性；
- ⑤ C3 补体低于正常。

本报告将该条款中“中症”与“轻症”定义标准中的相同部分予以阴影表示，以方便阅读和比较。观察发现，其中症与轻症定义在“关节炎或关节痛”、“胸膜炎或心包炎”、“血象异常”、“三抗体阳性”方面一致，若患者同时满足前述四个条件中的三个，则其可以达到中症责任给付标准，却不够轻症责任给付标准，这便造成了理赔标准倒置的问题。

此外，还有理赔相关问题。比如上述条款的轻症定义，将该疾病临床表现大部分都罗列出来，而中症则从中挑选较严重的四种表现，以及抗核抗体结果阳性作为定义标准。初看起来是区分了严重程度，因为从保险公司角度认为，消费者会通过满足其中较轻的表现申请到轻症理赔。但理赔实务中，部分消费者或许客观上已达到中症标准，但因个别检查结果未明确而仅能获得轻症赔付，待到检查结果明确后再获得中症与轻症间的给付差额，增加不必要的理赔流程。

因此，建议轻症和中症的临床表现不要出现交叉，如有交叉应呈现递进式的逻辑延续，也要遵循病程发展的演进程度，合理划分“重中轻”症。



## 四、关于“系统性红斑狼疮”病种的整体评价及规范化建议

“系统性红斑狼疮”因其尚不能根治，累及多个脏器和系统、并发症繁多，且在我国汉族人群中患病率居高不下，为全球第二位，将其列为重大疾病符合社会大众的期望和需求。然而系统性红斑狼疮并不是确诊即赔付，需要达到一定的疾病状态，因此条款对于疾病严重程度的定义方式以及规范性尤为重要。

从病种命名方面来看，目前“系统性红斑狼疮”常见的命名逻辑为“基础命名”、“肾炎/肾病”、“明确分型”、“肾功能损害”、“尿毒症”等方式的不同组合，命名逻辑较为杂乱，但其均为涉及到“肾”的相关命名。因而，本报告建议规范化的重症统一命名为“严重系统性红斑狼疮”，或可进一步明确世卫分型的命名，采用“严重系统性红斑狼疮-III型或以上狼疮性肾炎”，适用于以“世卫分型”为主要定义标准的病种命名。轻症可统一命名为“轻度系统性红斑狼疮”。

从病种定义方面来看，“系统性红斑狼疮”的定义多以“世卫分型”为基础，辅之以“临床表现”、“检测结果”、“临床证据”等理赔标准。而从上文列举的2种重疾代表性定义来看，部分定义舍弃了肾脏活检要求及“世卫分型”标准，通过专科医生诊断+持续肾功能损害，结合临床表现和检测结果来定义条款。这种方式便于肾脏活检禁忌症人群，通过无创方式申请理赔，但并不代表理赔尺度更宽松。其中要求肌酐清除率需持续低于30ml/分，这一指标已提示重度肾功能损害，继续恶化即为尿毒症期。而世卫分型III型的狼疮肾炎，肾小球受累不超过50%，激素治疗反应好，较少发生肾功能衰竭。从这个角度分析，明确约定狼疮性肾炎“世卫分型”的条款定义，具有定义明确、尺度合理、理赔操作简便的优势。因此重症的定义中，本报告建议以“世卫分型”为基础。而因该疾病初期仅出现皮肤、口腔粘膜、关节或血液系统轻度病变，未损害心、脑、肾等重要脏器，所以对于轻症本报告仅选取以上临床表现，并结合任意一项高特异性的免疫学抗体异常，作为本报告推荐的轻症定义，可以有助于被保险人在患病初期即可获得轻症保障。

从规范化定义的难点和痛点方面来看，“系统性红斑狼疮”为慢性疾病，初期典型症状包含面部蝶形红斑、皮疹、发热乏力、关节痛表现，随病情进展有可能侵犯心血管、血液和呼吸系统，出现心包炎、白细胞减少、间质性肺病等。而进一步累及至肾脏、神经系统的患者预后最差，肾功能持续恶化、卒中发作以及免疫抑制治疗带来的感染，是该疾病导致身故的主要原因。很多条款定义的关注点在“狼疮肾”，并沿用了一些慢性肾功能衰竭的指标，但实际上“系统性红斑狼疮”还可能损害神经系统、心血管系统、呼吸系统以及局部关节等，造成的损伤影响是多方位的，表现为狼疮脑病、因狼疮导致的冠脉病变、动脉粥样硬化、间质性肺病以及关节失能。而除了“狼疮肾”保险产品的责任设计，对于这些累及其

他组织器官的病灶研究深度和重疾条款的开发程度还不够，期待会有相应的多角度多层次定义来填补这部分空缺。因此，建议在规范化定义中，加入狼疮脑病相关的内容。

综上，建议明确区分被保险人所处的疾病严重程度和病程阶段，以疾病发展过程为依据，对该病种定义进行规范。建议如下：

### **重症定义：严重系统性红斑狼疮**

系统性红斑狼疮是由多种因素引起，累及多系统的自身免疫性疾病。其特点是生成自身抗体对抗多种自身抗原。本病须经专科医生明确诊断，并须满足下列至少一项条件：

(1) 系统性红斑狼疮累及肾脏，经肾脏活检确认的，符合 WHO 诊断标准定义Ⅲ型或Ⅲ型以上狼疮性肾炎。

世界卫生组织 (WHO) 狼疮性肾炎分型：Ⅰ型 微小病变型、Ⅱ型 系膜病变型、Ⅲ型 局灶及节段增生型、Ⅳ型 弥漫增生型、Ⅴ型 膜型、Ⅵ型 肾小球硬化型；

(2) 经由专科医生明确诊断为狼疮脑病，达到昏迷程度按照格拉斯哥昏迷分级 (GCS, Glasgow Coma Scale) 结果为 8 分或 8 分以下。

**其他类型的红斑性狼疮，如盘状狼疮、仅累及血液及关节的狼疮不在保障范围内。**

### **轻症定义：轻度系统性红斑狼疮**

必须符合下列所有理赔条件，但未达到本合同所指“严重系统性红斑狼疮”给付标准：

(1) 临床表现须满足下列至少两项条件：

- ① 蝶形红斑或盘形红斑；
- ② 光敏感；
- ③ 口腔溃疡；
- ④ 非磨损性关节炎，需涉及两个或以上关节；
- ⑤ 血象异常 (白细胞  $< 4 \times 10^9/L$  或血小板  $< 100 \times 10^9/L$  或溶血性贫血)。

(2) 检测结果需满足抗 dsDNA 抗体阳性，或抗 Sm 抗体阳性，或抗核抗体阳性。

## 》附录 2-2: 糖尿病及其并发症

### 一、“糖尿病及其并发症”的医学概述

糖尿病是在遗传和环境因素共同影响下,以高血糖为特征,由胰岛素分泌或作用缺陷引起的代谢性疾病。糖尿病可并发多种慢性并发症,导致眼、肾脏、神经、心血管的长期损伤、功能缺陷和衰竭,甚至致残或致死。糖尿病分为1型糖尿病、2型糖尿病、妊娠糖尿病和其他特殊类型糖尿病四种,其中1型糖尿病绝大多数为自身免疫性病因,以胰岛素分泌的绝对不足为特征,从而导致血糖升高,通常发生于儿童和年轻人。2型糖尿病占有所有糖尿病的90%,其基本特征是胰岛素分泌不足和胰岛素抵抗,后者与肥胖的关系密切。

### 二、“糖尿病及其并发症”在保险中的概况

#### ① “糖尿病及其并发症”在保险条款中的病种分类

“糖尿病及其并发症”出现在保险条款的“重症疾病”、“中症疾病”、“轻症疾病”、“前症疾病”、“特定重大疾病”、“男性特定重大疾病”、“女性特定重大疾病”、“少儿特定重大疾病”和“少儿重大疾病”病种分类中。

#### ② “糖尿病及其并发症”在保险条款中的拆分情况

根据医学方面定义,糖尿病是一组由多病因引起的、以慢性高血糖为特征的终身代谢性疾病。长期血糖管理不良极易引发一系列并发症,如糖尿病肾病、糖尿病坏疽引致的截足、糖尿病视网膜病变等,这些均属于由糖尿病引起的常见并发症。保险条款里关于“糖尿病及其并发症”是将1型糖尿病与其他型糖尿病分离,并将其常见并发症作为单独的承保病种。其中,1型糖尿病的赔付依据也会涉及被保险人是否出现严重并发症。

因此,我们认为“1型糖尿病”、“糖尿病并发严重肾脏损害”、“糖尿病导致的双足截除”、“糖尿病视网膜晚期增生性病变”等均是“糖尿病及其并发症”的病种拆分项。

### 3 “糖尿病及其并发症”在保险条款中的代表性定义

#### 严重1型糖尿病（重症）：

指由于胰岛素分泌绝对不足引起的慢性血糖升高，且已经持续依赖外源性胰岛素维持至少180日。须经血胰岛素测定、血C肽测定或尿C肽测定，结果异常，并经我们认可的医院的内分泌科专科医生明确诊断。须满足下列至少一项条件：

- (1) 已出现增殖性视网膜病变；
- (2) 糖尿病肾病，血肌酐 (SCR)  $> 707\mu\text{mol/L}$ ，且持续至少180日；
- (3) 在我们认可的医院内已经进行了医疗必需的由足踝或以上位置的单足截除手术。

图 1：保险条款中“严重1型糖尿病”的代表性定义

#### 糖尿病并发严重肾脏损害（重症）：

被保险人被内分泌专科医生确诊为糖尿病，并且因糖尿病导致糖尿病肾病，出现持续180天以上的肌酐清除率小于15ml/min或肾小球滤过率 (GFR)  $< 15\text{ml/min}$ 。

图 2：保险条款中“糖尿病并发严重肾脏损害”的代表性定义

#### 糖尿病导致双足截除（重症）：

指因糖尿病引起的神经及血管病变累及足部，为了维持生命已经实施了足踝或以上（靠近躯干端）位置的双足截除手术。

切除多只脚趾或因任何其他原因引起的截除术不在本项保障范围内。

图 3：保险条款中“糖尿病导致双足截除”的代表性定义



**糖尿病视网膜增生性病变（轻症）：**

经本公司认可医院的眼科专科医生明确诊断因糖尿病而并发视网膜晚期增生性血管病变，并须满足下列全部条件：

- （1）双眼最佳矫正视力低于 0.3（采用国际标准视力表，如果使用其他视力表应进行换算）；
- （2）已经实施了激光治疗等以改善视力障碍。

**图 4：保险条款中“糖尿病视网膜增生性病变”的代表性定义**

图1-图4展示的是不同条款中关于“糖尿病及其并发症”的代表性定义，后文将具体展开其定义逻辑分析。此外，糖尿病是一种常见慢性病，我国18岁及以上人群糖尿病患病率为11.2%<sup>①</sup>，患病人数居世界首位。保险条款中与糖尿病相关的病种定义，则强调在满足糖尿病诊断后，病情持续进展，已出现至少一个系统或部位的并发症，并且达到一定严重程度的状态。

### 三、“糖尿病及其并发症”在保险条款中的具体分析

#### ① 保险条款中的命名方式及特征分析

根据爱选病种字典统计，目前市面上重疾险条款中对于“糖尿病及其并发症”的命名方式，重症共有43种，中症共有11种，轻症共有29种。本报告整理归纳了该病种的病名逻辑，如表1所示。

<sup>①</sup>依据2015至2017年中华医学会内分泌分会在全国的流行病学调查数据，按照WHO的1999年诊断标准得出。  
中华医学会糖尿病学分会,中国2型糖尿病防治指南（2020年版）.中华糖尿病杂志, 2021.13（4）：315-409。

表 1：“糖尿病及其并发症”条款名称特征分析表

类型	分组	条款名称	基础命名	并发症	肾	截足 / 趾 / 肢	视网膜
重症	N_A1	I 型糖尿病	✓				
		严重 I 型糖尿病					
		胰岛素依赖型糖尿病（I 型糖尿病）					
	N_A2	I 型糖尿病 - 严重并发症	✓	✓			
	N_A3	糖尿病并发严重肾脏损害	✓	✓	✓		
	N_A4	糖尿病导致的双足截除	✓	✓		✓	
		糖尿病导致的双脚截肢					
		糖尿病并发症引致的双足截除					
中症	N_B1	糖尿病及其并发症	✓	✓			
	N_B2	糖尿病肾病	✓	✓	✓		
		中度糖尿病肾病					
	N_B3	糖尿病导致单足截除	✓	✓		✓	
		糖尿病并发症引致的单足截除					
		糖尿病并发症引致的单脚截除					
	N_B4	糖尿病视网膜晚期增生性病变	✓	✓			✓
轻症	N_C1	I 型糖尿病	✓				
		I 型糖尿病（轻症）					
	N_C2	糖尿病及其并发症	✓	✓			
	N_C3	糖尿病肾病	✓	✓	✓		
		I 型糖尿病并发肾病					
		中度糖尿病肾病					

类型	分组	条款名称	基础命名	并发症	肾	截足 / 趾 / 肢	视网膜
轻症	N_C4	糖尿病导致单足截除	✓	✓		✓	
		糖尿病导致单足截肢					
		糖尿病导致脚趾截除					
		糖尿病导致脚趾切除					
	N_C5	糖尿病视网膜病变	✓	✓			✓
		糖尿病视网膜增生性病变					
		糖尿病视网膜晚期增生性病变					

由表1, 在当前市场上对于“糖尿病及其并发症”的条款名称中, 常见的命名逻辑为“基础命名”与“并发症”、“肾”、“截足/趾/肢”、“视网膜”方式的不同组合。从命名来看, 其已体现出了将病种进行拆分的特征, “糖尿病(并发症)”偏向于确诊糖尿病并引发综合并发症, 其他的命名则偏向于确诊糖尿病并引发相应的“肾”、“截足/趾/肢”、“视网膜”等单一并发症。

## ② 保险条款中的定义方式及逻辑分析

### (1) 定义方式及逻辑组合

受到病种拆分和条款命名的影响, 条款病种定义也分为不同类型, 包括但不限于“1型糖尿病”以及由糖尿病导致的与“肾”、“截足/趾/肢”、“视网膜”相关的并发症, 现具体分析如下:

#### ① 1型糖尿病(并发症)

##### I 重症

“1型糖尿病(并发症)”的病种定义分为两种情况, 第一种是确诊1型糖尿病, 第二种是在确诊的基础上出现包括与肾、截足/趾/肢、视网膜、心脏等相关的并发症, 但这两种情况在命名时均未加以严格区分, 而是以“严重1型糖尿病”笼统概括。可见, 虽然命名一致, 但不同公司的定义却有显著区别, 且更多公司选择了用糖尿病基础上出现并发症来进行该病种的定义, 故而本报告用“1型糖尿病(并发症)”

来综述这两种情形。

对于该病种的定义一般均会涉及“依赖外源性胰岛素”，且规定了持续周期为“180天（或6个月）以上”，其表述具体为“已持续性地进行外源性胰岛素注射治疗连续180天以上”。在此基础上，不同条款采用了不同的检测结果与理赔条件对该病种进行定义，具体分析如下：

## » 检测结果

一般而言，大部分“1型糖尿病（并发症）”定义中涉及到“检测结果”时，均为“须有血胰岛素测定及血C肽或尿C肽测定结果支持诊断”，即为“血胰岛素+血C肽/尿C肽”的测定。此外，还有条款不采取这种检测结果方式，而是采用“提供胰岛 $\beta$ 细胞自身抗体或胰岛功能测定的相关实验室检查报告”进行定义。

## » 理赔条件

“1型糖尿病（并发症）”在理赔条件方面的定义存在较大差别，但大部分为“至少满足3项条件中的1项”的“3选1+”式定义<sup>②</sup>，而“3项条件”一般会从如下排列组合中加以选择：

**表 2：“1 型糖尿病（并发症）”理赔条件设置**

	视网膜	心脏	肾病	截足 / 趾 / 肢			
				单足	脚趾	足趾或下肢	糖尿病足
组合 1	✓	✓			✓		
组合 2	✓		✓	✓			
组合 3	✓	✓		✓			
组合 4	✓		✓			✓	
组合 5	✓		✓				✓
组合 6		✓		✓			
组合 7		✓			✓		

②注：除了表2中的“组合6”与“组合7”为“心脏”与“单足/脚趾”的“2选1+”组合。



由表2，理赔条件的组合多涉及“视网膜”、“心脏”、“肾病”以及与“截足/趾/肢”相关的关键词，每个条件的具体要求一般如下：

**视网膜：**

- ① 已出现增殖性视网膜病变。
- ② 并发增殖性视网膜病变，双眼最佳矫正视力低于 0.3（采用国际标准视力表，如果使用其他视力表应进行换算）。

**心脏：**须植入 / 已植入心脏起搏器治疗心脏病。

**肾病：**

- ① 糖尿病肾病，血肌酐 (SCR)  $> 707\mu\text{mol/L}$ ，且持续至少 180 日。
- ② 糖尿病肾病，且尿蛋白  $> 0.5\text{g}/24\text{h}$ 。
- ③ 本公司认可的内分泌医生确诊已出现IV期及以上的糖尿病肾病。

**单足：**已经进行了医疗必需的由足踝或以上位置的单足截除手术。

**脚趾：**至少一个脚趾发生坏疽并已经实施跖趾关节或以上一趾或多趾手术切除。

**足趾或下肢：**因糖尿病足趾坏疽进行足趾或下肢截断术。

**糖尿病足：**本公司认可的内分泌医生确诊糖尿病足，并因坏疽需切除一只或以上脚趾。

部分定义则需要上述理赔条件的“2选1+”，其不涉及视网膜病变或肾病，而是将植入心脏起搏器治疗心脏病与截足/趾作为标准，相比于组合2、4、5的“视网膜+肾病+截足/趾/肢”的“3选1+”形式，用“心脏”代替“视网膜+肾病”则更为严格，原因在于心脏的严重程度相比于视网膜与肾而言有所增加，其所造成的损失也更高。

## II 中症

“1型糖尿病（并发症）”的中症定义采取了“理赔条件”中对“肾病”与“截足/趾/肢”并发症“2选1+”的方式，只不过其在“肾病”方面对于“血肌酐 (Scr)”采取了“ $>5\text{mg/dl}$ ”<sup>③</sup>的标准，具体见下：

③注：1mg/dl等于88.4 $\mu\text{mol/L}$ ，5mg/dl $\approx 442\mu\text{mol/L}$ 。

**指被保险人被确诊为糖尿病，并出现严重并发症，必须满足下列条件之一：**

- (1) 糖尿病导致肢端坏疽，并实施了自跖趾关节的脚趾切除手术；
- (2) 糖尿病导致糖尿病肾病，出现持续 180 天以上的血肌酐 (Scr) 值大于 5mg/dl 或肌酐清除率 (Ccr) 小于 25ml/min 或肾小球滤过率 (GFR) < 25ml/min。

### III 轻症

“1型糖尿病（并发症）”的轻症定义较之于重症宽松很多，一般分为两种方式进行定义。

一是“依赖外源性胰岛素”与“检测结果”相结合的定义方式，其在“检测结果”方面较之重症取消了“尿C肽”测定的选择，而是采用“血胰岛素/血C肽”的方式，具体表述为“血胰岛素测定或血C肽测定证实存在胰岛素分泌绝对不足”。

二是采用“理赔条件”进行定义，此种方式下甚至没有对“依赖外源性胰岛素”作出任何要求，而是仅将确诊糖尿病并出现并发症作为理赔条件，一般采取“肾病”与“截足/趾/肢”并发症“2选1+”的方式，且其对于“肾病”的规定也有所不同，采取了“血肌酐 (Scr)”或“肌酐清除率 (Ccr)”或“肾小球滤过率 (GFR)”的标准，具体见下：

**指被保险人被确诊为糖尿病，并且出现以下任意一项并发症：**

- (1) 糖尿病导致肢体坏疽，并实施了脚趾切除手术；
- (2) 糖尿病导致糖尿病肾病，出现持续 180 天以上的血肌酐值大于 178 $\mu$ mol/L 或肌酐清除率小于 25ml/min 或肾小球滤过率 (GFR) < 25ml/min。

## 2 糖尿病并发肾脏损害（肾病）

“糖尿病并发肾脏损害（肾病）”承保的是糖尿病所导致的肾脏相关并发症。各条款的重症、中症、轻症定义均对其采用“检测结果”的方式，此“检测结果”与前述“血胰岛素测定、血C肽、尿C肽”检测结果并不相同，而是前述“理赔条件”中对于肾脏的实验室检查。

一般地，在重症中，定义会采取“肌酐清除率 (Ccr)”或“肾小球滤过率 (GFR)”的标准，具体见下：

被保险人被内分泌专科医生确诊为糖尿病，并且因糖尿病导致糖尿病肾病，出现持续 180 天以上的肌酐清除率小于 15ml/min 或肾小球滤过率 (GFR) < 15ml/min。

而在轻症 (中症) 中，则一般采用两种方式进行定义。

一是与将“血肌酐 (Scr)”的标准也纳入进来，用“3选1+”的方式加以定义，与前文所述“糖尿病及其并发症”在肾脏部分的要求一致，具体见下：

**指临床被诊断为 I 型糖尿病，且因该病症导致糖尿病肾病，出现下列任意一种情况且持续 180 天以上：**

- (1) 血肌酐 (Scr) 值大于 5mg/dl;
- (2) 肌酐清除率 (Ccr) 小于 25ml/min;
- (3) 肾小球滤过率 (GFR) 小于 25ml/min。

二是用“蛋白尿”替代了“肌酐清除率 (Ccr)”，“肾小球滤过率 (GFR)”的标准由“180天以上”缩短为“90天以上”，且要求同时满足这两个条件。此外，值得注意的是 GFR 的单位也从“ml/min”变为“ml/min/1.73 平方米”，后者是更为标准的写法，“1.73 平方米”代表人类平均体表面积，具体见下：

**指被保险人被确诊为糖尿病，且因该病导致糖尿病肾病，必须满足下列全部条件：**

- I 肾小球滤过率 (使用 MDRD 公式或 Cockcroft-Gault 公式计算的结果)，低于 25ml/min/1.73 平方米，且此状态须持续至少 90 天；
- II 持续性大量蛋白尿 (UAE > 200μg/min) 或蛋白尿大于 500mg/d。

### 3 糖尿病导致的足 / 趾截除或截肢

“糖尿病导致的足/趾截除或截肢”承保的是糖尿病所导致的坏疽相关并发症。较之于其他病种，此病种的定义并不涉及多个检测结果或理赔条件的标准限制，看上去定义较短且更为简单，但其复杂之处在于不同公司对于此病种是截除“双足”、“单足”、“脚趾”还是“截肢”的要求都不相一致，导致了消费者对于此方面的理解困难，也容易引发理赔纠纷。

**表 3：“糖尿病导致的足 / 趾截除或截肢”分疾病类型情况<sup>④</sup>**

	双足	单足	脚趾	双肢	一肢
重症	✓			✓	✓
中症		✓			✓
轻症		✓	✓		✓

由表3, 不同条款对于“截足/趾/肢”分歧很大, 部分条款认为“一肢截除”即可为重症, 但部分条款却认为“双足截除”或“双肢截除”才能认定为重症, 等等。值得注意的是, “脚趾截除”只在轻症定义中出现。以下给出了不同条款对于“截足/趾/肢”的具体表述。

**双足:** 指因糖尿病引起的神经及血管病变累及足部, 为了维持生命已经实施了足踝或以上(靠近躯干端)位置的双足截除手术。

**单足:** 指因糖尿病引起的神经及血管病变累及足部, 为了维持生命已经实施了足踝或以上(靠近躯干端)位置的单足截除手术。

**脚趾:** 指因糖尿病引起的神经及血管病变累及足部, 为了维持生命已经进行了至少一个脚趾的截除术。

**双肢:** 指因糖尿病引起的神经及血管病变导致糖尿病足坏疽, 已经实施了两个肢体自踝关节近端(靠近躯干端)以上完全断离。

**一肢:** 指因糖尿病引起的神经及血管病变导致糖尿病足坏疽, 已经实施了一个肢体自踝关节近端(靠近躯干端)以上完全断离。

各个条款在定义过程中, 大多会要求“为了维持生命而已经实施”, 个别定义还会限定为“维持生命的唯一方法”。而且, 不同条款对于“双足”、“单足”等皆会附加明确“切除多只脚趾或因任何其他原因引起的截除术不在本项保障范围内”。

<sup>④</sup>注: 条款中涉及到“糖尿病导致的足/趾截除或截肢”时会涉及“双足”、“单足”、“脚趾”、“双肢”、“一肢”五种情况。



## 4 糖尿病视网膜增生性病变

“糖尿病视网膜增生性病变”承保的是糖尿病所导致的视网膜相关并发症。目前，并无条款在重症中出现该病种，仅是将其包含在中症或轻症中，且中症与轻症的定义基本一致，均是将“矫正视力”与“激光治疗”作为核心理赔条件，具体见下：

**因糖尿病而并发视网膜晚期增生性血管病变，并必须符合下列所有理赔条件：**

- (1) 确诊糖尿病视网膜病变时被保险人已患有糖尿病；
- (2) 双眼最佳矫正视力低于 0.3（采用国际标准视力表，如果使用其他视力表应进行换算）；
- (3) 被保险人已确实进行了激光治疗等以改善视力障碍；
- (4) 糖尿病视网膜病变的诊断、视力障碍的程度及治疗的医疗之必要性必须由我们指定或认可的医院的眼科专科医生确定。

## 5 其他情况

### » 专科医生确诊的规定

“糖尿病及其并发症”是内分泌科专科疾病，大部分关于其的定义中均提到了“须经专科医生确诊”，部分定义对专科医生进行了明确，如“本病必须由内分泌科专科医生明确诊断”，还有的定义更为严格，对医院提出了要求，“诊断必须由我们指定或认可的属于国家卫生部门规定的医院等级分类中三级医院的合格内分泌专科医师作出”。

### » 糖尿病分型的规定

在“糖尿病及其并发症”的各项拆分病种中，除“1型糖尿病（并发症）”外，其余病种均未明确说明是何种分型的糖尿病，而只是说“糖尿病并发肾脏损害”、“糖尿病所致截足”、“糖尿病视网膜病变”等。仅有部分定义说明了“II型糖尿病（非胰岛素依赖性糖尿病）或继发性糖尿病，不在保险责任范围内”。

## » 特定年龄的规定

部分“1型糖尿病（并发症）”的病种定义对已满30周岁的患者提出了额外的理赔条件，如图5所示；还有部分条款仅对未满19周岁的未成年人承保“1型糖尿病（并发症）”，但其本身并非是专门针对少儿开发的保险，属于病种定义时对于年龄方面的隐藏限制，像此种情况应在病种命名时通过添加“仅承保未满19周岁的未成年人”的副标题予以明示。

指因胰岛素分泌绝对不足引起严重胰岛素缺乏导致慢性血糖升高，需要依赖外源性胰岛素进行机体的葡萄糖代谢和维持生命为特征的1型糖尿病。须有血胰岛素测定及血C肽或尿C肽测定结果支持诊断，并且已持续性地进行外源性胰岛素注射治疗连续180天以上。

**如被保险人确诊本项疾病时处于30周岁保单生效对应日(含)之后，还须满足下列条件：**

因需要已经进行了下列治疗：因严重心律失常植入了心脏起搏器，或因坏疽自跖趾关节或以上切除了一趾或多趾。

图 5：“1 型糖尿病（并发症）”的条款定义

## » 其他相关责任的规定

在部分条款中，除“糖尿病及其并发症”外，还有其他的和“肾”、“截足/趾/肢”、“视网膜”等相关的疾病，为了避免重复理赔，部分条款对此进行了相关规定，如“本公司仅对本合同重大疾病‘糖尿病导致的双脚截除’和‘多个肢体缺失’两项中的其中一项承担保险责任，给付其中一项保险金后，对另一项重大疾病保险责任同时终止”等。

## (2) 不同分类间的定义区别

在研究过程中，本报告发现，暂未有条款的“1型糖尿病（并发症）”病种在重症、中症、轻症中同时出现，仅是“重症+中症”或“重症+轻症”的组合，部分中症与轻症的定义相似或相同，对于存在差别的中症与轻症定义已在上文中有所分析。

此外，受病种拆分的影响，大部分公司的条款中均会同时出现“糖尿病及其并发症”的不同拆分病种，且不同公司对于其重症、中症、轻症的组合配置不同。具体涉及以下几种常见的组合情况。

表 4：“糖尿病及其并发症”常见病种组合情况<sup>⑤</sup>

分组	类型	1 型糖尿病 (并发症)	肾病	截足 / 趾 / 肢	视网膜	涉及 病种数
DM01	重症	✓				3
	中症			✓		
	轻症				✓	
DM02	重症	✓				3
	中症			✓		
	轻症		✓			
DM03	重症	✓		✓		4
	中症			✓		
	轻症				✓	
DM04	重症	✓				4
	中症		✓			
	轻症			✓	✓	
DM05	重症	✓		✓		5
	中症			✓		
	轻症			✓	✓	
DM06	重症	✓		✓		5
	中症		✓	✓		
	轻症				✓	
DM07	重症	✓		✓		6
	中症		✓	✓		
	轻症		✓		✓	

⑤注：本表中，分组列“DM”是指“Diabetes Mellitus”，即“糖尿病”。

由表4,“1型糖尿病(并发症)”是各组合中的重症;“肾病”则一般出现在中症或轻症中,也有部分条款在中症和轻症中同时包含了肾病(即DM07分组),其具体区别分析见上文;“截足/趾/肢”则在重症、中症、轻症中均有分布,具体而言,重症以双足截除或截肢为主,中症以单足截除为主,轻症以单足截除或脚趾截除为主;“视网膜”则仅出现在各组合的轻症中,是保险公司认为的影响最小的糖尿病并发症。

保险公司对于“糖尿病及其并发症”内各病种的重症、中症、轻症并非是按照病程发展趋势来设置的。以较为常见的“1型糖尿病(重症)+糖尿病所致单足截除(中症)+糖尿病视网膜病变(轻症)”(即DM01分组)为例,并非是患者会先出现糖尿病视网膜病变,进而发展为糖尿病所致坏疽引发单足截除,最终演变为1型糖尿病,而是按照保险公司认为的疾病对人体健康的影响程度以及所造成的损失大小来将相关疾病分别设置为重症、中症、轻症。

而上述这种病种分类设置逻辑也造成了“糖尿病及其并发症”在理赔时的相关问题。同样以上文所述DM01分组为例,下图展示了其各病种的定义。

#### 严重1型糖尿病(重症):

**\*\* 略 \*\*。**必须明确诊断为胰岛素依赖型糖尿病(1型糖尿病)并满足下列至少一个条件:

- (1) 出现增殖性糖尿病视网膜病变;
- (2) 糖尿病肾病,且尿蛋白  $>0.5\text{g}/24\text{h}$ ;
- (3) 因糖尿病足趾坏疽进行足趾或下肢截断术。

#### 糖尿病导致单足截除(中症):

因糖尿病引起的神经及血管病变累及足部,为了维持生命在我们认可医院内已经进行了医疗必须的由足踝或以上位置的单足截除手术。

切除多只脚趾或因任何其他原因引起的截除术不在保障范围内。

#### 糖尿病视网膜晚期增生性病变(轻症):

**\*\* 略 \*\*。**

图 6: DM01 分组定义示例



由图6，重症的理赔条件为“增殖性视网膜病变”、“糖尿病肾病”、“足趾或下肢截除”的“3选1+”，而中症为“单足截除”，轻症则为“视网膜增生性病变”。如若患者因糖尿病足趾坏疽而进行了脚趾截除手术，符合了该条款的重症理赔标准，但却不符合中症的理赔标准（单足截除）。此外，医学上会将“糖尿病视网膜病变”分为“增殖性病变”和“非增殖性病变”，以有无新生血管为区分标准，条款定义中的“增生性病变”并非医学的相关表述，也很难界定其与“增殖性病变”间的区别与联系。

## 四、关于“糖尿病及其并发症”病种的整体评价及规范化建议

“糖尿病及其并发症”非确诊即赔，条款的内容如何制定，直接关系到被保险人能否理赔，甚至可以体现保司的专业度和服务能力水平。在理赔实际操作中发现的既有条款不合理设置，需予以重视，并及时调整修订后续条款。

从病种命名方面来看，“糖尿病及其并发症”受到病种拆分的影响，命名涉及到“并发症”、“肾”、“截足/趾/肢”、“视网膜病变”等字段，较为复杂，但其均为由糖尿病所引致的各种并发症。建议规范化的重症统一命名为“严重1型糖尿病”，轻症统一命名为“糖尿病导致脚趾切除”和“糖尿病视网膜增殖性病变”。

从病种定义方面来看，“糖尿病及其并发症”受到病种拆分的影响，定义也相对更为复杂。其中，“1型糖尿病（并发症）”的定义理赔标准多涉及“截足/趾/肢”、“视网膜”和“肾”，部分定义纳入了更为严格的“心脏”相关标准；“糖尿病肾病”的定义则多采取Scr、Ccr、GFR等临床证据，部分条款引入“蛋白尿”的标准；“糖尿病所致截足/趾/肢”则最为复杂，涉及“双足”、“单足”、“脚趾”、“截肢”等多个标准，且不同条款对同一标准所放入的病种分类不同，如部分条款将“双足截除”按照重症处理，而部分条款则将其放入了中症；“糖尿病所致视网膜增生性病变”则涉及到与“增殖性病变”、“非增殖性病变”的相关问题。

关于该病种，大部分条款的重症以“1型糖尿病”为给付前提，在此基础上做条件限制。未限定“1型糖尿病”的重症条款，从命名上即可发现，还需合并其它并发症，而对这些并发症严重程度的要求，与已有的重症病种定义存在高度重合。如“糖尿病导致的双足截除”，可以在重症“多个肢体缺失”中满足条件并申请赔付；“糖尿病并发严重肾脏损害”，其中关于肾功能损伤程度的要求，与重症“严重慢性肾衰竭”的状态已极为接近。所以这种条款定义是对既有重疾病种的拆分，将已有的保障内容安插在糖尿病定义中，并没有真正增加保障。如果是多次给付且未合理设置病种分组的重疾险产品，条款保障内容的重复，使同一疾病状态同时满足两项保障责任，反而会带来重复赔付的风险。

本报告建议，重症仍以“严重1型糖尿病”为命名和定义方式。对于其它类型糖尿病的被保险人，可通过与其并发症严重程度相当的重症病种获得保障。而对于不满足重症条件的1型或其它类型糖尿病，设置“糖尿病导致脚趾切除”和“糖尿病视网膜增殖性病变”轻症病种。

目前大部分条款会将单纯心律失常导致的“植入心脏起搏器”列为轻症，而1型糖尿病进展到糖尿病心脏病并植入起搏器，考虑叠加风险增加了疾病严重程度，将其列为重症体现一定的合理性。所以本报告建议将“植入心脏起搏器”作为重症“严重1型糖尿病”的可选条件。

据相关文献报道，糖尿病门诊患者中糖尿病足占比3.67%，而因糖尿病足行下肢截肢（趾）的患者仅占同期接诊糖尿病足总数的1.08%<sup>⑥</sup>，可见糖尿病足虽然病情凶险，但实际实施截肢（趾）的病例占糖尿病患者比例却很小，而由于近年医学水平的提高，可通过血管重建的方法挽救病损的下肢，并在多方共同努力下，依靠充分的临床干预和病患积极的血糖调控，试图降低糖尿病足的截肢率。保险条款中的定义制定也需考虑临床医学的发展趋势，如果重疾定义仍要求需截肢甚至双下肢才符合理赔条件，未免原地踏步。现行部分条款已经意识到这一问题并进行了调整，所以在本报告推荐的病种定义中，不管是“严重1型糖尿病”的重症，还是不分型的轻症“糖尿病导致脚趾切除”，实施了“切除至少一只脚趾”手术，即可符合理赔条件。

由前文分析，一些条款将“糖尿病视网膜增生性病变”列为中症或轻症，是在糖尿病诊断前提下，对视力损失相关责任的设置，较“视力严重受损”病种，对视力损失的要求更宽松，所以增加这一病种符合被保险人利益，鉴于病种定义涉及视力检查标准和眼科治疗多个条件，本报告建议将其与轻症“糖尿病导致脚趾切除”独立，单列为一条轻症病种，更利于理解。

从规范化定义的难点和痛点方面来看，糖尿病的并发症众多，涉及多个部位和系统，不可避免地关联到其它病种条款的内容。制定条款时，既要考虑糖尿病的进展程度，合理划分疾病程度，又要兼顾糖尿病并发症与既有条款保障范围之间的合理性，避免出现同程度病种赔付标准的矛盾和差异，并避免病种拆分。

综上，建议明确区分被保险人所处的疾病严重程度和病程阶段，以疾病发展过程为依据，对该病种定义进行规范。建议如下：

⑥ 关小宏等，糖尿病足流行病学及糖尿病足截肢（趾）的临床情况分析[J/CD].中华损伤与修复杂志;电子版 2012,7(4):406-408。

#### **重症定义：严重 1 型糖尿病**

指由于胰岛素分泌绝对不足引起的慢性血糖升高，并持续性地依赖外源性胰岛素维持 180 天以上。须经血胰岛素测定、血 C 肽测定或尿 C 肽测定，结果异常。并须在本合同有效期内，满足下述条件之一者：

- (1) 已植入心脏起搏器治疗心脏病；
- (2) 因坏疽切除一只或以上脚趾。

#### **轻症定义：糖尿病导致脚趾切除**

指被确诊为糖尿病，出现糖尿病肢体坏疽，并实施了脚趾切除手术。

#### **轻症定义：糖尿病视网膜增殖性病变**

经本公司认可医院的眼科专科医生明确诊断因糖尿病而并发视网膜晚期增殖性血管病变，并须满足下列全部条件：

- (1) 双眼最佳矫正视力低于 0.3（采用国际标准视力表，如果使用其他视力表应进行换算）；
- (2) 已经实施了激光治疗等以改善视力障碍。

如条款中存在其它与视力相关的轻症，为避免重复赔付，还应做以下约定：

本公司对“糖尿病视网膜晚期增殖性病变”、“视力严重受损”、“单目失明”三项中的一项承担保险责任，给付其中一项保险金后，对其他两项轻症疾病保险责任同时终止。



## 附录 2-3: 川崎病

### 一、“川崎病”的医学概述

川崎病，又称“皮肤粘膜淋巴结综合征”，该病最早由日本的川崎富作医生于1967年首次报道，故命名“川崎病”。5岁以下的儿童和婴幼儿高发，以全身性中、小动脉炎性病变为主要病理特征，临床表现为长期发热、皮疹、结膜炎、粘膜炎症、淋巴结肿大。川崎病若不及时治疗则常引起冠状动脉病变，是儿童时期缺血性心脏病的主要原因。

### 二、“川崎病”在保险中的概况

#### ① “川崎病”在保险条款中的病种分类

“川崎病”一般出现在保险条款的“重症疾病”、“轻症疾病”、“特定重大疾病”、“少儿特定重大疾病”和“少儿重大疾病”病种分类中。

#### ② “川崎病”在保险条款中的代表性定义

##### 定义一：

##### 川崎病（重症）：

指一种原因未明的血管炎综合征，临床表现为急性发热，皮肤粘膜病损和淋巴结肿大。本病必须经专科医生明确诊断，且必须由血管造影或超声心动图检查证实，满足下列至少一项条件：

- (1) 伴有冠状动脉瘤，且冠状动脉瘤于最初急性发病后持续至少 180 天；
- (2) 伴有冠状动脉瘤，且实际接受了对冠状动脉瘤进行的手术治疗。

##### 定义二：

##### 川崎病合并冠状动脉扩张（轻症）：

川崎病为一种病因不明的系统性血管炎。本合同仅对诊断性检查证实川崎病并发冠状动脉瘤或其他心血管异常，但未接受手术治疗的情况予以赔付。

图 1：保险条款中“川崎病”的代表性定义



图1展示的是不同条款中关于“川崎病”的代表性定义，后文将具体展开其定义逻辑分析。由前文，从川崎病的另一医学命名“皮肤粘膜淋巴结综合征”可以看出，疾病初期好发于皮肤粘膜淋巴结，病程具有自限性，随着对该疾病认识的加深及治疗经验的积累，多数患儿预后良好，早期的对症治疗可以降低冠状动脉病变发生率。而未经治疗的患儿，并发冠状动脉瘤者概率高达20%-30%，可见冠状动脉病变为该疾病病程进展的严重阶段，也是影响患者预后的最重要因素。由此，强调冠状动脉病变的保险定义关注的是川崎病所达到的严重程度或者相当程度的后遗症，以匹配保险产品的设计。

### 三、“川崎病”在保险条款中的具体分析

#### ① 保险条款中的命名方式及特征分析

根据爱选病种字典统计，目前市面上重疾险条款中对于“川崎病”的命名方式，重症共有13种，轻症共有4种。本报告整理归纳了该病种的病名逻辑，如表1所示。

表 1：“川崎病”条款名称特征分析表

类型	分组	条款名称	程度	基础命名	冠状动脉瘤	冠状动脉瘤等心血管异常（并发症）	冠状动脉扩张
重症	N_A1	严重川崎病	✓	✓			
		严重川崎病（或称皮肤粘膜淋巴结综合征）					
	N_A2	川崎病合并冠状动脉扩张		✓			✓
	N_A3	由川崎病导致的冠状动脉瘤		✓	✓		
		川崎病（伴冠状动脉瘤）					
		川崎病伴冠状动脉瘤					
		川崎病冠状动脉瘤手术					
		川崎病冠状动脉瘤手术（少儿）					
	N_A4	川崎病合并严重并发症		✓		✓	
		川崎病并发冠状动脉瘤等心血管异常					
轻症	N_C1	严重川崎病（轻症）	✓	✓			
		严重川崎病					
	N_C2	川崎病		✓			✓
	N_C3	川崎病合并冠状动脉扩张		✓			✓

当前市场上对于“川崎病”的条款名称中,常见的命名方式逻辑为“程度”、“基础命名”、“冠状动脉瘤”、“冠状动脉瘤等心血管异常(并发症)”、“冠状动脉扩张”的不同组合。其中,“程度+基础命名”和“基础命名+冠状动脉瘤”是最为常见的命名方式。本报告将“冠状动脉扩张”和“冠状动脉瘤”分成两个关键词,是因为两者存在差别。川崎病冠状动脉病变(Coronary Artery Lesions, CAL)包括冠状动脉扩张、冠状动脉瘤形成、冠状动脉狭窄和闭塞等。临床上判断川崎病冠状动脉病变的主要依据是冠状动脉内径的绝对值,其优点是数值直观、测量简便。但因儿童处于快速生长发育阶段,关于其冠脉扩张及动脉瘤的界定,需根据个体年龄和较其当下正常冠脉管径的扩张程度等因素来综合判定。近年来,依据冠状动脉内径结果,结合患儿年龄、体表面积等个体化因素校正的冠状动脉Z值<sup>①</sup>,被认为可以更好地判断冠脉病变的严重程度,Z值越大,冠脉病变越严重,通过这种方法可以发现更多潜在的冠脉病变病例。目前在判断冠状动脉瘤大小时,中华医学会儿科学分会建议采用以下综合指标<sup>②</sup>,具体见表2。由此可见,冠状动脉瘤并非通常意义上的肿瘤,是一种特定形式的冠状动脉扩张,与邻近正常节段的血管相比,呈现出近似瘤样的形态改变。

**表 2: 川崎病冠状动脉瘤大小的分型及定义**

分型	内径 (mm)	内径 / 邻近段 *	Z 值
小型冠状动脉瘤或冠状动脉扩张	≤ 4	< 1.5 倍	2 ~ < 5
中型冠状动脉瘤	> 4 ~ < 8	1.5 ~ 4.0 倍	5 ~ < 10
巨大冠状动脉瘤	≥ 8	> 4.0 倍	≥ 10

\*: 适用年龄≥5岁

而川崎病的并发症主要是由于心血管受累引起的,包括冠状动脉瘤、心肌收缩能力下降、心力衰竭、心肌梗死、心律失常及外周动脉闭塞等,因此表1将“冠状动脉瘤等心血管异常”和“并发症”列在一起处理。

①冠状动脉Z值的计算方法利用Olivieri等统计分析得出Z值计算公式:  $Z\text{值} = [\ln(\text{冠状动脉实测值(cm)} - \beta_1 - \beta_2 \times \ln(\text{BSAm}^2))] / \sqrt{MSE}$ 。BSA为体表面积,MSE为均方误差值。

②黄国英,川崎病冠状动脉病变的临床处理建议(2020年修订版),中华儿科杂志,2020;58(9):719。

## ② 保险条款中的定义方式及逻辑分析

### (1) 定义方式及逻辑组合

表 3：“川崎病”定义逻辑组合

类型	分组	疾病描述	检测结果	临床证据	Nakano 分级
重症	D_A1	✓	✓	✓	
	D_A2		✓	✓	
	D_A3	✓	✓	✓	✓
轻症	D_C1	✓	✓	✓	
	D_C2		✓	✓	

条款中对于“川崎病”的定义逻辑，一般会采取在描述疾病的基础上，通过“描述”、“检测结果”、“临床证据”、“Nakano分级”等方式进行组合定义。现对其定义的逻辑具体分析如下：

#### ① 疾病描述

一般而言，大部分“川崎病”定义中均会涉及到与临床表现相关的“疾病描述”时，具体表述为“临床表现为急性发热，皮肤粘膜病损和淋巴结肿大”，且在条款中重症、轻症定义对于临床表现的程度、类型等不做区分。

除了上述的描述方式外，部分重症定义还在临床表现的描述中纳入了“皮疹”和“手或脚肿胀”，并在“淋巴结肿大”中具体规定为“颈部淋巴结肿大”，给出了更加详细的临床表现描述，如“指一种表现为发热、结膜炎、颈部淋巴结肿大、皮疹及手或脚肿胀的系统性血管炎”。

但该部分涉及到临床表现的描述仅是为引出该疾病的介绍文字，并非理赔参考的依据和硬性条件，因而本报告未将其按照“临床表现”处理。

## ② 检测结果

一般而言，大部分“川崎病”定义中涉及到“检测结果”时，在重症、轻症定义中的具体规定没有差异，且检查结果通常只表明“证实川崎病并发冠状动脉瘤或其他心血管异常”，具体如下：

- (1) 须由**血管造影**或(和) **超声心动图**检查证实川崎病并发冠状动脉瘤；
- (2) 或其他心血管异常。

“并发冠状动脉瘤”可以临床查定，但“其他心血管异常”表述笼统，不适合出现在定义中，应当进一步展开明确。

除了上述“2选1+”的方式外，部分定义对于检测结果的描述模糊，仅定义为“诊断性检查”，没有规定具体检查项目。而临床中川崎病的“诊断性检查”一般需要参考“持续发热5天以上”、“多形性皮疹”、“四肢末端变化”、“眼球结膜充血”、“口唇和口腔表现”、“颈部淋巴结肿大”这几项诊断依据，上述6个症状出现5个，或出现4个的同时伴有冠状动脉病变，可诊断为川崎病，具体需要经专科医生诊断证实。

## ③ 临床证据

在“川崎病”的“临床证据”方面，重症与轻症定义的标准差别较大，主要体现在时间要求和是否进行手术上。

在重症中，“临床证据”多以“确诊持续180天”或“进行手术治疗”为主。在具体定义中，大部分要求同时满足上述两项条件，一部分定义指定满足其中一项条件，极少数定义在满足“确诊持续180天”的基础上，加入了动脉瘤的直径的要求，“扩张及动脉瘤的直径最少为6毫米”。重疾典型示例如下：

### 典型示例（重症）：

#### 满足下列至少一项条件：

- ① 伴有冠状动脉瘤，且冠状动脉瘤于最初急性发病后持续至少 180 天；
- ② 伴有冠状动脉瘤，且实际接受了对冠状动脉瘤进行的手术治疗。



在轻症中，“临床证据”多以“未接受手术治疗”为主。部分定义规定同时满足“扩张及动脉瘤的直径最少为5毫米”和“持续至少90天”。轻症两个典型示例如下：

**典型示例一（轻症）：**

本合同仅对诊断性检查证实川崎病并发冠状动脉瘤或其他心血管异常，但未接受手术治疗的情况予以赔付。

**典型示例二（轻症）：****须满足下列全部条件：**

- ① 有一条或以上的冠状动脉出现持续扩张或动脉瘤形成，扩张及动脉瘤的直径最少为5毫米；
- ② 在本公司认可医院的心脏专科医生就此疾病作出诊断后，该扩张或动脉瘤已持续至少90天。

本报告在分析中发现，极少数条款的轻症定义采用了较为严格的临床证据标准，与其他条款中的重症定义相同。虽然是轻症，也要求“持续至少180天”和“进行手术治疗”。这种将“重疾定义”使用在轻症中的操作，实际上是缩减了被保险人的利益，并不合理。

此外，在“临床证据”中，少部分定义对冠状动脉扩张或冠状动脉瘤的直径作出了具体规定。如上述所示，一部分定义规定重症“扩张或动脉瘤直径至少为6mm”，轻症“扩张或动脉瘤直径至少为5mm”；极少数定义规定“证实存在大或巨大的冠状动脉瘤”，但目前临床上仅存在中小冠状动脉瘤和巨大冠状动脉瘤的标准，并没有明确的大冠状动脉瘤的概念，这种描述是否有明确的临床指导还需进一步讨论。

#### ④ Nakano 分级

川崎病持续进展可累及心血管系统，主要临床表现之一为冠状动脉相关疾病，而冠状动脉疾病的病程实际取决于最初血管造影时动脉瘤的大小和分布。1985年，为了准确评估冠状动脉瘤病变的程度，Nakano H<sup>③</sup>等人根据188例冠状血管造影术，将冠状动脉瘤的状况定量分级，具体如下：

③Nakano H, Ueda K, Saito A. Repeated quantitative angiograms in coronary arterial aneurysm in Kawasaki disease. Am J Cardiol, 1985,56(13):846-851.

**表 4: Nakano 对冠状动脉瘤的分级<sup>④</sup>**

名称	症状
正常 (0 级)	冠状动脉管壁光滑, 不伴有任何部位扩张 体表面积 $< 0.5\text{m}^2$ , 冠状动脉内径 $< 2.5\text{mm}$ ; 体表面积 $0.5\text{--}1\text{m}^2$ , 冠状动脉内径 $< 3.0\text{mm}$ 。
冠状动脉扩张 (I 级)	冠状动脉轻度损害, 内径增宽, 5 岁以下冠状动脉内径 $> 3.0\text{mm}$ 。
冠状动脉瘤 (II 级)	冠状动脉相应部位出现近似球形、梭囊状或串珠样扩张的边界清楚的无回声区, 冠状动脉主干在 $4.0\text{mm--}8.0\text{mm}$ 之间, 左前降支及回旋支内径 $\geq 3.0\text{mm}$ , 可单发或多发或冠状动脉内径与主动脉根部比值 $\text{CA/AO} \geq 0.30$ , 属于冠状动脉中度损害。
巨大冠状动脉瘤 (III 级)	冠状动脉内径 $\geq 8\text{mm}$ , $\text{CA/AO} \geq 0.30$ , 病变多为广泛性, 表现为球状、梭状、管状或串珠状瘤样扩张, 内膜增厚, 属于冠状动脉重度损害。

由表4, Nakano等人将川崎病冠状动脉表现分为4级。在条款里, 含“Nakano分级”的典型重症定义为:

**本合同仅对因川崎病合并的冠状动脉炎导致的冠状动脉瘤 (Nakano II级) 予以理赔。**

**Nakano II级: 可为单发、多发或广泛性, 最大内径为 4-8mm。**

可以看到, 重症定义明确了II级的可赔付性, 却没有提及III级的可赔付性, 考虑该定义属于条款疏漏, 对分级更严重的冠状动脉瘤保障缺失。

## (2) 不同分类间的定义区别

在研究过程中, 本报告发现, 大部分公司在同一条款中通常只出现“重症”一种分类, 部分出现了“重症+轻症”的组合, 极少数条款只出现“轻症”一种分类。重症和轻症定义的主要区别如前文所述, 主要体现在时间要求和是否进行手术上, 个别还体现在动脉瘤直径大小上。

此外, 研究中发现个别公司在定义“重症”与“轻症”时, 采用了关联性较小的定义, 具体见下:

<sup>④</sup>赵晓兰, 裘佩春, 刘宝民, 等. 冠状动脉超声显像研究川崎病冠状动脉瘤十二年回顾分析. 中国超声医学杂志, 1997; 13 (7) : 53。

**严重川崎病（条款中的“重症”）：**

**\*\* 略 \*\***。本合同仅对诊断性检查证实川崎病并发冠状动脉瘤或其他心血管异常并且实际接受了手术治疗的情况予以理赔。

**川崎病合并冠状动脉扩张（条款中的“轻症”）：**

**\*\* 略 \*\***。满足下列至少一项条件：

- (1) 伴有冠状动脉瘤，且冠状动脉瘤于最初急性发病后持续至少 180 天；
- (2) 伴有冠状动脉瘤，且实际接受了对冠状动脉瘤进行的手术治疗。

观察可知，这两种均为典型的“重症定义”，病种设置不合理，很有可能增加不必要的理赔纠纷。

## 四、关于“川崎病”病种的整体评价及规范化建议

“川崎病”主要发生在5岁以下儿童人群，故为小儿投保时，建议重点关注条款中是否含有该项责任。但川崎病并不是确诊即赔，重疾条款中多数限定为严重川崎病或川崎病伴随冠脉病变，仅对程度更为严重的川崎病提供保障。

从病种命名方面来看，“川崎病”的命名涉及到“冠状动脉瘤”、“并发症”、“冠状动脉瘤等心血管异常”、“冠状动脉扩张”等，均为“冠状动脉”的相关命名。目前命名的多样化，不利于消费者的阅读和辨别。建议规范化的重症统一命名为“严重川崎病”，或可进一步明确保障范围，采用“严重川崎病伴有冠状动脉瘤”。轻症统一命名为“川崎病伴有冠状动脉病变”。

从病种定义方面来看，“川崎病”的定义多以“疾病描述+临床表现”为基础，辅之以“检测结果”、“临床证据”、“Nakano分级”等理赔标准。重症定义中的典型示例，两项“临床证据”（冠状动脉瘤“确诊持续180天”和“已接受手术治疗”）条件“满足任意一项”的优于“两项需同时满足”的。持续180天的冠状动脉瘤已经提示严重且持续的冠脉扩张，临床上是否接受手术需考虑被保险人实际情况，一味要求必须接受手术治疗才可理赔，没有体现重大疾病保障的意义，反倒会延误那些等待理赔款来安排手术的患者，从而错过治疗时机。所以本报告建议重疾定义为以上临床证据“2选1+”方式。

鉴于Nakano的分级需要行冠状动脉造影术，属于有创检查，对比同行业多数公司已引入超声心动图无痛检查用于明确冠脉病变程度。被保险人多为小儿，想必家长对此会有所排斥，理赔实务中应优先选择无创的检查方式。



而在轻症定义中，部分公司只是将重症责任在相同维度内简单地做出调降，比如典型示例一<sup>⑤</sup>，重症要求实际接受手术治疗，轻症就以“未接受手术治疗”为定义，推断该条款的重疾定义是冠状动脉瘤持续180天和已接受手术两项同时满足。那么没有满足动脉瘤180天但实际已接受手术的患者，却被条款排除在外，造成重症够不上，轻症赔不了的尴尬情况。当然这种情况比较罕见，但是建议条款制定时应考虑全面，而不是简单使用重疾条款的逻辑反面来设定。

典型示例二中，将冠脉扩张持续时间从重症的180天调整至90天，将动脉瘤直径从6mm调至5mm，从持续时间的减半和冠脉扩张程度的降低来反映轻症的轻，但仍没有考虑病程持续进展的可能，若90天后仍持续冠脉病变，便触达重疾理赔标准，需再次递交索赔申请，增加了无意义的理赔工作成本，也使理赔申请人感受欠佳。

从规范化定义的难点和痛点方面来看，各公司在制定定义时都希望能够尽量标准化，有明确的临床指标和数值证据作为参考，来判断是否满足给付条件，但是要注意定义的制定应基于被保险人角度出发，合理考虑病程发展的演进程度。川崎病是小儿高发疾病，正如前文所分析，儿童生长发育迅速，不同年龄的冠脉内径标准范围并不一致，临床中需结合患者实际年龄及生理状态来评定冠脉扩张或是否达到动脉瘤标准，设定统一的冠脉扩张尺寸作为定义标准，不够精准和客观，而且多数产品还是保障全年龄段消费者，个体差异将更为明显。所以冠状动脉扩张或动脉瘤的判断，交由临床医生诊断为佳，不建议在该病种定义上做明确约定。

综上，建议明确区分被保险人所处的疾病严重程度和病程阶段，以疾病发展过程为依据，对该病种定义进行规范。建议如下：

#### **重症定义：严重川崎病伴有冠状动脉瘤**

一种血管炎综合征，临床表现为急性发热，皮肤粘膜病损和淋巴结肿大。本病须经专科医生明确诊断，同时须由血管造影或者超声心动图检查证实，满足下列至少一项条件：

- (1) 伴有冠状动脉瘤，且冠状动脉瘤于最初急性发病后持续至少 180 天；
- (2) 伴有冠状动脉瘤，且实际接受了对冠状动脉瘤进行的手术治疗。

#### **轻症定义：川崎病伴有冠状动脉病变**

本病须经专科医生明确诊断，同时须由血管造影或者超声心动图检查证实，存在一条或以上的冠状动脉出现扩张或动脉瘤形成，但未达到本合同所指重大疾病“严重川崎病伴有冠状动脉瘤”的给付标准。

⑤注：详见前文“典型示例一”。



## 》附录 2-4: 重症肌无力

### 一、“重症肌无力”的医学概述

重症肌无力是一种由神经-肌肉接头处传递功能障碍所引起的自身免疫性疾病，临床主要表现为部分或全身骨骼肌无力和易疲劳，活动后症状加重，经休息后症状减轻。任何年龄组均可发病，但20-40岁和40-60岁为两个发病年龄高峰，前段女性多于男性，后段则多见于男性，10岁以下发病占10%。肌无力危象是该疾病的严重并发症，表现为极重度呼吸系统肌肉麻痹。

### 二、“重症肌无力”在保险中的概况

#### ① “重症肌无力”在保险条款中的病种分类

“重症肌无力”出现在保险条款的“重症疾病”、“中症疾病”、“轻症疾病”、“特定重大疾病”、“少儿特定重大疾病”、“少儿重大疾病”和“罕见特定重大疾病”病种分类中。

国家卫健委等五部委将“全身型重症肌无力”列入《第一批罕见病目录》，这也是部分条款将其列入“罕见特定重大疾病”中的原因之一。

## 2 “重症肌无力”在保险条款中的代表性定义

### 定义一：

#### 全身性（型）重症肌无力（重症）：

是指一种神经与肌肉接头部位传递障碍的自身免疫性疾病，临床特征是局部或全身横纹肌于活动时易于疲劳无力，颅神经眼外肌最易累及，也可涉及呼吸肌、下肢近端肌群以至全身肌肉，须经专科医生确诊。其诊断必须同时具有下列情况：

- (1) 经药物、胸腺手术治疗一年以上无法控制病情，丧失正常工作能力；
- (2) 出现眼睑下垂，或延髓肌受累引起的构音困难、进食呛咳，或由于肌无力累及延髓肌、呼吸肌而致机体呼吸功能不正常的危急状态即肌无力危象；
- (3) 症状缓解、复发及恶化交替出现，临床接受新斯的明等抗胆碱酯酶药物治疗的病史。

### 定义二：

#### 严重全身性重症肌无力（重症）：

重症肌无力是一种神经肌肉接头传递障碍所致的疾病，表现为局部或全身骨骼肌（特别是眼外肌）极易疲劳。疾病可以累及呼吸肌、上肢或下肢的近端肌群或全身肌肉，必须满足下列全部条件：

- (1) 经药物治疗和胸腺切除治疗一年以上仍无法控制病情；
- (2) 自主生活能力完全丧失，无法独立完成六项基本日常生活活动中的三项或三项以上。

图 1：保险条款中“重症肌无力”的代表性定义

图1展示的是不同条款中关于“重症肌无力”的代表性定义，后文将具体展开其定义逻辑分析。由前文可见，该疾病的医学临床表现为骨骼肌无力，而只有被保险人患该病，达到肌无力危象状态，或丧失基本生活活动能力，才符合保险定义的理赔条件。

## 三、“重症肌无力”在保险条款中的具体分析

### ① 保险条款中的命名方式及特征分析

根据爱选病种字典统计，目前市面上重疾险条款中对于“重症肌无力”的命名方式，重症共有8种，中症共有3种，轻症共有7种。本报告整理归纳了该病种的病名逻辑，如表1所示。

表 1：“重症肌无力”条款名称特征分析表

类型	分组	条款名称	基础命名	程度	全身性
重症	N_A1	重症肌无力	✓		
	N_A2	全身型重症肌无力	✓		✓
		全身性重症肌无力			
		全身性（型）重症肌无力			
	N_A3	严重重症肌无力	✓	✓	
	N_A4	严重全身性重症肌无力	✓	✓	✓
		严重全身性（型）重症肌无力			
中症	N_B1	中度重症肌无力	✓	✓	
		特定的重症肌无力			
	N_B2	中度全身性（型）肌无力	✓	✓	✓
轻症	N_C1	中度严重重症肌无力症	✓	✓	
		中度重症肌无力			
		中度重症肌无力术			
		轻度重症肌无力			
		特定的重症肌无力			

由表1, 在当前市场上对于“重症肌无力”的条款名称中, 常见的命名逻辑为“基础命名”、“程度”、“全身性”三者的不同组合; 少数中症和轻症条款中出现了限定范围的命名方式, 如“特定的重症肌无力”。值得注意的是, 在描述“程度”时, 少数轻症条款出现了“中度”的字样, 易引起消费者混淆误解。

## ② 保险条款中的定义方式及逻辑分析

### (1) 定义方式及逻辑组合

表 2: “重症肌无力”定义逻辑组合

类型	分组	临床表现	临床证据	丧失独立能力	持续时间	临床分型
重症	D_A1	✓	✓		✓	
	D_A2	✓	✓	✓	✓	
	D_A3	✓	✓	✓	✓	✓
中症	D_B1	✓				✓
	D_B2	✓	✓	✓	✓	
	D_B3	✓		✓	✓	
轻症	D_C1	✓				✓
	D_C2	✓	✓	✓	✓	
	D_C3	✓		✓	✓	
	D_C4			✓		

条款中对于“重症肌无力”的定义方式, 一般会采取在疾病描述的基础上, 通过“临床表现”、“临床证据”、“丧失独立能力”、“持续时间”、“临床分型”等方式进行组合定义。对于疾病的基本描述通常为“是一种神经与肌肉接头部位传递障碍的自身免疫性疾病”。现对其定义逻辑中“临床表现”、“临床证据”、“丧失独立能力”、“持续时间”、“临床分型”具体分析如下:



## ① 临床表现

“重症肌无力”定义均涉及到临床表现，通常表述为“临床特征是局部或全身横纹肌于活动时易于疲劳无力，颅神经眼外肌最易累及，也可涉及呼吸肌、下肢近端肌群以至全身肌肉”。除此之外，少数重症条要求满足“出现眼睑下垂，或延髓肌受累引起的构音困难、进食呛咳，或由于肌无力累及延髓肌、呼吸肌而致机体呼吸功能不正常的危急状态即肌无力危象”，规定了病情的严重程度，对理赔条件做出了进一步的加强。

## ② 临床证据

在“临床证据”中，大多数定义围绕“病情”和“病程”展开。重症定义中常见形式为：

### 典型示例一：

其诊断必须同时具有下列情况：

- (1) 经药物、胸腺手术治疗一年以上无法控制病情，丧失正常工作能力；
- (2) 症状缓解、复发及恶化交替出现，临床接受新斯的明等抗胆碱酯酶药物治疗的病史。

### 典型示例二：

经胸腺切除或药物治疗 180 日以上仍无法控制病情。

观察可知，大多数重症定义以接受手术、药物治疗作为衡量标准，并伴随时间要求，对病情严重程度作出了规定，保障赔付范围的合理性。除上述情况外，少数重症定义规定了具体的检测项目，“需经腾喜龙试验，反复刺激神经，sf-EMG或者血清乙酰胆碱酯酶抗体检查”，更加详细明确。中症和轻症定义中，多数定义为“经药物治疗或胸腺手术治疗一年以上无法控制病情，症状缓解、复发及恶化交替出现”，少数定义没有具体说明，不存在“临床证据”相关规定。

## ③ 丧失独立能力

“重症肌无力”定义中，多数提出了“自主能力丧失”，并以六项基本日常生活活动的完成情况作为衡量标准。大多数重症定义中规定“自主生活能力完全丧失，无法独立完成六项基本日常生活活动中的三项或三项以上”，少数定义添加了时间要求，要求“持续180天以上”；多数中症和轻症定义中，则规定为“自主生活能力严重丧失，即无法独立完成六项基本日常生活活动中的二项”。

#### ④ 持续时间

大多数定义中存在“持续时间”的规定，仅有少数中症和轻症定义中没有相关要求。重症定义通常要求达到“丧失独立能力”的条件并持续180日；或满足“临床证据”中有关“手术、药物治疗”的条件并持续一年，少数要求持续180日即可，常见的表述如下：

##### 典型示例一：

经药物、胸腺手术治疗一年以上无法控制病情，丧失正常工作能力。

##### 典型示例二：

自主生活能力完全丧失，无法独立完成六项基本日常生活活动中的三项或三项以上持续至少180天。

中症和轻症定义中，常见情况与重症相同，要求达到“丧失独立能力”的相关条件并持续180日，或满足“手术、药物治疗”的条件并持续一年。

#### ⑤ 临床分型

2000年美国重症肌无力协会推出了基于定量测试的临床分型，具体如下：

**表 3：美国重症肌无力协会临床分型<sup>①</sup>**

分型	症状
I 型	任何肌无力、可伴有眼闭合无力，其他肌群力正常。
II 型	无论眼肌无力的程度，其他肌群轻度无力。 II a：主要累及四肢肌或 / 和躯干肌，可有同等程度以下的咽喉肌受累； II b：主要累及咽喉肌或 / 和呼吸肌，可有同等程度以下的四肢或 / 和躯干肌受累。
III 型	无论眼肌无力的程度，其他肌群中度无力。 III a：主要累及四肢肌或 / 和躯干肌，可有同等程度以下的咽喉肌受累； III b：主要累及咽喉肌或 / 和呼吸肌，可有同等程度以下的四肢或 / 和躯干肌受累。
IV 型	无论眼肌无力的程度，其他肌群重度无力。 IV a：主要累及四肢肌或 / 和躯干肌，可有同等程度以下的咽喉肌受累； IV b：主要累及咽喉肌或 / 和呼吸肌，可有同等程度以下的四肢或 / 和躯干肌受累。
V 型	气管插管，伴或不伴机械通气（除外术后常规使用）；无插管的鼻饲病例为IV b 型。

①马铮，蒋耀光，王如文，赵云平，周景海.美国重症肌无力协会临床分型的临床应用[J].重庆医学，2004（2）：第33卷第2期。

在“重症肌无力”中，大多数定义中不存在“临床分型”的相关要求，极少数重症定义规定为“临床分型为V型重症肌无力”；个别中症和轻症定义中要求“永久出现肌无力，并根据下列按美国重症肌无力基金会的临床分类界定为第Ⅲ级及以上”。

## ⑥ 其他情况

“重症肌无力”属于神经科专科疾病，大多数定义提到了“须经专科医生明确诊断”，极少数重症和轻症定义更加严格地要求“需经神经专科医师确诊”。

在“重症肌无力”的定义中，少数重症定义会加上保障范围的除外情况，代表性的描述为：“单纯眼肌型重症肌无力不在保障范围内”。因肌无力患者首发症状常为一侧或双侧眼外肌麻痹，且部分患者可持续此状态3年左右时间而不发展至全身肌肉，所以单纯眼肌型重症肌无力，并没有造成严重的病变表现，不符合重症定义要求，因而进行了除外。

## (2) 不同分类间的定义区别

本报告发现，保险公司在对“重症肌无力”病种进行设置时，通常是“重症+轻症”或者“重症+中症”的组合，且中症和轻症类型下的“重症肌无力”定义基本没有差别，因此本报告只分析重症与轻症定义之间的差别。观察可知，重症和轻症的定义区别主要在于“临床表现”、“临床证据”和“丧失独立能力”不同。少数重症定义中要求存在“临床表现”中的“危急状态”，即“出现眼睑下垂，或延髓肌受累引起的构音困难、进食呛咳，或由于肌无力累及延髓肌、呼吸肌而致机体呼吸功能不正常的危急状态即肌无力危象”，轻症中则没有相应要求；在“临床证据”相关规定中，大多数重症定义要求接受手术和药物治疗一年以上，对病情和病程做出了规定，少数轻症定义中则没有相关规定；在“丧失独立能力”的标准中，通常重症采取“六项基本生活活动”“6选3+”的方式，轻症为“6选2+”。

除上述常见方式外，少数定义中涉及到“临床分型”规定，具体为：

**重症肌无力（条款中的“重症”）：**

**\*\* 略 \*\*。**同时满足下列条件：

(1) 出现眼睑下垂，或构音困难、进食呛咳，或由于肌无力累及呼吸肌而致机体呼吸功能不正常的危急状态即肌无力危象；

(2) 经胸腺切除或药物治疗 180 日以上仍无法控制病情。

单纯眼肌型重症肌无力不在保障范围内。

**中度重症肌无力（条款中的“轻症”）：**

**\*\* 略 \*\*。**且须满足下列条件：永久出现肌无力，并根据下列按美国重症肌无力基金会的临床分类界定为第Ⅲ级及以上。

**重症肌无力（条款中的“重症”）：**

**\*\* 略 \*\*。**必须满足下列所有条件：

(1) 经药物治疗和胸腺切除治疗一年以上仍无法控制病情；

(2) 严重肌肉无力，符合下列之一：

① 临床分型为 V 型重症肌无力；

② 自主生活能力完全丧失，无法独立完成六项基本日常生活活动中的三项或三项以上。

**中度重症肌无力（条款中的“轻症”）：**

**\*\* 略 \*\*。**满足下列全部条件：

(1) 经药物治疗或胸腺手术治疗一年以上无法控制病情，症状缓解、复发及恶化交替出现；

(2) 自主生活能力严重丧失，无法独立完成六项基本日常生活活动中的二项或二项以上。

观察可知，当轻症定义以“临床分型第Ⅲ级及以上”为理赔条件时，重症并未规定临床分型，而采用“出现危急状态”和“接受手术药物治疗”作为理赔条件；当重症定义出现“临床分型V型”时，轻症则采用“接受手术药物治疗”和“六项基本生活活动6选2+”作为理赔条件。目前市场上没有同一款产品中重症和轻症定义中均采用“临床分型”的情况。

根据美国重症肌无力基金会分型，Ⅲ级概括为中度无力，Ⅳ级重度无力，Ⅴ级为气管插管。但重症肌



无力的严重表现并非只有气管插管一种情形，如果以临床分型Ⅲ级为轻症的起始赔付标准，Ⅴ级却无法恰当定义与重症相对应的严重程度，所以在该病种的规范化建议中，重症和轻症定义没有均采用“临床分型”的标准。当然同时采用“临床分型”也未尝不可，关键还要看定义组合的合理性。

## 四、关于“重症肌无力”病种的整体评价及规范化建议

从病种命名方面来看，“重症肌无力”的命名涉及到“基础命名”、“程度”、“全身性”、“其他情况（限定范围）”等字段。目前命名较为统一，通常用程度区分重症、中症和轻症定义，在命名中加入“全身性”或“特定的”等字段明确发病范围，但在中症和轻症定义中，程度副词的选择各不相同，不够统一。建议规范化的重症统一命名为“全身性（型）重症肌无力”，轻症统一命名为“轻度重症肌无力”。

从病种定义方面来看，“重症肌无力”的定义多涉及到“临床表现”、“临床证据”、“丧失独立能力”、“持续时间”、“临床分型”等不同理赔标准。回顾开篇的代表性定义一，明确疾病诊断的同时需额外满足3种情况，总体来说定义都偏于描述化，实际理赔时无明确的查勘依据，定义落地存在一定难度，体现在：

### » 工作能力丧失

工作的定义是什么？体力劳动能力丧失，脑力劳动工作可维持，是否包含在内？诸如此类问题的争议恐怕会一直存在。

### » 肌无力危象

医学中的肌无力危象仅指呼吸肌受累丧失正常换气功能的情况，而该条款定义则将眼睑下垂、构音困难等也加入到肌无力危象的成因，显然与疾病定义不符。

### » 病情持续进展，接受抗胆碱酯酶药物治疗史

使用抗胆碱酯酶药物，肌无力症状减轻，反应该疾病的原理和特征，强因果逻辑常用来辅助疾病诊断，临床中广泛用该类药物进行治疗重症肌无力，而拿来作为条款理赔条件，只能侧面印证疾病的诊断正确，并没有区分疾病的严重程度。

在2020年《规范》出台后，参考相关神经系统重症定义，重症肌无力的定义也更多地考虑被保险人基本日常活动的完成情况。但部分患者，会累及呼吸肌，不能维持正常换气功能，出现重症肌无力危象。针对这类患者只审核生活能力缺失，无法体现保障的全面性。所以建议的重症定义中，除了六项基本生活的维度，加入了肌无力危象，即呼吸功能受累这一可选理赔条件。

为合理区分病症严重程度，给中症留出足够的定义空间，本报告认为轻症应该处于疾病确诊后的发展阶段，但未造成严重的功能损失，综合现有病种定义尺度，对照美国重症肌无力基金会的临床分类，推荐以分型为第Ⅲ级及以上，但未达到重症的给付标准，作为轻症定义。

从规范化定义的难点和痛点方面来看，因神经系统疾病有相似的症状表现，所以神经系统病种条款定义也容易趋同。但各个疾病本身的病因和转归却不尽一致，因此制定定义时需深入研究不同病种来确定合理且恰当的理赔条件，而不是套用其他病种的定义内容。

综上，建议明确区分被保险人所处的疾病严重程度和病程阶段，以疾病发展过程为依据，对该病种定义进行规范。建议如下：

#### **重症定义：全身性（型）重症肌无力**

重症肌无力是一种神经肌肉接头传递障碍所致的疾病，表现为局部或全身骨骼肌（特别是眼外肌）极易疲劳，疾病可以累及呼吸肌、上肢或下肢的近端肌群或全身肌肉。本合同所保障的“全身性（型）重症肌无力”须满足下列全部条件：

- （1）经药物治疗和胸腺切除治疗一年以上仍无法控制病情；
- （2）严重肌肉无力，符合下列条件之一：
  - ① 由于肌无力累及呼吸肌而致机体呼吸功能不正常的危急状态即肌无力危象，呼吸肌麻痹导致严重呼吸困难，且已经持续使用呼吸机 7 天（含）以上；
  - ② 自主生活能力完全丧失，无法独立完成六项基本日常生活活动中的三项或三项以上。

#### **轻症定义：轻度重症肌无力**

重症肌无力是一种神经肌肉接头传递障碍所致的疾病，表现为局部或全身骨骼肌（特别是眼外肌）极易疲劳，疾病可以累及呼吸肌、上肢或下肢的近端肌群或全身肌肉。本合同所保障的“轻度重症肌无力”须满足下列条件：

永久不可逆肌无力，并根据下列按美国重症肌无力基金会的临床分类界定为第Ⅲ级及以上，但未达到“全身性（型）重症肌无力”的给付标准。

## 》附录 2-5: 多发性硬化

### 一、“多发性硬化”的医学概述

多发性硬化是一种以中枢神经系统白质炎性脱髓鞘为主要病理特征的自身免疫病。病变常累及大脑、脊髓白质、皮质下结构、脑干、小脑和视神经等，神经传导信号在大脑和身体之间传播变得困难，可导致患者出现视力障碍、肢体无力甚至瘫痪、感觉异常、认知功能障碍等多种症状。

### 二、“多发性硬化”在保险中的概况

#### ① “多发性硬化”在保险条款中的病种分类

“多发性硬化”出现在保险条款的“重症疾病”、“中症疾病”、“轻症疾病”、“特定重大疾病”、“女性特定重大疾病”、“少儿特定重大疾病”、“老年特定重大疾病”、“罕见特定重大疾病”和“高费用特定重大疾病”病种分类中。

一般来说，“多发性硬化”多发于青壮年，起病年龄多在20-40岁<sup>①</sup>，在女性当中的发病率高于男性，因此“多发性硬化”常见于“女性特定重大疾病”，为患病女性提供多重保障。通常，当治疗及时、患病较轻时，“多发性硬化”的治疗费用较少，但如果不及早治疗会出现各种并发症，且越来越严重，从治疗多发性硬化到治疗各种并发症的费用要高得多，因此部分保险公司将其列入“高费用特定重大疾病”中，减轻患者的经济负担。此外，“多发性硬化”属于一种罕见的神经疾病<sup>②</sup>，部分条款将其列入“罕见特定重大疾病”之中。

①褚奕奕，于顾然. 基于国医大师周仲瑛服毒学说探讨多发性硬化的病因及诊治[J].新中医, 2021 (06)。

②贺彩虹，蒋琬姿，张丽雯，阮梅花，周红文，于建荣. 罕见病领域研究现状与趋势分析[J].遗传。

## 2 “多发性硬化”在保险条款中的代表性定义

### 定义一：

#### 严重多发性硬化（重症）：

指被保险人因脑及脊髓内的脱髓鞘病变而出现神经系统多灶性（多发性）多时相（至少 6 个月以内有一次以上（不包含一次）的发作）的病变，须由计算机断层扫描（CT）、核磁共振检查（MRI）或正电子发射断层扫描（PET）等影像学检查证实，且已经造成自主生活能力完全丧失，无法独立完成六项基本日常生活活动中的三项或三项以上，持续至少 180 天。

### 定义二：

#### 多发性硬化症（重症）：

多发性硬化为中枢神经系统白质多灶性脱髓鞘病变，病变有时累及灰质。多发性硬化必须明确诊断，并且已经造成永久不可逆的神经系统功能损害。永久不可逆的神经系统功能损害指被保险人持续 180 天无法独立完成下列基本日常生活活动：

- （1）移动：自己从一个房间到另一个房间；或者
- （2）进食：自己从已准备好的碗或碟中取食物放入口中。

### 定义三：

#### 中度多发性硬化症（中症）：

指被保险人因脑及脊髓内的脱髓鞘病变而出现神经系统多灶性（多发性）多时相（至少 6 个月以内有一次以上（不包含一次）的发作）的病变，须由计算机断层扫描（CT）、核磁共振检查（MRI）或正电子发射断层扫描（PET）等影像学检查证实，且已经造成自主生活能力完全丧失，无法独立完成六项基本日常生活活动中的两项，持续至少 180 天。

### 定义四：

#### 多发性硬化（轻症）：

多发性硬化为中枢神经系统白质多灶性脱髓鞘病变，病变有时累及灰质。多发性硬化症必须明确诊断，并且满足下列全部条件：

- （1）计算机断层扫描（CT）、核磁共振检查（MRI）或正电子发射断层扫描（PET）等影像学检查证实存在中枢神经系统白质内多发病灶；
- （2）完整的医疗记录证实被保险人的疾病呈缓解复发和进展加重病程；
- （3）存在持续 180 天以上的永久不可逆的神经系统功能损害。

图 1：保险条款中“多发性硬化”的代表性定义



图1展示的是不同条款中关于“多发性硬化”的代表性定义，后文将具体展开其定义逻辑分析。由前文可见，多发性硬化是一种终身、慢性、进展性疾病，神经功能障碍反复发作，病程呈现多次缓解-复发的规律，每次复发残留部分症状和体征，逐渐累积致使病情加重。保险条款的重症定义多为“严重多发性硬化”进展到足够严重程度阶段。

### 三、“多发性硬化”在保险条款中的具体分析

#### ① 保险条款中的命名方式及特征分析

根据爱选病种字典统计，目前市面上重疾险条款中对于“多发性硬化”的命名方式，重症共有11种，中症共有5种，轻症共有6种。本报告整理归纳了该病种的病名逻辑，如表1所示。

表 1：“多发性硬化”条款名称特征分析表

类型	分组	条款名称	程度	基础命名	神经系统功能永久性损害
重症	N_A1	多发性硬化		✓	
		多发性硬化 (MS)			
	N_A2	严重的多发性硬化	✓	✓	
	N_A3	多发性硬化导致的神经系统功能永久性损害		✓	✓
中症	N_B1	多发性硬化		✓	
	N_B2	中度多发性硬化	✓	✓	
		较重多发性硬化症			
轻症	N_C1	多发性硬化症		✓	
	N_C2	中度多发性硬化	✓	✓	
		轻度多发性硬化			
		早期多发性硬化症			

当前市场上对于“多发性硬化”的条款名称中，常见的命名逻辑为：“程度”、“基础命名”、“神经系统功能永久性损害”的不同组合。值得注意的是，在描述“程度”时，少数轻症条款出现了“中度”的字样，而中症条款出现了“轻度”字样，易引起消费者混淆误解。

## ② 保险条款中的定义方式及逻辑分析

### (1) 定义方式及逻辑组合

表 2：“多发性硬化”定义逻辑组合

类型	分组	临床表现	临床证据	丧失独立能力	持续时间
重症	D_A1		✓	✓	✓
	D_A2		✓	✓	
	D_A3			✓	✓
	D_A4	✓	✓	✓	✓
中症	D_B1		✓	✓	✓
	D_B2		✓	✓	
	D_B3			✓	
轻症	D_C1		✓	✓	✓
	D_C2		✓	✓	

条款中对于“多发性硬化”的定义方式，一般会通过“疾病描述”、“临床证据”、“丧失独立能力”、“持续时间”等方式进行组合定义。现具体分析如下：

#### ① 疾病描述

一般而言，大部分“多发性硬化”定义中对于疾病的基本描述通常为“多发性硬化为中枢神经系统白质多灶性脱髓鞘病变，病变有时累及灰质”或“多发性硬化是一种中枢神经系统脱髓鞘性疾病”。极少数定义中还提及到“临床表现”，但因其仅是疾病的简单描述，不构成理赔标准，所以将其归为“疾病描述”范畴，表述形式如下：

**典型示例一：**

临床表现为视力受损、截瘫、平衡失调、构音障碍、大小便机能失调等症状。

**典型示例二：**

神经系统存在散在的多部位病变。

**典型示例三：**

临床表现为反复缓解、反复发作的脑、脊髓和视神经损害。

## ② 临床证据

在“临床证据”中，大多数定义有针对检测项目的相关规定，重症定义多围绕“CT”、“MRI”和“PET”展开，常见形式为：

**典型示例一：**

须由计算机断层扫描（CT）、核磁共振检查（MRI）或正电子发射断层扫描（PET）等影像学检查证实。

**典型示例二：**

头颅断层扫描（CT）或核磁共振检查（MRI）结果作为诊断报告。

中症定义中检测项目的要求存在两种形式，与上述重症定义中的典型示例一、二相同；轻症定义则只存在一种形式，与重症定义中典型示例一相同。

除检测项目外，少数定义围绕“病程”与“病变”作出了规定。重症定义要求存在“MRI和脑脊液检查的典型阳性改变”、“有至少两次发作的临床记录且发作间隔至少一个月”、“有明确的上述症状及神经损伤反复恶化、减轻的病史记录”或“有典型的脱髓鞘症状和运动及感觉功能障碍的客观证据，如腰穿、听觉诱发反应、视觉诱发反应和MRI检查的典型改变”；中症和轻症定义要求存在“完整的医疗记录证实疾病呈缓解复发和进展加重病程”。观察可知，这一部分是对病情严重程度作出了规定，提高了赔付门槛，保障了赔付范围的合理性。

### ③ 丧失独立能力

“多发性硬化”定义中，均提出了“存在神经系统功能损害”，并给出了衡量独立能力是否丧失的标准。大多数重症定义以及所有中症、轻症定义中规定为“永久不可逆的神经系统功能损害”；少数重症定义具体要求为“不可逆的运动或（和）感觉功能损害”或“不可逆的身体部位的功能障碍”。

重症定义中“永久不可逆的神经系统功能损害”常见描述方式为：

#### 典型示例一：

永久不可逆的神经系统功能损害指被保险人持续 180 天无法独立完成下列基本日常生活活动：

- (1) 移动：自己从一个房间到另一个房间；或者
- (2) 进食：自己从已准备好的碗或碟中取食物放入口中。

#### 典型示例二：

神经系统永久性功能障碍，指疾病确诊 180 天后，仍遗留下列一种或一种以上障碍：

- (1) 一肢或一肢以上肢体机能完全丧失；
- (2) 语言能力或咀嚼吞咽能力完全丧失；
- (3) 自主生活能力完全丧失，无法独立完成六项基本日常生活活动中的三项或三项以上。

#### 典型示例三：

多发性硬化症必须造成神经系统永久性功能损害并且已导致被保险人自主生活能力完全丧失，无法独立完成六项基本日常生活活动中的三项或三项以上并持续达 180 天以上。

重症定义多数以考量患者能否完成日常生活活动作为是否丧失了独立能力的标准，少数指定了“吃饭”、“进食”两项活动，其余则只要求“自主能力完全丧失，无法满足六项基本日常生活活动中的三项或以上”。此外，部分重症定义将是否具有“语言能力或咀嚼吞咽能力”、“一肢或一肢以上肢体机能完全丧失”列为衡量标准。



除上述三种形式外，少数重症仅规定“本疾病必须有永久性神经损害的证据，且持续至少满6个月”，没有明确如何判断损害。此外，个别定义在判断神经系统功能损害时引入了“临床痴呆评定量表<sup>③</sup>”作为衡量标准，如下：

神经系统永久性功能障碍，指经相关专科医生确诊疾病 180 天后，仍遗留下列至少一种障碍：

- (1) 一肢(含)以上肢体肌力 2 级(含)以下；
- (2) 语言能力完全丧失，或严重咀嚼吞咽功能障碍；
- (3) 由具有评估资格的专科医生根据临床痴呆评定量表(CDR, Clinical Dementia Rating) 评估结果为 3 分；
- (4) 自主生活能力完全丧失，无法独立完成六项基本日常生活活动中的三项或三项以上。

上述定义实际上是照搬了2020年《规范》中“严重脑炎后遗症或严重脑膜炎后遗症”的标准定义。同为神经系统的病种，临床症状和结果转归存在重叠，条款中使用类似的定义标准较为常见。

在目前市场上大多保险产品中，“多发性硬化”不会同时出现在“中症”和“轻症”条款内，大多数组合为“重症+中症”或“重症+轻症”，因此轻症定义中有关“神经系统功能损害”的规定与中症基本相同。本报告中只对中症定义进行分析，“永久不可逆的神经系统功能损害”多采用以下描述方式：

已经造成自主生活能力完全丧失，无法独立完成六项基本日常生活活动中的两项，持续至少 180 天。

观察可知，中症定义中仍然考量患病持续时间以及患者能否完成日常生活活动。除上述方式外，少数中症定义更加宽松，取消了“基本日常生活活动”的规定，仅为“存在永久不可逆的神经系统功能障碍”。此外，个别中症定义引入了“二肢或二肢以上肢体肌力3级(含)以下”，具体为“存在持续180天以上的永久不可逆的以运动功能障碍为表现的神经系统功能损害，二肢或二肢以上肢体肌力3级(含)以下”，关于肌力的分级，数字越小肌力越差，常见的神经系统轻/中症病种，关于肌力的定义为“一肢

③临床痴呆评定量表是医生通过与患者及家属交谈获取信息，加以提炼，完成对患者认知受损程度评估的工具，以此快速评定患者病情的严重程度。结果以0、0.5、1、2、3分表示，分别对应为正常、可疑、轻度、中度、重度五级。

(含)以上肢体肌力为3级”，而此中症定义将“一肢”增加要求改为“二肢”，能够体会到定义制定者在苦心挖掘中症和轻症的尺度差异，但“3级(含)以下”中的“以下”，又不慎涉及了重症的保障范围，因神经系统疾病重症对肌力的要求多为“一肢(含)以上肌力2级(含)以下”，故中症的肌力应约定为3级，不应加上更严重的肌力等级。

#### ④ 持续时间

大多数定义中存在“持续时间”的规定，通常要求达到“丧失独立能力”的条件并持续180日，常见的表述为“已经造成自主生活能力完全丧失，无法独立完成六项基本日常生活活动中的两项，持续至少180天”。部分重症定义要求达到6个月，例如“神经异常症状必须不间断地持续至少六个月，已经造成自主生活能力完全丧失，无法独立完成六项基本日常生活活动中的两项，持续至少180天”。少数中症和轻症定义中没有相关说明。

#### ⑤ 其他情况

“多发性硬化”属于神经科专科疾病，一部分重症定义提到了“须经神经科专科医生确诊”，极少数重症定义更加严格地要求“须由神经专科主任级医生确诊”；少数中症定义同样要求了“由专科医生确诊”，轻症定义中则没有针对诊断医师的规定。

### (2) 不同分类间的定义区别

本报告发现，大部分公司在对“多发性硬化”病种进行设置时，较常见的是“重症+轻症”或者“重症+中症”的组合。由于轻症定义与中症定义的相似性，本报告只分析同一条款中同时出现“重症+中症”的情况，多数以“六项基本日常活动”为衡量标准，具体有以下两种形式：

**条款示例一：****严重多发性硬化（条款中的“重症”）：**

**\*\* 略 \*\***。永久不可逆的神经系统损害指被保险人持续 180 天无法独立完成下列基本日常生活活动：

- (1) 移动：自己从一个房间移动到另一个房间；或
- (2) 进食：自己从已准备好的碗或碟中取食物放入口中。

**中度多发性硬化症（条款中的“中症”）：**

**\*\* 略 \*\***。已经造成自主生活能力完全丧失，无法独立完成六项基本日常生活活动中的两项，持续至少 180 天。

**条款示例二：****严重多发性硬化（条款中的“重症”）：**

**\*\* 略 \*\***。已经造成自主生活能力完全丧失，无法独立完成六项基本日常生活活动中的三项或三项以上，持续至少 180 日。

**中度多发性硬化症（条款中的“中症”）：**

**\*\* 略 \*\***。已经造成自主生活能力严重丧失，无法独立完成六项基本日常生活活动中的两项，持续至少 180 天。

条款示例一，六项基本日常活动中指定了“移动”或“进食”，挑选了与“多发性硬化”相关性更强的、被认为对生活质量影响更大的两项日常活动，任意一项无法独立完成，即可申请理赔，理赔操作更加清晰明确。但出乎意料的是该条款的中症定义又回到了“6选2”模式，对基本日常活动的数量上较重症又有所增加，甚至中症定义覆盖了重症的保障，稍显自相矛盾，建议进行调整，或可考虑在中症或轻症定义中取消此类规定。

观察可知，重症定义中考量完成基本日常生活活动时更严格，采用“6选3/3+”或指定“移动或进食”的模式，而在中症定义中是“6选2”模式。除上述一同采用衡量生活能力的标准外，少数条款采用了重症和中症之间关联性较小的方式。其中重症仍采用“6选3/3+”模式，中症中只要求“存在永久不可逆的神经系统功能障碍”，规定更加宽松，扩大了赔付范围。

然而，也有个别公司的条款中同时出现了该病种的三种分类，区别在于“丧失独立能力”的具体规定有所不同，其重症定义采用“六项基本日常生活活动”“6选3/3+”模式，中症定义采用“6选2”模式，轻症定义则依托“永久不可逆的神经系统功能缺失”与“存在完整的医疗记录证实被保险人的疾病呈缓解复发和进展加重病程”相结合，具体见下：

**严重多发性硬化（条款中的“重症”）：**

**\*\* 略 \*\***。已经造成自主生活能力完全丧失，无法独立完成六项基本日常生活活动中的三项或者三项以上，持续至少 180 天。

**中度多发性硬化（条款中的“中症”）：**

**\*\* 略 \*\***。已经造成自主生活能力完全丧失，无法独立完成六项基本日常生活活动中的两项，持续至少 180 天。

**多发性硬化（条款中的“轻症”）：**

**\*\* 略 \*\***。存在完整的医疗记录证实被保险人的疾病呈缓解复发和进展加重病程，永久不可逆的神经系统功能缺失持续 180 天以上。

综合观察可知，上述条款中出现的中症定义和轻症定义，实际是其他条款中两种不同的中症定义，说明目前市场对于中症与轻症之间的区分没有达成统一标准，病情程度的差别并不明显，会造成消费者的混淆误解，条款设置存在问题。

## 四、关于“多发性硬化”病种的整体评价及规范化建议

从病种命名方面来看，“多发性硬化”的命名涉及到“程度”、“神经系统功能永久性损害并发症”等字段。目前命名较为统一，通常用程度区分重症、中症和轻症条款，在重症条款中加入“神经系统功能永久性损害并发症”明确症状，但在中症和轻症定义中，程度副词的选择各不相同，不够统一。建议规范化的重症统一命名为“严重多发性硬化”，中症统一命名为“中度多发性硬化”，轻症统一命名为“轻度多发性硬化”。

从病种定义方面来看，“多发性硬化”的定义多涉及到“临床表现”、“明确诊断”、“神经系统功能损害”等不同理赔标准。有研究表明，多发性硬化不同形式、不同程度的认知功能损害发生率约为45%-65%<sup>④</sup>，认知功能障碍的发生及严重程度和躯体残疾状况无明显相关。而现有定义仅关注到该疾病导致的日常生活障碍，忽略了可能导致的认知功能受损，且已有对认知功能障碍保障的病种“严重阿尔茨海默病”，并不能明确适用于多发性硬化，所以本报告建议在该病种的重症中，增加由多发性硬化引发认知障碍的保障。

④ Patti F. Cognitive impairment in multiple sclerosis[J]. MultScler, 2009, 15(1): 2-8.



大部分定义对于神经系统功能损害的判断，多围绕六项基本日常生活的完成情况，正如前文所述，本报告建议的定义为“移动”或“进食”无法单独完成任意一项的方式，相较于“6选3/3+”模式，既简化了理赔过程，又能体现与重症相匹配的严重程度。

考虑多发性硬化为罕见病，且发病年龄较早，极有可能造成工作能力过早丧失，所以关于该疾病的轻症，建议准确体现轻症的特点，使消费者尽早能够获得赔付。

从规范化定义的难点和痛点方面来看，该疾病诊断难度大，临床表现多为神经系统的症状和体征，需依靠经验丰富的临床神经科医生，而非实验室检查，还需与其它可引起中枢神经系统损害的疾病相鉴别，重疾定义考虑理赔的可操作性，多是以疾病引发的“神经功能永久损害”导致的严重后果为条件制定定义。所以理赔条款中，通过明确的临床指标和检查结果来定义该病种的方式难以实现，而描述性的定义又会带来较大的争议和理赔操作的困难，所以无论是临床诊疗还是疾病定义制定，都有很大的挑战性和难度。

综上，建议对该病种定义进行规范。建议如下：

#### **重症定义：严重多发性硬化**

指因中枢神经系统脱髓鞘而导致神经系统永久性功能障碍。多发性硬化须由核磁共振检查（MRI）等影像学检查证实，经三级医院神经科专科医生明确诊断。神经系统永久性功能障碍，指经相关专科医生确诊疾病 180 天后，仍遗留下述至少一种障碍：

- (1) 无法独立完成下列基本日常生活活动中的  
移动：自己从一个房间移动到另一个房间；或者  
进食：自己从已准备好的碗或碟中取食物放入口中；
- (2) 由具有评估资格的专科医生根据临床痴呆评定量表（CDR, Clinical Dementia Rating）评估结果为 3 分。

#### **轻症定义：轻度多发性硬化**

指因中枢神经系统脱髓鞘而导致神经系统功能障碍，经三级医院神经科专科医生明确诊断。并且满足下列全部条件：

- (1) 计算机断层扫描（CT）、核磁共振检查（MRI）或正电子发射断层扫描（PET）等影像学检查证实存在中枢神经系统白质内多发病灶；
- (2) 完整的医疗记录证实被保险人的疾病呈缓解复发和进展加重病程。

## 》附录 2-6: 原发性心肌病

### 一、“原发性心肌病”的医学概述

原发性心肌病是一组原因未明、以心肌病变为主、最后发展为心力衰竭的心脏疾病。最初可无自觉不适，以后可在劳累时或轻度劳动时出现气急、心悸、胸闷、呼吸困难等症状。该病的医学分型，请见表1：

**表 1：原发性心肌病医学分型**

分型	特征
扩张型心肌病	该型特征为左或右心室或双侧心室扩大，并伴有心肌肥厚，心室收缩功能减退，伴或不伴有充血性心力衰竭，心律失常多见，病情呈进行性加重，死亡可发生于疾病的任何阶段，此型最为常见，占 70%-80%。
肥厚型心肌病	其特征为心室肌肥厚，典型者在左心室，以室间隔为甚，偶呈同心性肥厚，左心室腔容积正常或缩小，偶尔病变发生于右心室，通常为常染色体显性遗传。该型也较为常见，约占 10%-20%。
限制型心肌病	本型特征为原发性心肌的浸润性或非浸润性病变，或心肌心内膜纤维化，引起心脏充盈受阻的舒张期功能障碍，较为少见。

### 二、“原发性心肌病”在保险中的概况

#### ① “原发性心肌病”在保险条款中的病种分类

“原发性心肌病”出现在保险条款的“重症疾病”、“中症疾病”、“轻症疾病”、“特定重大疾病”、“少儿特定重大疾病”和“少儿重大疾病”病种分类中。

## 2 “原发性心肌病”在保险条款中的代表性定义

### 定义一：

#### 严重心肌病（重症）：

指因心肌病导致慢性心功能损害，已经造成永久不可逆性心功能衰竭，达到美国纽约心脏病学会心功能状态分级Ⅳ级，须满足永久不可逆性体力活动能力受限、无法从事任何体力活动的条件。

### 定义二：

#### 早期原发性心肌病（轻症）：

被诊断为原发性心肌病，并符合下列所有条件：

1. 导致心室功能受损，其受损程度达到美国纽约心脏病学会心脏功能分级的第Ⅲ级，或其同等级别，即：体力活动明显受限，休息时无症状，轻于日常的活动即可引起充血性心力衰竭的症状；
2. 左室射血分数 LVEF < 35%；
3. 原发性心肌病的诊断必须由本公司认可医院的心脏专科医生确认，并提供心脏超声检查结果报告。

本保障范围内的心肌病包括扩张型心肌病、肥厚型心肌病及限制型心肌病。

图 1：保险条款中“原发性心肌病”的代表性定义

图1展示的是不同条款中关于“原发性心肌病”的代表性定义，后文将具体展开其定义逻辑分析。由前文可见，原发性心肌病病因不明，从病因上可以明确与继发性心肌病区分，疾病诊断明确，预后较差。保险定义关注的是原发性心肌病达到的心功能及其后遗症的严重程度，以匹配保险产品设计。

## 三、“原发性心肌病”在保险条款中的具体分析

### ① 保险条款中的命名方式及特征分析

根据爱选病种字典统计，目前市面上重疾险条款中对于“原发性心肌病”的命名方式，重症共有7种，中症共有2种，轻症共有6种。本报告整理归纳了该病种的病名逻辑，如表2所示。

表 2：“原发性心肌病”条款名称特征分析表

类型	分组	条款名称	基础命名	程度	心功能损害
重症	N_A1	心肌病	✓		
		原发性心肌病			
	N_A2	严重心肌病	✓	✓	
		严重原发性心肌病			
		严重心肌病（严重原发性心肌病）			
中症	N_B1	早期原发性心肌病	✓	✓	
	N_B2	原发性心肌病心功能损害	✓		✓
轻症	N_C1	原发性心肌病	✓		
		特定的原发性心肌病			
	N_C2	早期心肌病	✓	✓	
		早期原发性心肌病			
	N_C3	原发性心肌病心功能损害	✓		✓

由表2，在当前市场上对于“原发性心肌病”的条款名称中，常见的命名逻辑为“基础命名”、“程度”、“心功能损害”的不同组合。



## ② 保险条款中的定义方式及逻辑分析

### (1) 定义方式及逻辑组合

表 3：“原发性心肌病”定义逻辑组合

类型	分组	状态分级	临床证据	类型范围	持续时间
重症	D_A1	✓			
	D_A2	✓		✓	
	D_A3	✓	✓		
	D_A4	✓	✓		✓
	D_A5	✓		✓	✓
	D_A6	✓			✓
中症	D_B1	✓			
	D_B2	✓		✓	
	D_B3	✓	✓	✓	
轻症	D_C1	✓			
	D_C2	✓		✓	
	D_C3	✓	✓	✓	
	D_C4	✓	✓	✓	✓

条款中对于“原发性心肌病”的定义方式，一般会先给出疾病的基础描述，再通过“状态分级”、“临床证据”、“类型范围”、“持续时间”等方式进行组合定义。现对其定义的逻辑具体分析如下：

## ① 状态分级

**表 4: 美国纽约心脏病学会心功能状态分级**

分型	症状
I 型	患者有心脏病, 但日常活动量不受限制, 一般体力活动不引起过度疲劳、心悸、气喘或心绞痛
II 型	心脏病患者的体力活动轻度受限制。休息时无自觉症状, 一般体力活动引起过度疲劳、心悸、气喘或心绞痛
III 型	患者有心脏病, 以致体力活动明显受限制。休息时无症状, 但小于一般体力活动即可引起过度疲劳、心悸、气喘或心绞痛
IV 型	心脏病患者不能从事任何体力活动, 休息状态下也出现心衰症状, 体力活动后加重

由表4, 美国纽约心脏病学会 (New York Heart Association, NYHA) 根据诱发心力衰竭症状的活动程度将心功能的受损状况分为四级。

在条款中, “原发性心肌病”的定义均包含心功能状态分级的条件限制。重症定义多数为“心功能衰竭程度达到美国纽约心脏病学会心功能状态分级IV级”;轻症(中症)定义则要求达到“III级或其同等级别”。

## ② 临床证据

定义中临床证据相关的条件主要为左室射血分数 (LVEF)。射血分数指每搏输出量占心室舒张末期容积量(即心脏前负荷)的百分比, 正常值为50%-70%, 是判断心力衰竭类型的重要指征之一。在“原发性心肌病”重症定义中多数要求“左室射血分数持续性低于40%”, 且附加“左室腔扩大至少达到正常值上限的120%”的条件;轻症或中症定义对该项的限制一般为“左室射血分数LVEF<35%”。

## ③ 类型范围

大部分“原发性心肌病”定义中涉及到“类型范围”时, 均会以“本保障范围内的心肌病仅包括扩张型心肌病、肥厚型心肌病及限制型心肌病”的形式表述。在疾病确诊时, 由于病历中不会出现“原发性心肌病”, 只会出现例如“肥厚型心肌病”这种具体的疾病名称, 因此为了让消费者和理赔人员明确“原发性心肌病”的范畴, 条款定义中通常会将上述三类疾病列示, 避免歧义。

#### ④ 持续时间

“持续时间”一般出现在重症和轻症定义中，常见的表述为“相关住院医疗记录显示Ⅳ级心功能衰竭状态已持续至少180日”。部分定义要求同时达到“状态分级”和“临床证据”的条件并持续90日，例如：“心功能衰竭程度达到美国纽约心脏病学会心功能状态分级Ⅳ级，心超证实左室射血分数<30%，且持续至少90天。”

#### ⑤ 其他情况

在“原发性心肌病”的定义中，部分条款会加上保障范围的除外情况，代表性的描述为：“继发于全身性疾病或其它器官系统疾病造成的心肌病变不在保障范围内”。除此之外，在部分条款中“酗酒(或酒精滥用)”和“滥用药物”造成的心肌病也属于“除外情况”。

### (2) 不同分类间的定义区别

整体来看，“原发性心肌病”在条款中多数出现在重症类型下，部分条款同时将其纳入重症和轻症，少数为“重症+中症”的组合。但对比中症和轻症定义，其定义内容基本没有差别。

另外，本报告发现对于“重症+轻症”组合的条款，其区别主要在于“心功能状态分级”不同。重症要求分级为Ⅳ级，轻症要求Ⅲ级。

此外，部分条款的“轻症”定义相较于同一条款的“重症”定义会增加左室射血分数(LVEF)条件。代表性条款定义如下：

#### 严重心肌病(条款中的“重症”)：

指被保险人因心肌病导致慢性心功能损害造成永久不可逆性的心功能衰竭。心功能衰竭程度达到纽约心脏病学会的心功能分级标准之心功能Ⅳ级。被保险人永久不可逆性的体力活动能力受限，不能从事任何体力活动。

**早期原发性心肌病（条款中的“轻症”）：**

被诊断为原发性心肌病，并符合下列所有条件：

- （1）导致心室功能受损，其受损程度达到美国纽约心脏病学会心脏功能分级的第Ⅲ级，即：体力活动明显受限，休息时无症状，轻于日常的活动可引起充血性心力衰竭的症状；
  - （2）左室射血分数 LVEF < 35%；
  - （3）原发性心肌病的诊断必须由本公司认可医院的心脏专科医生确认，并提供心脏超声检查结果报告。
- 本保障范围内的心肌病包括扩张型心肌病、肥厚型心肌病及限制型心肌病，继发于酒精滥用性的心肌病不在此保障范围之内。

从上述例子会发现，在条款中“轻症”定义的描述比“重症”定义更加详细，例如新增了“类型范围”和“除外情况”，这在“重症+轻症”组合的条款中是普遍现象。其原因在于重症责任通过“永久不可逆”与“心功能Ⅳ级”定义时已经把发病时间和发病程度都涵盖了，责任描述很明确，因而无需赘述“射血分数”等情况，轻症责任看上去描述更为详细，实际上是因为其理赔时不能仅仅诊断原发性心肌病就赔付，而是需要达到一定的严重程度才能进行理赔，所以轻症责任的描述相较于重症责任看上去更为繁琐，实则是为了进一步明确赔付条件。



## 四、关于“原发性心肌病”病种的整体评价及规范化建议

“原发性心肌病”近年来发病率渐增，已成为危害青壮年健康的较常见病，又因病因不明，防治欠佳，是临床上急待解决的心血管病课题之一。原发性心肌病不是确诊即赔付的，理赔时需要判断是否达到条款限定的条件，区分原发性心肌病和继发性心肌病，同时注意条款免责内容，例如酒精滥用。

从病种命名方面来看，“原发性心肌病”的命名涉及到“基础命名”、“程度”、“心功能损害”等字段。个别条款的轻症中出现“早期原发性心脏病”写法，但其定义与其他条款的轻症定义相同，因此可以推测这里的正确写法应该是“早期原发性心肌病”。

对于“原发性心肌病”病种，本报告建议在对该病种命名时进行规范化的统一，建议规范化的重症统一命名为“严重原发性心肌病”。轻症命名可以统一为“早期原发性心肌病”。

从病种定义方面来看，“原发性心肌病”的定义以“美国纽约心脏病学会心功能状态分级”为基础，辅之以“临床证据”、“类型范围”、“持续时间”等其他标准。各家条款重症定义基本统一，均明确了原发性心肌病的类型、心功能的级别及心功能衰竭持续时长，重症定义明确且合理，理赔执行的依据充分，只是个别公司对于心功能衰竭持续时长要求为90天，大多数保险公司均要求180天，从疾病状态永久不可逆为赔付责任出发，定义心功能衰竭持续时长为180天合理。原发性心肌病重症责任赔付的是心功能Ⅳ级永久不可逆状态，所以消费者提供的资料需要满足心功能衰竭心功能Ⅳ级持续时间为180天，此要求排除了有心脏基础疾病偶发急性心功能衰竭经过治疗可以缓解的场景情况。轻症定义各家条款略有差异，特别是对于心功能的要求，有的定义用同等心功能Ⅲ级限制赔付责任，因心功能异常的描述<sup>①</sup>均为主观感受，给理赔实际操作造成难度，易引起纠纷。

从规范化定义的难点和痛点方面来看，各家保险公司原发性心肌病重症定义易统一，理赔可操作性强，产生的消费者纠纷少。但轻症定义略有差异较难统一，例如消费者心功能在某一特定时间达到Ⅲ级但未达到永久不可逆的程度，经过治疗恢复到心功能正常水平时，理赔端操作会有歧义，或者消费者心功能已经达到Ⅲ级，只是左心室射血分数未满足条款定义要求而不能理赔，会引起消费者的不满和纠纷。建议对于本疾病轻症定义，不加入左心室射血分数的强制要求，类比参考本疾病的重症定义，轻症只限制本疾病的心功能和持续时长，因为临床心脏专科医生均统一按照美国纽约心脏病学会心功能状态分级进行判断，尺度统一，左心室射血分数只是其中的参考项，定义就无需再特别约定左心室射血分数具体数值要求，可以减少理赔端的纠纷，简化消费者理赔资料，提高消费者对理赔结论的接受程度。

<sup>①</sup> 体力活动明显受限，休息时无症状，轻于日常的活动即可引起充血性心力衰竭的症状。

综上，建议明确区分被保险人所处的疾病严重程度和病程阶段，以疾病发展过程为依据，对该病种定义进行规范。建议如下：

**重症定义：严重原发性心肌病**

指不明原因引起的一类心肌病变，包括扩张型心肌病、肥厚型心肌病及限制型心肌病，被保险人被诊断为原发性心肌病导致慢性心功能损害，已经造成永久不可逆性的心功能衰竭，心功能衰竭程度须达到美国纽约心脏病学会（New York Heart Association, NYHA）心功能状态分级Ⅳ级，且有相关住院医疗记录显示Ⅳ级心功能衰竭状态持续至少 180 日。

**继发于全身性疾病或其他器官系统疾病及酒精滥用造成的心肌病变不在本合同保障范围内。**

**轻症定义：早期原发性心肌病**

被诊断为原发性心肌病（包括扩张型心肌病、肥厚型心肌病及限制型心肌病）且未达到重度疾病“严重原发性心肌病”的给付标准，并符合下列所有条件：

- （1）导致心功能损害，其受损程度须达到美国纽约心脏病学会（New York Heart Association, NYHA）心功能状态分级Ⅲ级；
- （2）相关住院医疗记录显示Ⅲ级心功能状态持续至少 90 日；
- （3）提供心脏超声检查结果报告。

**继发于全身性疾病或其他器官系统疾病及酒精滥用造成的心肌病变不在本合同保障范围内。**

## 》附录 2-7: 急性坏死性胰腺炎

### 一、“急性坏死性胰腺炎”的医学概述

急性坏死性胰腺炎是急性胰腺炎的一种类型。急性胰腺炎是多种病因导致胰酶在胰腺内被激活后引起胰腺组织自身消化、水肿、出血甚至坏死的炎症反应。急性胰腺炎病因众多,胆道疾病、酗酒、高脂血症和医源性创伤均可以诱发。最常见的诱发因素是胆道疾病(约占50%)和酗酒,占急性胰腺炎患病病因的70%以上。依据病理分类,急性胰腺炎分为间质水肿性急性胰腺炎和坏死性急性胰腺炎,间质水肿性胰腺炎占绝大多数,其预后良好,肉眼可见胰腺呈弥漫性和局限性水肿、肿胀、变硬,外观似玻璃样发亮,镜下可见腺泡和间质水肿、炎性细胞浸润,偶有轻度的出血和局灶性坏死,但腺泡和导管基本正常;坏死性急性胰腺炎病情笃重,发展急剧,并发症多,死亡率很高,镜下可见胰腺组织呈大片出血坏死,腺泡和小叶结构模糊不清,胰腺导管呈不同程度扩张,动脉有血栓形成,坏死灶会继发感染,腹腔伴有血性渗液,内含大量淀粉酶,肉眼可见胰腺腺体增大、肥厚,呈暗紫色,后期坏疽时为黑色。

### 二、“急性坏死性胰腺炎”在保险中的概况

#### ① “急性坏死性胰腺炎”在保险条款中的病种分类

“急性坏死性胰腺炎”出现在保险条款的“重症疾病”、“中症疾病”、“轻症疾病”和“特定重大疾病”病种分类中。

## 2 “急性坏死性胰腺炎”在保险条款中的代表性定义

### 定义一：

#### 急性坏死性胰腺炎（重症）：

指被保险人因为急性出血坏死性胰腺炎已经接受了外科开腹手术治疗,以进行坏死组织清除、坏死病灶切除或胰腺切除。因饮酒所致的急性出血坏死性胰腺炎或经腹腔镜手术进行的治疗不在保障范围内。

### 定义二：

#### II级重症急性胰腺炎（重症）：

II级重症急性胰腺炎是指急性胰腺炎伴有脏器功能障碍。被保险人所患的II级重症急性胰腺炎必须明确诊断,按 APACHE- II 评分达到 8 分或 8 分以上和 Balthazar 分级系统达到II级或II级以上,并且接受了外科剖腹手术治疗,以进行坏死组织清除、坏死病灶切除或胰腺切除。因酗酒或饮酒过量所致的急性坏死性胰腺炎以及腹腔镜手术不在保障范围内。

图 1：保险条款中“急性坏死性胰腺炎”的代表性定义

图1展示的是不同条款中关于“急性坏死性胰腺炎”的代表性定义,后文将具体展开其定义逻辑分析。由前文可见,该疾病的医学定义描述了该疾病的病因、发病机理、临床表现、并发症及治疗方案。保险定义关注的是急性胰腺炎的严重程度须达到坏死性胰腺炎的诊断,且强调须进行外科开腹手术的治疗方案才能达到重症责任的赔付条件,同时明确了条款责任免除的内容,说明急性坏死性胰腺炎非诊断即赔付的责任,需要被保险人的病情达到定义要求的严重程度才能理赔。

## 三、“急性坏死性胰腺炎”在保险条款中的具体分析

### ① 保险条款中的命名方式及特征分析

根据爱选病种字典统计,目前市面上重疾险条款中对于“急性坏死性胰腺炎”的命名方式,重症共有22种,中症共有3种,轻症共有5种。本报告整理归纳了该病种的病名逻辑,如表1所示。



表 1：“急性坏死性胰腺炎”条款名称特征分析表

类型	分组	条款名称	基础命名	程度	出血	Balthazar 分级	开腹手术	腹腔镜手术
重症	N_A1	急性坏死性胰腺炎	✓					
	N_A2	严重急性坏死性胰腺炎	✓	✓				
		重症急性坏死性胰腺炎 - 不包括酒精作用所致						
	N_A3	急性出血坏死性胰腺炎	✓		✓			
	N_A4	II 级重症急性胰腺炎	✓	✓		✓		
	N_A5	急性坏死胰腺炎开腹手术	✓				✓	
		急性坏死性胰腺炎开腹手术						
	N_A6	急性出血坏死性胰腺炎开腹手术	✓		✓		✓	
	N_A7	重症急性胰腺炎开腹手术	✓	✓			✓	
		重症急性胰腺炎剖腹手术						
	N_A8	重症急性出血坏死性胰腺炎开腹手术	✓	✓	✓		✓	
中症	N_B1	急性坏死性胰腺炎腹腔镜手术	✓					✓
	N_B2	急性出血坏死性胰腺炎腹腔镜手术	✓		✓			✓
轻症	N_C1	急性坏死性胰腺炎开腹手术	✓				✓	
	N_C2	急性坏死胰腺炎腹腔镜手术	✓					✓
	N_C3	急性出血坏死性胰腺炎腹腔镜手术	✓		✓			✓
	N_C4	重症急性胰腺炎腹腔镜手术	✓	✓				✓

由表1, 在当前市场上对于“急性坏死性胰腺炎”的条款名称中, 常见的命名逻辑为“基础命名”、“程度”、“出血”、“Balthazar分级”、“开腹手术”、“腹腔镜手术”的不同组合。其中, 重症命名较为复杂, 多以“基础命名”或“基础命名+开腹手术”为主, 少数条款采用了“Balthazar分级”的方式; 中症和轻症命名则多采用“基础命名+腹腔镜手术”的方式, 也有个别条款轻症命名采用“基础命名+开腹手术”的方式, 但其在具体定义中仍明确为“腹腔镜手术”, 乃是条款命名时出现的疏漏。

## ② 保险条款中的定义方式及逻辑分析

### (1) 定义方式及逻辑组合

相比于“急性坏死性胰腺炎”的命名方式，其定义方式则较为简单。基本上可以分为“疾病描述+实施手术”和在此之上增加了“APACHE-II评分”与“Balthazar分级”两类，具体见前文“急性坏死性胰腺炎”的代表性定义一和二。

“定义一”指出“实施手术”的原因应是“急性出血坏死性胰腺炎”，而“实施手术”的具体目的是“进行坏死组织清除、坏死病灶切除或胰腺切除”，而手术方式明确须为开腹手术，强调了腹腔镜手术方式为条款免责内容。

“定义二”则增加了“APACHE-II评分”与“Balthazar分级”的理赔标准，具体表述为“按APACHE-II评分达到8分或8分以上和Balthazar分级系统达到Ⅱ级或Ⅱ级以上”。

“APACHE”，即“急性生理和慢性健康评估系统（Acute Physiology and Chronic Health Evaluation）”，是于1981年正式建立的系统，1985年将其修改后成为“APACHE-II”评分。APACHE-II分为三项：

①**急性生理评分项(APS)**，根据患者生命体征变化范围、血液气体分析、血清电解质和血常规共12个项目的变化范围，给予不同的分值1-4分，正常为0分；

②**年龄评分项**，按年龄共分为5个分值段，随年龄上升分值增加，最高为6分；

③**慢性健康评分项**，对五种器官慢性功能不全按照标准给予不同评分，对不能承受手术或行急诊手术给给5分，行选择性手术时加2分。

将上述三项相加，即得该患者的APACHE-II评分。APACHE-II评分系统能较可靠地预测病情严重性和群体病员死亡风险率，APACHE-II分值越高，病情越重，死亡风险越高。根据医学标准，重症急性胰腺炎要求APACHE-II评分在8分或8分以上。

平扫和增强CT（断层扫描）是大多数胰腺疾病的首选影像学检查手段和有效检查方法，Balthazar CT 评级、改良的CT严重指数评分（Modified CT Severity Index, MCTSI）常用于胰腺炎炎症反应及坏死程度的判断，具体见表2和表3：

表 2: Balthazar CT 分级评分系统<sup>①</sup>

Balthazar CT 分级	CT 表现
A 级	胰腺正常
B 级	胰腺局部或弥漫性肿大, 但胰周正常
C 级	胰腺局部或弥漫性肿大, 胰周脂肪结缔组织炎症性改变
D 级	胰腺局部或弥漫性肿大, 胰周脂肪结缔组织炎症性改变, 胰腺实质内或胰周单发性积液
E 级	广泛的胰腺内、外积液, 包括胰腺和脂肪坏死, 胰腺脓肿

表 3: 改良的 CT 严重指数评分 (MCTSI) 标准<sup>②③</sup>

特征	评分
<b>胰腺炎症反应</b>	
正常胰腺	0
胰腺和(或)胰周炎症改变	2
单发或多个积液区或胰周脂肪坏死	4
<b>胰腺坏死</b>	
无胰腺坏死	0
坏死范围 ≤ 30%	2
坏死范围 > 30%	4
胰外并发症, 包括胸腔积液、腹水、血管或胃肠道受累等	2

① 资料来源:《实用外科学》(第四版), 吴肇汉、秦新裕、丁强, 人民卫生出版社。

② 资料来源:《实用外科学》(第四版), 吴肇汉、秦新裕、丁强, 人民卫生出版社。

③ 注: MCTSI评分为炎症反应与坏死评分之和。

其中，“Balthazar CT分级”是影像学得出的辅助判断，临床上医生会根据此进行“MCTSI评分”，其是基于前述CT分级的改良标准，亦属于“Balthazar分级系统”，保险公司定义中所指的“Balthazar分级”实质是通过“MCTSI评分”得出的。

“Balthazar分级系统”的计算公式为“MCTSI分数=胰腺炎症反应分数+胰腺坏死程度分数”。当MCTSI分数介于0分-3分时，为Ⅰ级；介于4分-6分时，为Ⅱ级；介于7分-10分时，为Ⅲ级。其中，重症急性胰腺炎Balthazar分级系统在Ⅱ级或Ⅱ级以上。

除此之外，各个条款在对于“急性坏死性胰腺炎”的定义中均会明确“因酗酒或饮酒过量所致的急性坏死性胰腺炎不在本保单保障范围内”的除外。酗酒是“急性坏死性胰腺炎”的发病原因之一，约占病因25%，将“酗酒”除外体现了对于因持有保单而产生的疏忽或放纵行为等道德风险的规避。

## (2) 不同分类间的定义区别

在研究过程中，本报告发现，大部分公司在对“急性坏死性胰腺炎”病种进行设置时会采用“重症+轻症”的组合，仅个别公司采取“重症+中症”的组合。但对比中症和轻症定义，其定义内容基本没有差别。

此外，本报告发现，对于“急性坏死性胰腺炎”轻症，几乎所有公司均未采用“APACHE-II评分”与“Balthazar分级”进行定义，而是采用前文所述的“疾病描述+实施手术”的定义方式，其与重症定义的主要区别在于，重症实施的为“开腹手术”，而轻症实施“腹腔镜手术”即可理赔，具体见下：

### 急性坏死性胰腺炎（重症）：

指被保险人因为急性出血坏死性胰腺炎已经接受了**外科开腹手术**治疗，以进行坏死组织清除、坏死病灶切除或胰腺切除。因饮酒所致的急性出血坏死性胰腺炎或经腹腔镜手术进行的治疗不在保障范围内。

### 急性出血坏死性胰腺炎腹腔镜手术（轻症）：

指被保险人被确诊为急性坏死性胰腺炎，并实际接受了**腹腔镜手术**治疗，以进行坏死组织清除、坏死病灶切除或胰腺切除。因酗酒或饮酒过量所致的急性坏死性胰腺炎不在本保单保障范围内。



相比于“开腹手术”而言，“腹腔镜手术”对于患者所造成的创口更小，若能达到同样的治疗效果，则是更为优先的选择方式。目前的重症与轻症定义除了在此处的差别外，在其他方面并无区分，因为达到须行腹腔镜手术清除胰腺坏死组织病灶或胰腺切除的患者，其胰腺炎发展也已达达到急性坏死性胰腺炎的严重情况，与行开腹手术患者的区别在于医生判断其腹部病变的病情更加严重，必须行开腹手术才能更好的处理病灶，所以在定义描述上用手术方式来区分轻症责任和重症责任。

## 四、关于“急性坏死性胰腺炎”病种的整体评价及规范化建议

“急性坏死性胰腺炎”是外科临床常见的急腹症之一，对于达到急性坏死性胰腺炎的患者，病情严重、病程较长、死亡率高，放入重疾条款责任符合消费者利益，丰富完善了消费者重疾保障责任。对于急性坏死性胰腺炎临床诊断明确的案例，理赔端审核资料重点关注是否属于免责条款责任，是否达到定义要求的手术方式，同时需要与处理胆源性疾病的手术方式进行区别，例如患者患病病因原发在胆道疾病，手术只是处理胆道疾患（例如腹腔镜胆囊切除术、腹腔镜胆道取石术等），则并未达到定义约定的条件。

从病种命名方面来看，“急性坏死性胰腺炎”的命名涉及到“基础命名”、“程度”、“出血”、“Balthazar分级”、“开腹手术”、“腹腔镜手术”等字段，较为复杂。若采用“Balthazar分级”进行定义，则在命名中也采用相应字段以贴合定义，建议规范化的重症统一命名为“II级重症急性胰腺炎”；若采用“实施手术”的定义方式，则在命名中明确可获赔偿的相应手术，建议规范化的重症统一命名为“急性坏死性胰腺炎开腹手术”，轻症统一命名为“急性坏死性胰腺炎腹腔镜手术”。

从病种定义方面来看，从上文分析可知，“急性坏死性胰腺炎”的定义较为统一和简单，多数条款采取“疾病描述+实施手术”的定义方式，少数条款采取了在此之上增加“APACHE-II评分与Balthazar分级”的定义方式。“疾病描述+实施手术”均是条款责任中的必要描述，理赔端操作时的条款依据已经非常明确。对于少数条款采取的增加“APACHE-II评分与Balthazar分级”描述的定义方式，并未对疾病条款定义起到更明确的作用，反而使条款责任描述晦涩冗长，理赔端操作时资料索要过多，且因此疾病病死率高，不排除有患者在经过紧急抢救后短期不治身故而临床医生未有时间去对患者进行“APACHE-II评分与Balthazar分级”，因为如上的因素影响消费者重疾理赔，会严重影响理赔端的消费者服务感受。因此，建议采取最明确无歧义的“疾病描述+实施手术”的定义方式描述条款责任，利于理赔端的审核操作。

综上，建议明确区分被保险人所处的疾病严重程度和病程阶段，以疾病发展过程为依据，对该病种定义进行规范。建议如下：

**重症定义：急性坏死性胰腺炎开腹手术**

指被保险人因为急性出血坏死性胰腺炎已经接受了外科开腹手术治疗,以进行坏死组织清除、坏死病灶切除或胰腺切除。

**因饮酒所致的急性出血坏死性胰腺炎或经腹腔镜手术进行治疗不在保障范围内。**

**轻症定义：急性坏死性胰腺炎腹腔镜手术**

指被保险人被确诊为急性坏死性胰腺炎,并实际接受了腹腔镜手术治疗,以进行坏死组织清除、坏死病灶切除或胰腺切除,且并未达到重度疾病“急性坏死性胰腺炎开腹手术”或“慢性复发性胰腺炎”的给付标准。

**因饮酒所致的急性出血坏死性胰腺炎不在保障范围内。**

## 》附录 2-8: 慢性复发性胰腺炎

### 一、“慢性复发性胰腺炎”的医学概述

首先,需要说明的一点是,临床上并没有“慢性复发性胰腺炎”的疾病名称,只有“慢性胰腺炎”的医学命名。保险条款中使用“慢性复发性胰腺炎”的名称是从产品设计角度考虑,必须多次反复发作的慢性胰腺炎才赔付,因而增加了“复发性”。但单纯讨论医学概述定义,专业名称则应为“慢性胰腺炎”。

“慢性胰腺炎”是由于各种原因导致的胰腺局部或弥漫性的慢性进展性炎症,造成胰腺发生纤维化和导管狭窄的永久性结构破坏,从而出现胰腺内、外分泌功能障碍。饮酒和吸烟是两大主要风险因素。慢性胰腺炎的并发症包括:吸收不良、葡萄糖不耐症、糖尿病、胰管结石、胰腺实质钙化、胰管狭窄、胰腺假性囊肿的形成、胆管或十二指肠梗阻、胰管破裂(导致腹水或胸腔积液)、脾静脉血栓形成(可导致胃静脉曲张)、胰腺附近动脉假性动脉瘤或假性囊肿等。诊断主要依靠影像学检查和胰腺功能检查。治疗主要包括控制疼痛和处理胰腺功能不全。约50%的慢性胰腺炎病例是由酗酒造成的,常见于男性。其他病因包括胆道疾病、高脂血症、高钙血症、自身免疫性疾病、胰腺先天性异常及胰腺外伤或手术、急性胰腺炎导致胰管狭窄等。

慢性胰腺炎分为3种类型:慢性钙化性胰腺炎、慢性阻塞性胰腺炎和慢性自身免疫性胰腺炎。慢性钙化性胰腺炎是最常见的形式,其特征是胰腺实质钙化、导管内结石形成或两者兼有。慢性阻塞性胰腺炎是由胰管部分或完全阻塞所致。慢性自身免疫性胰腺炎是一种特殊类型胰腺炎,糖皮质激素治疗有效。

### 二、“慢性复发性胰腺炎”在保险中的概况

#### ① “慢性复发性胰腺炎”在保险条款中的病种分类

“慢性复发性胰腺炎”出现在保险条款的“重症疾病”、“特定重大疾病”和“男性特定重大疾病”病种分类中。

## 2 “慢性复发性胰腺炎”在保险条款中的代表性定义

**定义一：**

**慢性复发性胰腺炎（重症）：**

胰腺炎发作三次以上造成的胰腺功能不全，引起吸收不良需用酶替代治疗。诊断需由消化科专科医生做出，并有胰胆管逆行造影（ERCP）确证。因酒精所致的慢性复发性胰腺炎除外。

**定义二：**

**慢性复发性胰腺炎（重症）：**

有腹痛等典型症状的胰腺炎反复发作，导致胰腺进行性破坏、胰腺功能紊乱致糖尿病、营养不良。CT 检查证实胰腺存在广泛钙化，且必须接受酶替代以及胰岛素替代治疗 6 个月以上、手术或介入治疗。此病症须经专科医生明确诊断。因酗酒或饮酒过量所致的慢性复发性胰腺炎不在保障范围内。

**图 1：保险条款中“慢性复发性胰腺炎”的代表性定义**

图1展示的是不同条款中关于“慢性复发性胰腺炎”的代表性定义，后文将具体展开其定义逻辑分析。由前文可见，医学定义描述了该疾病的病因、发病机理、临床表现、并发症及治疗方案。保险定义关注的是胰腺炎的反复发作史及该疾病临床发展的严重程度，特别是慢性复发性胰腺炎的治疗方案，大多数保险公司条款明确要求胰腺炎反复发作三次以上，影像学证实胰腺存在慢性病变的临床证据，且要求被保险人接受酶替代规律治疗至少180日，说明慢性复发性胰腺炎非诊断即赔的，而是需要被保险人的病情达到定义要求的严重程度才能理赔。

## 三、“慢性复发性胰腺炎”在保险条款中的具体分析

### 1 保险条款中的命名方式及特征分析

根据爱选病种字典统计，目前市面上重疾险条款中对于“慢性复发性胰腺炎”的命名方式在重症中共有3种，表1对其命名特征进行了总结归纳。



表 1：“慢性复发性胰腺炎”条款名称特征分析表

类型	分组	条款名称	基础命名	程度
重症	N_A1	慢性复发性胰腺炎	✓	
		慢性复发性胰腺炎 - 不包括酒精作用		
	N_A2	严重慢性复发性胰腺炎	✓	✓

由表1, 在当前市场上对于“慢性复发性胰腺炎”的条款名称中, 常见的命名逻辑为“基础命名”或“程度+基础命名”的组合。

## ② 保险条款中的定义方式及逻辑分析

表 2：“慢性复发性胰腺炎”定义逻辑组合

类型	分组	疾病描述	临床证据	临床表现	治疗时长
重症	D_A1		✓		
	D_A2	✓	✓		
	D_A3	✓	✓		✓
	D_A4	✓	✓	✓	
	D_A5		✓	✓	
	D_A6	✓	✓	✓	✓

条款中对于“慢性复发性胰腺炎”的定义方式, 一般会在“疾病描述”的基础上, 通过“临床证据”、“临床表现”及“治疗时长”等方式进行组合定义。现对其定义逻辑的具体分析如下:

### ① 疾病描述

“慢性复发性胰腺炎”定义中与“疾病描述”相关的表述多数为: “有腹痛等典型症状的胰腺炎反复发作, 导致胰腺进行性破坏, 并导致胰腺功能紊乱而导致严重糖尿病以及营养不良、恶液质”。部分定义中将“胰腺进行性破坏”做了进一步阐述, 例如“慢性反复发作的胰腺炎症导致胰腺的广泛纤维化、坏死、弥漫性钙化及假性囊肿形成”。

由于该部分内容仅仅是疾病的简单描述，不构成理赔标准，所以此处将其归为“疾病描述”范畴。但在一些定义中，“严重糖尿病”和“营养不良”等疾病说明被放在“必须满足的条件”项下，这就意味着在后续理赔中必须满足该条件才能获得赔付，与“疾病描述”的性质不同，因此本节将这类情况归为“临床表现”（详见下文）。

## ② 临床证据

“慢性复发性胰腺炎”的“临床证据”一般包含两种检查方式：“断层扫描（CT）检查”和“逆行胰胆管造影（ERCP）”。其中，“CT检查”用以“证实胰腺存在广泛钙化”，“逆行胰胆管造影（ERCP）”需“显示胰管扭曲、扩张和狭窄”。在诊断过程中需要通过这两种方式来辅助确诊“慢性复发性胰腺炎”。在多数条款的定义中，只包含“CT检查”一项临床证据；部分条款定义将两种方式都包含在内，被保险人达到其中一项标准即可。

## ③ 临床表现

在“慢性复发性胰腺炎”定义中，涉及“临床表现”的描述主要有以下两类：

### 典型示例一：

须满足下列全部条件：

- （1）胰腺外分泌功能不全导致体重降低和脂肪泻；
- （2）胰腺内分泌功能不全导致糖尿病。

### 典型示例二：

满足下列全部条件：

- （1）胰腺内分泌不足导致的糖尿病；
- （2）胰腺假性囊肿形成；
- （3）胰源性胸、腹水；
- （4）胰瘘：包括胰腺外瘘和内瘘。

典型示例一偏重于描述该疾病的并发症，例如吸收不良导致的脂肪泻，内分泌功能障碍导致的糖尿病；典型示例二偏重于描述胰腺慢性病变的证据，例如影像学证据的胰腺假性囊肿形成、胰痿和胸、腹水。

#### ④ 治疗时长

在“治疗时长”方面，“慢性复发性胰腺炎”的定义中一般要求“必须接受酶替代以及胰岛素替代治疗6个月以上（或180天以上）、手术或介入治疗”。少数条款定义中出现“必须接受酶替代以及胰岛素替代治疗180日以上（未达180日者，需已接受了手术或介入治疗）”的表述。

#### ⑤ 其他情况

##### » 专科医生确诊的规定

“慢性复发性胰腺炎”是消化类专科疾病，大部分定义中均提到了“此病症须经专科医生明确诊断”，部分条款对专科医生进行了明确，如“诊断必须由消化科专科医生确诊”。

##### » 发作次数

在所有“慢性复发性胰腺炎”的条款定义中都会提到“反复发作”，但这里的“反复”如何定义，很多定义都没有进一步解释。只有部分定义对“发作次数”做了严格的限制，要求“胰腺炎反复发作超过三次以上”，少数定义的表述为“慢性反复发作（3次及以上）”。

##### » 持续时间

少数定义不仅对“治疗”的时长进行明确规定，还同时对“临床表现”的持续时间做了条件限制，具体表述如下：

###### 须满足下列全部条件：

- (1) 胰腺外分泌功能不全导致体重降低和脂肪泻；
- (2) 胰腺内分泌功能不全导致糖尿病；
- (3) 需要口服胰酶或胰岛素替代治疗。

以上情况需至少持续 6 个月。

## » 年龄限制

研究中发现，极少数产品将其归入“成年人专属病种”，定义中对被保险人的年龄进行限制：“仅承担被保险人年满18周岁后的保险责任”。慢性复发性胰腺炎属于慢性病，从临床医学疾病病因和疾病发现角度，慢性病一般均属于成年后（年满18周岁）疾病，对于未成年人患者不易与先天性疾病区分，所以少数定义特意强调仅承担被保险人年满18周岁后的保险责任。

## » 酒精除外

与其他病种相似，“慢性复发性胰腺炎”的定义最后一般会加上“酒精导致的慢性复发性胰腺炎不在保障范围内”，另一种表述方式为“以下情况不在保障范围内：酒精或药物导致的慢性胰腺炎”。

# 四、关于“慢性复发性胰腺炎”病种的整体评价及规范化建议

“慢性复发性胰腺炎”的组织学改变不可逆，病情进展最终导致胰腺外分泌和内分泌功能的严重破坏，放入重症疾病责任有利于保护消费者的利益。在条款定义精确的条件下，理赔端索要资料明确清晰，提高消费者端服务感受。

从病种命名方面来看，“慢性复发性胰腺炎”的命名主要有“基础命名”和“程度+基础命名”两类方式，结构与其他病种相比较为简单。但本报告仍建议在对该病种命名时进行规范化的统一，可以采用基础的“慢性复发性胰腺炎”进行统一命名。

从病种定义方面来看，“慢性复发性胰腺炎”的定义多以“疾病描述”为基础，辅之以“临床证据”、“临床表现”及“治疗时长”等理赔标准。该疾病的影像学检查常用方式有：腹部断层扫描（CT）、MRI与磁共振胰胆管造影（MRCP）、逆行胰胆管造影（ERCP）及内镜超声，腹部断层扫描（CT）可示胰腺钙化和其他异常（如胰腺假性囊肿或扩张胰管），但疾病早期可能无异常发现。MRI与磁共振胰胆管造影（MRCP）可显示胰腺肿块，更好提示慢性胰腺炎相关的管腔变化，其检查时静脉注射分泌素可增加检测导管异常检查的灵敏度，并且还能对慢性胰腺炎患者进行功能评估，其检查比腹部CT更准确，且无辐射。逆行胰胆管造影（ERCP）为侵入性检查，很少用于诊断慢性胰腺炎，临床上仅用于需治疗干预患者。内镜超声检查的侵入性较小，可以发现胰腺实质和胰管微小病变。综上所述，该疾病影像学检查形式多样，各有利弊，且随着临床医学技术手段的提高发展，影像学检查方式会更加丰富，如果定义中特意限制理赔端认可的某种特定影像学检查结果，会造成理赔端操作受限，不利于服务消费者。



大多数条款定义未明确胰腺炎反复发作的次数要求，为避免因“反复发作”的理解歧义造成的理赔端含糊尺度不清，建议在定义中明确胰腺炎反复发作的次数。

该疾病的治疗方案如下：药物治疗（止痛药物、胰酶制剂、降糖药物）和手术/介入治疗。大多数定义要求同时接受酶替代及胰岛素替代治疗满180天。从定义用字准确性分析应该使用“胰酶”而不是“酶”，避免理赔端与消费者理解歧义造成纠纷；临床上对于此疾病应用的降糖药物有多种选择，如果只限定使用胰岛素一种降糖药会限制了产品条款责任，另外在理赔端不易与普通糖尿病病人的规律用药区分，建议在用药设定上只限定胰酶的规律治疗满180天。一些公司定义未限定规律用药的时间，会出现短期用药却未达到疾病严重条件的消费者申请理赔而引起纠纷。对于手术或介入治疗方案，建议不放在条款理赔条件中，不论是可选还是必选。如果放在可选理赔条件中，则会存在急性疾病发病或为缓解疾病疼痛而实施手术或介入治疗的情况，可能并未达到理赔要求的严重程度；如果放在必选理赔条件中也不合理，因为慢性疾病手术或介入治疗并非治疗的首选方案，手术方案禁忌症较多也并非根治方案，介入手术主要目的为缓解疼痛而非根治方案，所以加入手术或介入治疗会造成理赔端的尺度不一。

从规范化定义的难点和痛点方面来看，各保险公司对该疾病定义的统一性不高，且因此疾病诊断和治疗方案较复杂，造成定义描述易存在不合理的内容，例如：影像学检查特别要求行有创性逆行胰胆管造影术，而未考虑临床医学发展及消费者的利益；对于胰腺炎反复发作次数未明确要求，而造成理解歧义；对于胰酶和胰岛素用药治疗及手术/介入治疗的条款责任含糊不清，而造成理赔尺度无统一标准。综上所述，存在如上的不统一性会造成消费者在选择产品时进入理解误区，同时造成在理赔时资料索要繁琐无序，不能提高消费者服务满意感受，规范化该疾病的重症定义非常必要。

综上，建议对该病种定义进行规范。建议如下：

#### **重症定义：慢性复发性胰腺炎**

胰腺炎反复发作三次及以上，造成胰腺功能不全，诊断必须由专科医生确诊并且须提供影像学检查（例如腹部断层扫描（CT）、MRI与磁共振胰胆管造影（MRCP）、逆行胰胆管造影（ERCP）及内镜超声等）证据证实，并须满足下列全部条件：

- （1）胰腺内分泌不足导致的糖尿病；
- （2）胰腺广泛钙化或胰痿形成（包括胰腺内痿或外痿）；
- （3）遵医嘱接受胰酶规律替代治疗180天及以上。

**因酒精所致的慢性复发性胰腺炎不在保障范围内。**

## 附录 2-9: 弥散性血管内凝血

### 一、“弥散性血管内凝血”的医学概述

“弥散性血管内凝血”，也称“弥漫性血管内凝血”。但目前临床上均已统一命名为“弥散性血管内凝血”，因其名称本源为英文翻译取名，近十年随着临床医学对于英文翻译名称的深入理解，采用了更加精确的中文翻译命名。弥散性血管内凝血 (Disseminated Intravascular Coagulation, DIC) 不是单独指某一特定疾病，而是多种疾病（例如感染、肿瘤、创伤等）在进展过程中产生凝血功能障碍的一种临床病理综合征。一方面，由于血液内凝血机制被弥散性激活，促发小血管内广泛纤维蛋白沉着，形成广泛的微小血栓；另一方面，由于凝血因子过度消耗和继发的纤维蛋白溶解功能亢进，进而引起广泛的全身性出血。两种矛盾的表现于弥散性血管内凝血发展过程中同时存在，并构成特有临床表现，导致全身组织和器官损伤。其对机体器官产生的损害主要有两个方面：一是血管内广泛形成的微血栓，必然造成重要脏器的微循环灌注不足，进一步加重器官处于缺血缺氧状态；二是由于凝血因子消耗和纤维蛋白溶解功能亢进以后造成出血倾向，血液有效成分快速丢失。

弥散性血管内凝血分型为急性型、慢性型和亚急性型。急性型常见于严重感染和休克、严重创伤、羊水栓塞、血型不合的输血、急性移植排异反应等。其特点是在数小时或1-2天内发病，临床表现以休克和出血为主，病情迅速恶化。慢性型常见于恶性肿瘤、胶原性疾病、慢性溶血性贫血等，其特点是发病缓慢、病程较长，机体可以通过肝脏合成凝血因子增加进行代偿。所以慢性弥散性血管内凝血时，凝血因子消耗程度往往被掩盖，临床表现较轻或不明显，但慢性弥散性血管内凝血在一定条件下，可转为急性型。亚急性型常见于恶性肿瘤转移、宫内死胎等患者，其特点是数天内渐形成弥散性血管内凝血，患者的临床表现介于急性与慢性之间。

在弥散性血管内凝血已被启动的患者中引起多器官功能障碍综合征将是主要死因，急性弥散性血管内凝血患者发病急、预后差，病死率高达50%-60%。

## 二、“弥散性血管内凝血”在保险中的概况

### 1 “弥散性血管内凝血”在保险条款中的病种分类

“弥散性血管内凝血”出现在保险条款的“重症疾病”、“特定重大疾病”、“女性特定重大疾病”和“少儿特定重大疾病”病种分类中。

### 2 “弥散性血管内凝血”在保险条款中的代表性定义

#### 定义一：

##### 弥漫性血管内凝血（重症）：

指以出血、休克及器官功能衰竭为主要临床症状的综合征。该病是由广泛微血管血栓形成，导致微循环障碍、凝血因子消耗及继发性纤维蛋白溶解而引起的。临床上至少具有如下两项表现：

- (1) 严重出血；
- (2) 血栓栓塞；
- (3) 低血压休克；
- (4) 微血管病性溶血性贫血。

被保险人的上述临床表现须在妊娠期间发生，并经专科医生明确诊断。

#### 定义二：

##### 弥漫性血管内凝血（重症）：

指血液凝固系统和纤溶系统的过度活动导致微血管血栓形成、血小板及凝血因子耗竭和严重出血，需要输注血浆和浓缩血小板进行治疗。须提供同时具有下列条件中的至少三项的检验报告：

- (1) 血小板计数  $< 100 \times 10^9/L$  或者呈进行性下降；
- (2) 血浆纤维蛋白原含量  $< 1.5g/L$  或者  $> 4g/L$  或者呈进行性下降；
- (3) 3P 试验阳性或者血浆 FDP  $> 20mg/L$ ；
- (4) 凝血酶原时间  $> 15$  秒或者超过对照组 3 秒以上。

### 定义三：

#### 弥漫性血管内凝血（重症）：

指血液凝固系统和纤溶系统的过度活动导致微血管血栓形成、血小板及凝血因子耗竭和严重出血，此症必须由本公司认可的专科医生确诊，并且已经达到临床分期的中期（消耗性低凝期）或后期（继发性纤溶亢进期），需要输注血浆和浓缩血小板进行治疗。

### 定义四：

#### 弥漫性血管内凝血（重症）：

指血液凝固系统和纤溶系统的过度活动导致微血管血栓形成、血小板及凝血因子耗竭和严重出血，并且遗留永久不可逆的器官功能障碍。

图 1：保险条款中“弥散性血管内凝血”的代表性定义

图1展示的是不同条款中关于“弥散性血管内凝血”的代表性定义，后文将具体展开其定义逻辑分析。由前文可见，该疾病的医学定义描述了发生病因、发展过程及预后。保险定义关注的是临床发展严重程度及其治疗方案，大多数保险定义均明确要求被保险人出现严重广泛出血、休克，且临床治疗实施了输入血浆或血小板方案，说明弥散性血管内凝血非诊断即赔付的，而需要被保险人的病情达到定义要求的严重程度才能理赔。

## 三、“弥散性血管内凝血”在保险条款中的具体分析

### ① 保险条款中的命名方式及特征分析

根据爱选病种字典统计，目前市面上重疾险条款中对于“弥散性血管内凝血”的命名方式，重症共有4种。本报告整理归纳了该病种的病名逻辑，如表1所示。



表 1：“弥散性血管内凝血”条款名称特征分析表

类型	分组	条款名称	基础命名	程度	急性
重症	N_A1	弥漫性血管内凝血	✓		
		弥散性血管内凝血			
	N_A2	急性弥漫性血管内凝血	✓		✓
	N_A3	严重急性弥漫性血管内凝血	✓	✓	✓

由表1, 在当前市场上对于“弥散性血管内凝血”的条款名称中, 常见的命名逻辑为“基础命名”、“程度”和“急性”方式的不同组合。其中, 多数条款采取的是旧有的“弥漫性血管内凝血”命名, 少数条款则为较新的“弥散性血管内凝血”, 部分条款会在命名中体现“急性”。由前文述, 达到弥散性血管内凝血重症的情况均为急性弥散性血管内凝血, 其发病急、病情危重、病死率高, 且临床上慢性弥散性血管内凝血病情隐匿、较难诊断, 因此在条款命名时是否加入“急性”两个字不会引起歧义。

## 2 保险条款中的定义方式及逻辑分析

表 2：“弥散性血管内凝血”定义逻辑组合

类型	分组	临床表现	临床证据	输血治疗	DIC 分期
重症	D_A1	✓			
	D_A2	✓		✓	
	D_A3		✓	✓	
	D_A4			✓	
	D_A5			✓	✓

由表2, 条款中对于“弥散性血管内凝血”的定义方式, 一般会采取在疾病描述的基础上, 通过“临床表现”、“临床证据”、“输血治疗”、“DIC分期”等方式进行组合定义, 具体分析如下:

## ① 临床表现

一般而言，大部分“弥散性血管内凝血”的定义中涉及到“临床表现”时，基本按照以下形式表述：

### 诊断应同时符合如下条件：

- (1) 突发性起病，一般持续数小时或数天；
- (2) 严重的出血倾向（部分条款为“严重广泛的出血”）；
- (3) 伴有休克。

也有部分定义在涉及到“临床表现”时采取了“4选2+”的方式，具体见下：

### 临床上至少具有如下两项表现：

- (1) 严重出血；
- (2) 血栓栓塞；
- (3) 低血压休克；
- (4) 微血管病性溶血性贫血。

可见，尽管描述有所不同，但涉及“临床表现”的两种定义方式均包含“出血”与“休克”。相比“严重的出血倾向”，“严重广泛的出血”和“严重出血”描述更加严谨。弥散性血管内凝血发病急、病情重，从严重出血倾向到严重广泛出血的时间非常短，如果定义取“严重的出血倾向”，会造成在理赔端操作尺度不易掌握，容易造成理解歧义。

而在“休克”方面，从病理生理方面来看，休克是一种器官灌注不足导致细胞功能障碍和死亡的状态。其机制可能包括循环容量不足、心输出量降低、血管扩张以及血流绕过毛细血管交换床导致的分流。休克按病因分类分为低血容量性休克、血管扩张性休克和心源性休克。弥散性血管内凝血导致多器官功能障碍，引起休克的原因是多方面而复杂的，所以部分定义限定“低血压休克”是不严谨的。从临床医学的角度分析，定义限定为“伴有休克”更加严谨合理。部分定义将“血栓栓塞”列为可选的临床表

现，从弥散性血管内凝血的发病过程看，广泛的微小血栓和广泛的全身性出血是相伴发生的，如果血栓栓塞不严重，病人也不会出现严重出血和休克，所以增加“血栓栓塞”的可选条件意义不大，且容易引起理赔纠纷，不建议在定义中增加此条件。此外，部分定义将“微血管病性溶血性贫血”列为可选的临床表现，微血管病性溶血性贫血是一种严重的弥散性血栓性微血管病，主要是由于微小血管损伤所导致，其是弥散性血管内凝血的一种临床表现，但是定义仅仅描述“微血管病性溶血性贫血”，并未精确描述此疾病的严重程度，对于理赔端的操作也增加难度，因为弥散性血管内凝血的病历中医生不一定会同时描述和诊断“微血管病性溶血性贫血”，因此也不建议在定义中增加此条件。

## ② 临床证据

部分条款的“弥散性血管内凝血”的定义中涉及到了“临床证据”时，其一般要求为对检验报告的“4选3+”，具体见下：

**须提供同时具有下列条件中的至少三项的检验报告：**

- (1) 血小板计数 $< 100 \times 10^9/L$  或者呈进行性下降；
- (2) 血浆纤维蛋白原含量 $< 1.5g/L$  或者 $> 4g/L$  或者呈进行性下降；
- (3) 3P 试验阳性或者血浆 FDP  $> 20mg/L$ ；
- (4) 凝血酶原时间 $> 15$  秒或者超过对照组 3 秒以上。

可见，其均是与血液凝血功能相关的检查，目前大多数定义已经取消了如上凝血功能检验的具体数值要求，因为其中一些凝血功能检查逐步被替代，造成理赔端资料审核不便，从而易引起纠纷。

## ③ 输血治疗

由于“弥散性血管内凝血”最典型的临床表现为“严重出血”，所以急需进行输血治疗，其一般表述为“需要输注血浆和浓缩血小板进行治疗”。因为疾病发病过程极为凶险，为挽救病人生命必须输入大量血浆和浓缩血小板，所以通过此治疗方案可以判断弥散性血管内凝血的严重程度，设置合理。

#### ④ DIC 分期

部分“弥散性血管内凝血”会在定义中涉及“DIC分期”，其是指弥散性血管内凝血的临床分期。通常，“弥散性血管内凝血”分为“初发性高凝期”、“消耗性低凝期”、“继发性纤溶亢进期”三期，具体见表3：

**表 3：弥散性血管内凝血 DIC 分期<sup>①</sup>**

程度	分期	特征
前期	高凝期	系弥散性血管内凝血的始动阶段，在各种病因作用下凝血系统被激活，血液呈高凝状态。其中由炎症导致的单核细胞和血管内皮的组织因子（TF）过度表达及释放，某些病态细胞（如恶性肿瘤细胞）及受损组织等的组织因子（TF）异常激活及释放，是弥散性血管内凝血最重要的始动机制。
中期	消耗性低凝期	是弥散性血管内凝血的发展阶段。在其始动机制作用下，凝血酶通过内源性及外源性两种途径生成，作用于纤维蛋白原使之形成纤维蛋白，微循环出现微血栓。这是弥散性血管内凝血的基本病理变化，主要为纤维蛋白血栓及纤维蛋白-血小板血栓。微循环内生成微血栓时，大量血小板和凝血因子被消耗，临床出现出血倾向，称为消耗性低凝状态，临床上出现多器官功能衰竭、难治性休克及微血管病性溶血。
后期	继发性纤溶亢进期	弥散性血管内凝血后期，因纤溶酶不断被激活，纤维蛋白（原）降解，可加重全身出血，此时进入继发性纤溶亢进期。

而在各保险条款中，其对于DIC分期方面的规定为：“已经达到临床分期的中期（消耗性低凝期）或后期（继发性纤溶亢进期）”。由表3，“弥散性血管内凝血”的前期（高凝期）极短，不易发现，因而保险条款并未将此期纳入保障范围内。当达到中期时，即已经出现出血、休克等临床表现，而到后期时，继发性纤溶功能亢进相关指标变化更为明显，此时会出现“凝血酶时间延长”、“3P试验阳性”等临床证据。然而，这是从病理生理学角度分析分期的，其基于医学研究角度。但在临床上DIC发展迅速且极为凶险，根本来不及判断消费者具体在哪个分期，一旦已经起病即为生命垂危的情况，因而讨论临床分期并无意义。

<sup>①</sup> 资料来源：《实用外科学》（第四版），吴肇汉、秦新裕、丁强，人民卫生出版社。



## ⑤ 其他情况

### » 永久不可逆的规定

部分“弥散性血管内凝血”条款定义时会出现“永久不可逆”的规定，具体为“遗留永久不可逆的器官功能障碍”。而对于“永久不可逆”，大部分公司的定义为“指自疾病确诊或意外伤害发生之日起，经过积极治疗180天后，仍无法通过现有医疗手段恢复”，此条定义不明确且不合理。依前文，重症责任“弥散性血管内凝血”为急性、突发性起病，抢救需要大量输血，且该病死亡率极高，公开数据显示其介于50%至60%之间。基于上述情况，若再附加上“180天”的限制，则会使得未成功挽救生命的患者无法获得“弥散性血管内凝血”的重症责任赔付，而只能获得因“弥散性血管内凝血”死亡的身故责任赔付，失去了重疾保障的意义。此外，因为重症责任“弥散性血管内凝血”病情凶险、抢救花费高，对于已经被成功挽救生命的患者，如果还要求永久不可逆180天的器官功能障碍，违背了保险补偿、保障原则的初衷，消费者无法及时获得保险补偿。同时，定义中“遗留永久不可逆的器官功能障碍”的描述未明确给理赔端指明器官功能障碍的具体标准，比如肝肾功能障碍到什么程度属于永久不可逆，定义描述的含糊不清会造成消费者服务端的不满。

### » ICU 重症监护病房的规定

部分定义还增加了对于被保险人入住ICU重症监护病房的理赔条件要求，具体表述为“被保险人已经接受ICU重症监护病房的治疗”。对于“弥散性血管内凝血”而言，一经发现多半是疾病中期或后期，往往会出现严重出血甚至休克的情况，危及生命，需要及时抢救。虽然该病并非独立的疾病，而是由其他疾病在进展过程中所引致的，但该病为急性、突发性起病，在医生对于患者进行全力抢救时，存在根本来不及转入ICU的实际场景，由此便会造成患者已经符合医学上“弥散性血管内凝血”的标准并进行抢救但尚未入住ICU重症监护病房，最终会导致像“永久不可逆”的规定一样的后果。因而，建议取消此ICU重症监护病房的规定。

### » 疾病保障限于妊娠期间的规定

值得注意的是，个别定义在对“弥散性血管内凝血”进行定义时出现了“被保险人的上述临床表现须在妊娠期间发生”的相关规定，将对于该病的保障限于女性妊娠期间，并且其本身并非一款专门针对女性的保险产品。尽管包括羊水栓塞、胎盘早剥、死胎综合征等在内的产科灾难是“弥散性血管内凝血”的主要原因之一，但其并非唯一的，亦非高发的。感染性疾病和恶性肿瘤疾病所引致的“弥散性血管内凝血”占到了2/3的水平，外伤、器官损害等也是诱发该病的主要原因。由此，将疾病保障限于妊娠期间的规定实际上限制了对被保险人的保障条件，不太合理。

## 四、关于“弥散性血管内凝血”病种的整体评价及规范化建议

“弥散性血管内凝血”临床上发病凶险、病死率高，放入重症疾病条款责任符合消费者的利益，增加了消费者重疾责任的保障。在条款定义精确的条件下，理赔端索要资料明确清晰，提高消费者端服务感受。

从病种命名方面来看，“弥散性血管内凝血”的命名以“基础命名”为主，并不复杂。而“急性”是该病重症的基本特征，是否体现在命名中并不重要，达到条款重症责任的情况已经充分描述清晰此疾病的严重程度，无需再在条款命名中加入“急性”两个字。与此同时，鉴于临床方面已经将该病种的名称由“弥漫性血管内凝血”更新为“弥散性血管内凝血”，因而，建议规范化的重症统一命名为“弥散性血管内凝血”。

从病种定义方面来看，从上文分析可知，“弥散性血管内凝血”的定义以“临床表现”、“临床证据”为主要的理赔判断条件，且需要被保险人“输血治疗”，从病种定义精确性来看，明确如下四个条件：突发性发病、广泛性出血、伴有休克并且实施了血浆或血小板进行治疗，可以完全满足产品设计要求，同时满足理赔端资料的要求，提高消费者满意度。

从规范化定义的难点和痛点方面来看，该病种重症定义的统一性不高，且存在不合理的内容，例如：永久不可逆器官损伤、进入ICU治疗、要求凝血功能障碍的检验指标要求等。以上问题会引起消费者的理解偏差，同时造成理赔的繁琐无序。

综上，建议对该病种定义进行规范。建议如下：

### 重症定义：弥散性血管内凝血

指血液凝固系统和纤溶系统的过度活动导致微血管血栓形成、血小板及凝血因子耗竭和严重出血，需要输注血浆和浓缩血小板进行治疗。由医院的专科医生明确诊断，且须满足下列全部条件：

- (1) 突发性起病，一般持续数小时或数天；
- (2) 严重广泛的出血；
- (3) 伴有休克；
- (4) 已经实施了血浆或浓缩血小板进行治疗。

## 》附录 2-10: 哮喘

### 一、“哮喘”的医学概述

哮喘，即支气管哮喘，是一种慢性气道疾病，以气道出现慢性炎症反应为主要特征。临床表现为反复发作的喘息、气急、胸闷或咳嗽等症状，多数患者可自行缓解或经治疗缓解，而未经合理治疗的哮喘患者，反复发作，病情逐渐加重，预后较差。

### 二、“哮喘”在保险中的概况

#### ① “哮喘”在保险条款中的病种分类

“哮喘”出现在保险条款的“重症疾病”、“特定重大疾病”、“少儿特定重大疾病”和“少儿重大疾病”病种分类中。

哮喘是临床儿科中较为常见的呼吸道疾病，近年来由于工业发展、环境污染等因素的影响，儿童哮喘的发病率在不断攀升<sup>①</sup>，因此许多保险产品将“哮喘”放入“少儿特定重大疾病”中，为患病儿童提供多重保障。

① 张兆仙，田芸芳.儿童哮喘规范化管理对家长知信行哮喘控制及用药依从性的研究[J].中国药物与临床，2021(08)。

## 2 “哮喘”在保险条款中的代表性定义

### 定义一：

#### 严重哮喘（重症）：

指一种反复发作的严重支气管阻塞性疾病，经我们认可的专科医生确诊，且必须同时符合下列所有条件：

- (1) 过去两年中曾因哮喘持续状态（指哮喘持续发作 24 小时以上不能缓解）住院治疗；
- (2) 因慢性过度换气导致胸廓畸形；
- (3) 在家中需要医生处方的氧气治疗法；
- (4) 持续日常服用口服类固醇激素治疗持续至少六个月。

### 定义二：

#### 严重哮喘（重症）：

指一种反复发作的严重支气管阻塞性疾病，须符合下列全部条件：

- (1) 过去两年中有哮喘持续状态病史，并提供完整的治疗记录；
- (2) 身体活动耐受能力显著且持续下降；
- (3) 慢性肺部过度膨胀充气导致的胸廓畸形；
- (4) 在家中需要医生处方的氧气治疗法；
- (5) 持续日常服用口服类固醇激素治疗持续至少 180 天。

图 1：保险条款中“哮喘”的代表性定义

图1展示的是不同条款中关于“哮喘”的代表性定义，后文将具体展开其定义逻辑分析。目前市场上的重疾险产品绝大部分将“哮喘”归于重症分类，仅有一款保险产品将“哮喘”归入轻症分类，且该轻症定义表述与重症代表性定义一相同，没有合理地划分病情的严重程度，病种设置不合理。因此本报告针对“哮喘”仅分析重症情况下的定义逻辑。由前文可知，哮喘是常见的慢性呼吸道疾病之一，虽患病率逐年上升，但大部分患者经规范化治疗可以达到临床控制，只有少数患者因治疗不及时，反复发作后出现严重并发症，病情控制不佳，才有可能达到保险条款中“严重哮喘”的程度。



### 三、“哮喘”在保险条款中的具体分析

#### ① 保险条款中的命名方式及特征分析

根据爱选病种字典统计，目前市面上重疾险条款中对于“哮喘”的命名方式，重症共有14种。本报告整理归纳了该病种的病名逻辑，如表1所示。

表 1：“哮喘”条款名称特征分析表

类型	分组	条款名称	程度	基础命名	限定年龄
重症	N_A1	严重哮喘	✓	✓	
		重度哮喘			
	N_A2	严重哮喘-25周岁前理赔	✓	✓	✓
		严重哮喘-18周岁前理赔			
		特定年龄的严重哮喘			

当前市场上对于“哮喘”的条款名称中，常见的命名逻辑为“程度+基础命名”，如“严重哮喘”；少数产品在命名时加入了“限定年龄”，如“严重哮喘-25周岁前理赔”、“特定年龄的严重哮喘”等。

#### ② 保险条款中的定义方式及逻辑分析

表 2：“哮喘”定义逻辑组合

类型	分组	临床证据	持续时间	临床表现
重症	D_A1	✓	✓	
	D_A2	✓	✓	✓

条款中对于“哮喘”的定义方式，一般会采取在描述疾病的基础上，通过“临床证据”、“持续时间”、“临床表现”等方式进行组合定义。对于疾病的基本描述通常为“指一种反复发作的严重支气管阻塞性疾病”。现对其定义逻辑中“临床证据”、“持续时间”、“临床表现”具体分析如下：

## ① 临床证据

在“临床证据”中，大多数定义围绕“病情”和“病程”展开。重症定义中常见形式为：

### 必须同时符合下列所有条件：

- (1) 过去两年中曾因哮喘持续状态住院治疗，并提供完整住院记录；
- (2) 因慢性过度换气导致胸廓畸形；
- (3) 在家中需要医生处方的氧气治疗法；
- (4) 持续日常服用口服类固醇激素治疗持续至少六个月。

观察可知，大多数重症定义要求患者“过去2年内住院治疗”、“接受氧气治疗法”、“持续服用激素6个月以上”、并伴有“胸廓畸形”，对病情严重程度作出了规定，保障赔付范围的合理性。部分定义在上述四项的规定中有细小差别，如下列情况：

- 少数定义规定“在过去2年中为控制哮喘的急性发作，平均1年中至少3次住院治疗<sup>②</sup>”或“持续日常服用口服类固醇激素治疗至少180天”。
- 少数定义对胸廓畸形作出了补充条件，要求“桶状胸，X线显示肺野透明度增强，心胸比例<0.35”。
- 除上述常见情况外，个别定义增加了“PaO<sub>2</sub>”的相关规定，“在静息状态、呼吸空气条件下，动脉血氧分压(PaO<sub>2</sub>)<50mmHg”。

<sup>②</sup> 住院治疗：住院治疗是指在专科医生的建议下，由于哮喘而持续住院治疗至少2个夜晚。

» 少数定义引入了“FEV1<sup>③</sup>”和“PEF<sup>④</sup>”,要求“FEV1<60%预计值或PEF<60%个人最佳值”、“FEV1占预计值的百分比<30%”或“FEV1或PEF变异率>30%”,并有极少数定义给出了测试FEV1的补充规定,要求“测试记录应由专科医生在至少12个月中、间隔不少于1个月的4个不同时间取得。专科医生应确认在获取该记录的时间段内,患者接受了最佳的哮喘药物治疗”,对病情程度做出了更严格的要求。

## ② 持续时间

所有定义中均存在“持续时间”的规定,通常对“临床证据”和“临床表现”作出时间要求。临床证据中规定“日常服用口服类固醇激素治疗”持续6个月或180日;临床表现中规定“身体活动耐受能力显著下降,轻微体力活动即有呼吸困难,且持续六个月以上”。通过时间的限制,来确保符合永久不可逆改变,排除了经治疗后呼吸功能可改善或恢复的病例。

## ③ 临床表现

少数“哮喘”定义中涉及到“临床表现”,表述为“身体活动耐受能力显著且持续下降”或伴有时间要求,“身体活动耐受能力显著下降,轻微体力活动即有呼吸困难,且持续六个月以上”,对理赔条件做出了进一步的加强。

## ④ 其他情况

“哮喘”属于呼吸科专科疾病,所有定义中均要求“须经专科医生明确诊断”。在“哮喘”的定义中,少数重症定义对理赔年龄做出了要求,规定为“被保险人申请理赔时年龄必须在年满二十五周岁之前”;在少儿特定重大疾病中均对年龄作出规定,表述为“申请理赔时年龄必须在年满二十五周岁之前”或“申请理赔时年龄必须在年满十八周岁之前”。此外,个别定义针对被保险人申请理赔时年龄不同,提出了不同的“临床证据”和“临床表现”要求,具体情况已在上述各项中分析,不再赘述。具体表述形式如下:

③ FEV1: 第1秒用力呼气容积。

④ PEF: 最大呼气流量。

**\*\* 略 \*\*。**被保险人申请理赔时年龄在**年满二十五岁之前者**，须满足下列全部条件：

- (1) 过去两年中曾因哮喘持续状态住院治疗，并提供完整住院记录；
- (2) 因慢性过度换气导致胸廓畸形；
- (3) 体力活动耐受能力显著且持续下降（轻微体力活动即出现呼吸困难，持续至少 6 个月）；
- (4) 持续日常服用口服类固醇激素治疗持续至少 6 个月。

被保险人申请理赔时年龄在**年满二十五岁（含）之后者**，须满足下列全部条件：

- (1) 过去两年中曾因哮喘持续状态住院治疗，并提供完整住院记录；
- (2) 在家中需要医生处方的氧气治疗法；
- (3) 肺功能第一秒用力呼气容积（FEV1）占预计值的百分比 < 30%；
- (4) 在静息状态、呼吸空气条件下，动脉血氧分压（PaO<sub>2</sub>）< 50mmHg。

## 四、关于“哮喘”病种的整体评价及规范化建议

从病种命名方面来看，“哮喘”的命名涉及到“基础命名”、“程度”、“限定年龄”等字段。建议规范化的统一命名为“严重哮喘”。若理赔对年龄有限制，建议在命名中明确理赔年龄，如“严重哮喘-××周岁前理赔”。

从病种定义方面来看，“哮喘”的定义多涉及到“临床表现”、“临床证据”、“持续时间”等不同理赔标准。部分条款仅保障某个年龄之前的被保险人，可能导致成人人群的保障缺失。也有条款以某年龄为分界，使用两套不同的理赔条件，较年长的被保险人群体理赔条件更加严苛，条款定义参考使用了重症“严重慢性呼吸衰竭”的部分检查结果，是较为保守的定义方式。本报告建议，该病种保留成人人群体的责任，可以通过增加肺功能检查结果的方式，参考哮喘重度发作的分期指标，确保条款符合重症的严重程度。

从规范化定义的难点和痛点方面来看，支气管哮喘在儿童中较为常见，但临床中常用来评估呼吸系统的肺功能检查，需要受试者的准确配合才可完成，无法适用于学龄前儿童，各公司针对低年龄段被保险人的理赔条款，理赔条件大多为症状性描述或既往治疗事实，此种做法是对少儿实际情况的特殊考虑，但也因缺少可测定的临床指标依据，判断是否符合赔付标准的难度增加，所以需要申请人提供既往的病史记录、查体结果、医生处方等详实资料，也需要理赔人员具备较强的专业能力。



综上，建议明确区分被保险人所处的疾病严重程度和病程阶段，以疾病发展过程为依据，对该病种定义进行规范。建议如下：

#### **重症定义：严重哮喘**

是一种反复发作的严重支气管阻塞性疾病，须经专科医生确诊。

被保险人申请理赔时年龄在**年满二十五岁之前者**，须满足下列全部条件：

- (1) 过去两年中曾因哮喘持续状态住院治疗，并提供完整住院记录；
- (2) 因慢性过度换气导致胸廓畸形；
- (3) 在家中需要医生处方的氧气治疗法；
- (4) 持续日常服用口服类固醇激素治疗持续至少六个月。

被保险人申请理赔时年龄在**年满二十五岁(含)之后者**，除须满足上述所有条件外，还须满足以下所有条件：

- (1) 肺功能第一秒用力呼气容积 (FEV1) 占预计值的百分比 < 60% 或最大呼气流量 (PEF) < 60% 个人最佳值；
- (2) 在静息状态、呼吸空气条件下，动脉血氧分压 ( $\text{PaO}_2$ ) < 60mmHg。

## 》附录 2-11: 原发性骨髓纤维化

### 一、“原发性骨髓纤维化”的医学概述

原发性骨髓纤维化(Primary Myelofibrosis, PMF), 是一种慢性克隆性髓系疾病, 为病因不明的骨髓弥漫性纤维组织增生症。临床特征性表现是脾脏明显增大和各器官的髓外造血; 血液学特征表现为外周血细胞涂片中出现畸形的红细胞及数量不一的幼稚粒、红细胞; 组织病理学显示骨髓纤维组织增生; 病程中可和其他骨髓增生性疾病相互转化; 晚期出现骨髓衰竭。发病率估计在0.3/10万人年-1.5/10万人年。多见于中老年人, 中位发病年龄约在60岁。男女发病情况基本相当。

### 二、“原发性骨髓纤维化”在保险中的概况

#### ① “原发性骨髓纤维化”在保险条款中的病种分类

“原发性骨髓纤维化”出现在保险条款的“重症疾病”、“中症疾病”、“少儿特定重大疾病”和“少儿重大疾病”病种分类中。

#### ② “原发性骨髓纤维化”在保险条款中的代表性定义

**定义一：****骨髓纤维化（重症）：**

指一种因纤维组织取代正常骨髓从而导致贫血、白血球及血小板含量过低及脾脏肿大的疾病。病况必须恶化至永久性且严重程度导致被保险人需最少每月进行输血。此病症须由专科医生明确诊断，并须提供骨髓穿刺检查诊断报告。

**定义二：****原发性骨髓纤维化（PMF）（重症）：**

以骨髓纤维增生和髓外造血为特点，表现为进行性贫血、脾肿大、外周血幼稚细胞等。被保险人须经由骨髓活检明确诊断为原发性骨髓纤维化，并须满足下列全部条件且持续 180 天：

- (1) 血红蛋白  $< 100\text{g/L}$ ；
- (2) 白细胞计数  $> 25 \times 10^9/\text{L}$ ；
- (3) 外周血原始细胞  $\geq 1\%$ ；
- (4) 血小板计数  $< 100 \times 10^9/\text{L}$ 。

恶性肿瘤、中毒、放射线和感染所致的继发性骨髓纤维化不在保障范围内。

**图 1：保险条款中“原发性骨髓纤维化”的代表性定义**

图1展示的是不同条款中关于“原发性骨髓纤维化”的代表性定义，后文将具体展开其定义逻辑分析。由前文可见，该病种医学定义的核心是骨髓逐渐被纤维组织所代替，强调为慢性骨髓增生性疾病。保险定义则在医学诊断基础上，对血液指标、骨髓活检、输血情况及持续时间进一步做出限定，需要被保险人的病情达到条款定义要求的严重程度才可获赔。

## 三、“原发性骨髓纤维化”在保险条款中的具体分析

### ① 保险条款中的命名方式及特征分析

根据爱选病种字典统计，目前市面上重疾险条款中对于“原发性骨髓纤维化”的命名方式，重症共有6种，中症共有2种。本报告整理归纳了该病种的病名逻辑，如表1所示。

**表 1：“原发性骨髓纤维化”条款名称特征分析表**

类型	分组	条款名称	基础命名	程度
重症	N_A1	骨髓纤维化	✓	
		原发性骨髓纤维化		
		原发性骨髓纤维化（PMF）		
	N_A2	严重原发性骨髓纤维化	✓	✓
		严重的原发性骨髓纤维化		
		严重的原发性骨髓纤维化（PMF）		
中症	N_B1	骨髓纤维化	✓	
		原发性骨髓纤维化		

由表1, 在当前市场上对于“原发性骨髓纤维化”的条款名称中, 常见的命名方式逻辑为“基础命名”或“程度+基础命名”的组合。

## 2 保险条款中的定义方式及逻辑分析

### (1) 定义方式及逻辑组合

**表 2：“原发性骨髓纤维化”定义逻辑组合**

类型	分组	临床表现	临床证据	持续时间	治疗
重症	D_A1	✓		✓	
	D_A2	✓	✓		
	D_A3		✓		✓
	D_A4	✓	✓	✓	
	D_A5	✓	✓	✓	✓
中症	D_B1	✓	✓	✓	✓



条款中对于“原发性骨髓纤维化”的定义方式，一般会采取在疾病描述的基础上，通过“临床表现”、“临床证据”、“持续时间”和“治疗”等方式进行组合定义。对于疾病的基本描述通常为“原发性骨髓纤维化以骨髓纤维增生和髓外造血为特点，表现为进行性贫血、脾肿大、外周血幼稚细胞等”。现对其定义逻辑的具体分析如下：

## ① 临床表现

在“原发性骨髓纤维化”定义中，“临床表现”的代表性表述之一为：

**被保险人被明确诊断为原发性骨髓纤维化，并至少符合下列条件的三项：**

1. 血红蛋白 $< 100\text{g/L}$ ；
2. 白细胞计数 $> 25\times 10^9/\text{L}$ ；
3. 外周血原始细胞 $\geq 1\%$ ；
4. 血小板计数 $< 100\times 10^9/\text{L}$ 。

在条款定义中，“原发性骨髓纤维化”的“临床表现”通常包含血常规的四项检查及相应的理赔条件，多数定义要求的是“4选3+”即4项检查中满足3项即可，部分定义要求必须满足所有条件。

不同条款定义对于上述四项指标的限制条件普遍是相同的，即与上图表述一致。然而，本报告发现在极个别定义中有出现“白细胞计数 $> 0.5\times 10^9/\text{L}$ ”的条件，但查阅资料可知，成年人的正常白细胞计数水平为 $(4.0-10.0)\times 10^9/\text{L}$ ，因此“白细胞计数 $> 0.5\times 10^9/\text{L}$ ”的设置不合理，此处本报告推测是条款撰写错误，可能加大理赔风险。

## ② 临床证据

“临床证据”方面，部分定义中要求“此病症须由专科医生明确诊断，并须提供骨髓穿刺检查诊断报告”，另有条款要求经“骨髓活检”或者“周围血象检查”后明确诊断为“原发性骨髓纤维化”。这里的“骨髓穿刺检查”或“骨髓活检”对于“原发性骨髓纤维化”的确诊是非常有必要的，可以避免多数误诊的情况。该疾病的骨髓穿刺常呈“干抽”现象，有核细胞增生低下。而骨髓活检是确诊原发性骨髓纤维化必需的检查，可以在骨髓活检切片上出现不同程度的骨髓纤维化，通过特殊染色可以清楚显示出大量网状纤维组织。

### ③ 持续时间

“原发性骨髓纤维化”定义中的“临床表现”通常伴随着“持续时间”的要求，且各家定义都较为统一，基本都采用了“持续180天（及以上）”的标准。因理赔条件为检查化验指标，需要通过足够长的时间观察随访，来明确已达到病情持续且不可逆转的程度，故而“持续180天（及以上）”的设置合理。

### ④ 治疗

部分条款在“原发性骨髓纤维化”的定义中会要求实施治疗后才可以获赔，具体有两类表述方式：

#### 典型示例一：

病况必须恶化至永久性且严重程度导致被保险人需最少每月进行输血。

#### 典型示例二：

至少符合下列条件中的三项，且符合条件的状态持续 180 天及以上，并已经实际接受了针对此症的治疗：

- (1) 血红蛋白 < 100g/L;
- (2) 白细胞计数 >  $25 \times 10^9/L$ ;
- (3) 外周血原始细胞  $\geq 1\%$ ;
- (4) 血小板计数 <  $100 \times 10^9/L$ 。

其中，“典型示例一”要求被保险人需每月输血，且一些定义会同时加上“并持续6个月（180天）以上”的时间要求；而“典型示例二”的表述为“已经实际接受了针对此症的治疗”，但没有进一步说明需如何治疗以及治疗时长等情况。临床针对该疾病多为对症治疗，治疗的目的是主要为改善骨髓造血功能，纠正贫血、出血，缓解脾大所导致的压迫症状。典型示例二，虽然未说明具体治疗方式，但只要疾病诊断明确，相关治疗为临床必须，该限制对理赔结果的影响不大，定义的核心仍是治疗后的血液检查指标的结果。

## ⑤ 其他情况

对于“原发性骨髓纤维化”这一病种，在定义的最后通常会加上“继发性骨髓纤维化不在保障范围内”的除外说明。这里的“继发性骨髓纤维化”是指各种不同病因引起的一组骨髓造血组织纤维化而影响了造血功能的疾病。“继发性骨髓纤维化”多见于恶性肿瘤、感染（结核、梅毒、骨髓炎）和暴露于某些理化因素（苯、放射性等）以及其他疾病（甲状腺功能亢进、减退，系统性肥大细胞增多症等）。例如，被保险人患上“骨髓增生异常综合征”之后，很可能同时引发“继发性骨髓纤维化”。在大多数的重疾险中，像“骨髓增生异常综合征”这类可能引发“继发性骨髓纤维化”的疾病多数都已经被纳入“重大疾病”的范围，因此，此处条款将“继发性骨髓纤维化”除外，一方面可以规避疾病的多次赔付。另一方面，因原发疾病众多，某些原因的继发性骨髓纤维化，脾脏肿大的发生率较低、程度较轻，疾病转归可随原发疾病的变化及治疗而演变，与原发性骨髓纤维化的病情和预后相比，都有所不同，将其除外也出于维持病种严重程度一致性的考虑。

## (2) 不同分类间的定义区别

根据患者发病年龄高低和血液检查异常程度等因素，可以将该疾病进行危险程度分层，在研究过程中，本报告发现，“原发性骨髓纤维化”普遍被重症分类下，但极少数产品将其归入中症范畴，且使用的定义与该病种的重症定义一致。这种安排，并没有做好严重程度的区分，提高了中症的理赔难度，或可认为是原本的重症保障缩水降级为中症。

## 四、关于“原发性骨髓纤维化”病种的整体评价及规范化建议

从病种命名方面来看，“原发性骨髓纤维化”的命名通常以“基础命名”或“程度+基础命名”的方式呈现。建议规范化的重症统一命名为“严重原发性骨髓纤维化”。

从病种定义方面来看，“原发性骨髓纤维化”的定义多以“临床表现”为基础，辅之以“临床证据”、“持续时间”、“治疗”等理赔标准。代表性定义一为单一结果导向，将病程进展阶段限制在了失去正常造血功能，需要每月进行输血。代表性定义二为多指标限定的状态导向。两种代表性病种定义，关于理赔条件的表述都较为明确，理赔实务可操作性强。

但输血并不是疾病转归的唯一走向，且随临床研究的进展，各种治疗手段的出现，紧盯“每月输血”

的定义方式显得一意孤行。虽无法明确哪种定义更易于理赔，但定义二的覆盖范围更广，同时也引入了国际预后评分系统（IPSS）的多个危险因素，危险度分层达到高危的同等程度，确保符合重症疾病状态。所以相较而言，更推荐第二种定义方式。

综上，本报告对该病种定义做出如下接近上文中“代表性定义二”内容的规范化建议。建议如下：

#### **重症定义：严重原发性骨髓纤维化**

以骨髓纤维增生和髓外造血为特点，表现为进行性贫血、脾肿大等症状。被保险人须经由骨髓活组织检查和周围血象检查明确诊断为原发性骨髓纤维化，至少符合下列条件中的三项且持续 180 天及以上：

- (1) 血红蛋白  $< 100\text{g/L}$ ；
- (2) 白细胞计数  $> 25 \times 10^9/\text{L}$ ；
- (3) 外周血原始细胞  $\geq 1\%$ ；
- (4) 血小板计数  $< 100 \times 10^9/\text{L}$ 。

**继发性骨髓纤维化不在保障范围内。**



## 附录 2-12: 成骨不全症

### 一、“成骨不全症”的医学概述

成骨不全症又称为骨生长不全症、脆骨症、原发性骨质疏松症及骨膜发育不良等，是一种遗传性胶原代谢紊乱引起的弥散性骨异常脆性变。成骨不全症是常染色体缺陷，属于遗传学疾病，15%以上的患者有家族史，但也可以是新突变（散发性）。患者在轻微外伤或没有明显原因的情况下容易出现多发性骨折，发病率约为3/10万人年，男女的发病比例大致相同。该疾病病变主要是由于间充质组织发育不全，I型胶原形成障碍而造成全身结缔组织异常，其特征为骨质脆弱、蓝色巩膜、耳聋、关节松弛。成骨不全症分型可以分为八种类型，常用分型为I型、II型、III型和IV型。

表 1: 成骨不全症分型<sup>①</sup>

分型	描述
I 型	I 型最为常见、症状最轻，症状和体征在一些患者中仅限于蓝色巩膜（缺乏结缔组织使下面的血管显露）和关节过度活动导致的肌肉、骨骼疼痛。儿童可能出现复发性骨折。
II 型	II 型（新生儿致命型或先天性成骨不全）是最严重的类型，多发性先天性骨折造成严重的骨骼畸形和矮小，颅骨软似骨囊造成分娩时可损伤引起颅内血肿和死产，肺部发育不全可致严重的呼吸系统疾病，多数病例在出生后一年内死于呼吸衰竭或颅内出血。
III 型	III 型是最严重的非致命性成骨不全症，骨畸形常很严重，III 型和其他型的区别在于“进行性畸形”，出生时症状很轻微，然后症状逐渐加重，生存期可能很长。
IV 型	IV 型严重性为中间，生存率高，青春期前的儿童时期易发生骨折，巩膜颜色通常是正常，身高为中等至矮小身材。
V 型	V 型和 IV 型临床表现相似，独特的组织学表现为“网眼状”骨。
VI 型	VI 型和 IV 型临床表现相似，特殊的组织学表现为“鱼鳞状”骨外观。
VII 型	VII 型为 2005 年发现的隐性型，至今仅局限在加拿大魁北克北部地区的人群。
VIII 型	VIII 型为 2007 年美国科学家发现的另一个基因缺陷的骨生长不全症。

① 资料来源：《实用外科学》（第四版），吴肇汉、秦新裕、丁强，人民卫生出版社。

成骨不全症的诊断需要结合临床表现、X线检查、皮肤活检（可获得上皮成纤维细胞进行胶原合成分析）和基因序列分析。成骨不全症无特效治疗方法，双磷酸盐、物理治疗和骨科手术均为支持性治疗方案，临床主要治疗方法是预防骨折和防止长期卧床的并发症。

## 二、“成骨不全症”在保险中的概况

### ① “成骨不全症”在保险条款中的病种分类

“成骨不全症”出现在保险条款的“重大疾病”、“特定重大疾病”、“少儿特定重大疾病”、“少儿重大疾病”和“罕见特定重大疾病”病种分类中。

### ② “成骨不全症”在保险条款中的代表性定义

#### 定义一：

##### 成骨不全症（重症）：

骨生长不全症是一种胶原病，特征为骨易碎，骨质疏松和易骨折。该病有 4 种类型：I 型、II 型、III 型、IV 型。本保障范围仅涉及 III 型成骨不全症，其主要临床特点有：发展迟缓、多发性骨折、进行性脊柱后侧凸及听力损害。III 型成骨不全的诊断必须根据身体检查，家族史，X 线检查和皮肤活检报告资料确诊，并经专科医生出具诊断证明。

#### 定义二：

##### 成骨不全症第三型（重症）：

成骨不全症第三型须由专科医生明确诊断，同时符合下列所有条件：

- (1) 就成骨不全症第三型之诊断进行的匹配符切片的病理检查结果为阳性；
- (2) X 光片结果显示多处骨折及逐步脊柱后侧凸畸形；
- (3) 有证明是因此疾病引致发育迟缓及听力损伤。

图 1：保险条款中“成骨不全症”的代表性定义

图1展示的是不同条款中关于“成骨不全症”的代表性定义，后文将具体展开其定义逻辑分析。此外，目前市场上只有极个别公司将“成骨不全症”放入轻症范围内，其定义在代表性定义二的基础上添加了年龄限制，在理赔条件上没有任何差异，不能区分病情的严重程度，病种设置不合理，因此本报告不再单独分析该病种的轻症定义逻辑。由前文可见，医学定义描述了该疾病的病因、发病机理、临床表现、并发症、临床分型、诊断方法和治疗预后。保险定义关注的是成骨不全症的分型，各家保险公司统一赔付的重疾定义均须患者被确诊为Ⅲ型成骨不全症，特别要求提供确诊分型的诊断依据，例如X线检查和皮肤活检报告等。

### 三、“成骨不全症”在保险条款中的具体分析

#### ① 保险条款中的命名方式及特征分析

根据爱选病种字典统计，目前市面上重疾险条款中对于“成骨不全症”的命名方式，重症共有30种。本报告整理归纳了该病种的病名逻辑，如表2所示。

表 2：“成骨不全症”条款名称特征分析表

类型	分组	条款名称	基础命名	分型	程度	限定年龄
重症	N_A1	成骨不全症第Ⅲ型	✓	✓		
		Ⅲ型成骨不全				
		骨生长不全症（Ⅲ型）				
		成骨不全症三型				
		成骨不全症第3型				
		Ⅲ成骨不全症				
	N_A2	成骨不全症	✓			
		骨生长不全症				
	N_A3	严重骨生长不全症	✓		✓	
	N_A4	严重成骨不全症第三型	✓	✓	✓	
	N_A5	成骨不全症第三型—18周岁前理赔	✓	✓		✓

当前市场上对于“成骨不全症”的条款名称中，常见的命名方式逻辑为“基础命名”、“分型”、“程度”、“限定年龄”等方式的不同组合。其中，多数产品采取“基础命名+分型”的命名方式，如“成骨不全症第Ⅲ型”；少数产品在命名时加入了“程度”、“限定年龄”等字段，或是采用只有“基础命名”的方式。

## ② 保险条款中的定义方式及逻辑分析

表 3：“成骨不全症”定义逻辑组合

类型	分组	分型	临床证据
重症	D_A1	✓	✓
	D_A2	✓	

条款中对于“成骨不全症”的定义方式，一般会采取在疾病描述的基础上，通过“分型”、“临床证据”等方式进行组合定义。对于疾病的基本描述通常为“指一种胶原病，特征为骨易碎、骨质疏松和易骨折”或“成骨不全症，又称脆骨病、瓷娃娃，患儿易发骨折、轻微的碰撞也会造成严重的骨折，是一种罕见的遗传性骨病”；部分条款对“成骨不全症”没有基础描述。现对其定义逻辑中“分型”和“临床证据”的具体分析如下：

### ① 分型

由前文述，目前市场上所有保险产品均只保障“成骨不全症第Ⅲ型”，在病种名称中强调“第Ⅲ型”，或在定义中明确指出“保障Ⅲ型成骨不全的情形”。其原因分析如下：由前文述，成骨不全症常用分型有Ⅰ、Ⅱ、Ⅲ、Ⅳ型，Ⅰ型症状最轻，而Ⅳ型严重性为中间，从产品设计考虑，Ⅰ型和Ⅳ型均不能达到重疾“严重”的标准；Ⅱ型症状最严重且死亡率高，其出生后即表现出明确的患病特征，投保逆选择性高，在理赔端易造成因未如实告知而导致的纠纷；且重疾险主要覆盖治疗费用、收入损失等，出生后即出现严重症状且致死率高，可能尚未接受治疗便已死亡，则将重疾责任变为了身故责任所以Ⅱ型也不适合纳入重疾保障；Ⅲ型症状重且与其他分型的区别在于其属于“进行性畸形”，出生时症状很轻微，一定程度上避免了投保逆选择性，因此Ⅲ型适合纳入保障病种。



## ② 临床证据

在“成骨不全症”的定义中，仅有少数定义中涉及到“临床表现”，且与“临床证据”的表述相似，因此在本报告中一同分析。大多数重症定义围绕检测结果和相关证据展开，常见形式为：

**须由专科医生明确诊断，同时符合下列所有条件：**

- (1) 就成骨不全症第三型之诊断进行的匹配符切片的病理检查结果为阳性；
- (2) X 光片结果显示多处骨折及逐步脊柱后侧凸畸形；
- (3) 有证明是因此疾病引致发育迟缓及听力损伤。

观察可知，多数定义以“皮肤活检报告资料”、“X线检查”、“多发性骨折病史”和“进行性脊柱后侧凸”相关证据确诊为III型为理赔条件，对明确疾病分型所需资料做出了明确规定。除上述常见情况外，少数定义中表述为“发育迟缓”、“听力损害”和“家族史”的资料要求，描述含糊不清，没有明确的程度要求，造成理赔端操作困难。

## ③ 其他情况

在“成骨不全症”的所有条款中，均要求“须经专科医生明确诊断”；少数条款指明“由儿科专科医生明确诊断”，更加严格。

由于“成骨不全症”多发于未成年，部分重症定义对理赔年龄做出了要求，规定为“仅对被保险人年满18周岁前确诊本项疾病承担保险责任”。

此外，“成骨不全症”属于先天性发育障碍，是一种遗传病，因此少数定义特别指出“本公司承担本项疾病责任不受本合同责任免除中‘遗传性疾病，先天性畸形、变形或染色体异常’的限制”，明确责任范围。

## 四、关于“成骨不全症”病种的整体评价及规范化建议

“成骨不全症”的临床分型复杂，赔付需依据条款责任确诊为Ⅲ型的成骨不全症且须提供确诊资料。因成骨不全症各分型X线影像学检查结果并无绝对差异，被保险人需要提供皮肤活检报告资料。该资料对于医院的水准要求较高，一般地方性医院很难进行该疾病的分型确诊，且全国可以做确诊的医院有限。医疗资源的不均衡容易增加消费者提供理赔材料的难度，引起纠纷与不满。

从病种命名方面来看，“成骨不全症”的命名涉及到“基础命名”、“分型”、“程度”、“限定年龄”等字段。目前命名较为统一，通常为“成骨不全症第Ⅲ型”。建议规范化的重症统一命名为“成骨不全症Ⅲ型”，或可进一步明确理赔年龄，采用“成骨不全症第Ⅲ型—18周岁前理赔”。

从病种定义方面来看，“成骨不全症”的定义多涉及到“分型”、“临床表现”、“临床证据”等不同理赔标准。从“分型”方面分析，各家保险公司均采用成骨不全症Ⅲ型作为重症责任标准，Ⅲ型成骨不全症起病隐匿，随着患者年龄增长病情越来越重，设置合理；从“临床表现”方面分析，个别保险条款定义要求被保险人存在发育迟缓、听力损伤和家族史等情况，如上要求从理赔端考虑属于定义描述不清，未明确发育迟缓及听力损伤的标准，易造成理解歧义和纠纷，另外，此疾病可能无家族史，如果定义要求家族史易造成消费者的不满。同时如上要求的临床表现从消费者端考虑，也属于不合理要求，例如被保人已经达到成骨不全症Ⅲ型的诊断标准，只是因为未出现听力受损而不能得到重疾赔付，会造成消费者的严重不满，也不符合保险公司的服务理念；从“临床证据”方面分析，大多数保险均要求提供X线影像学证据和皮肤活检报告证实成骨不全症Ⅲ型，设置清晰合理。

综上，建议对该病种定义进行规范。建议如下：

### 重症定义：成骨不全症Ⅲ型

成骨不全是一种胶原病，特征是弥散性骨异常脆性变和易骨折。该病常用分型有4种：Ⅰ型、Ⅱ型、Ⅲ型、Ⅳ型。**本条款责任仅保障Ⅲ型成骨不全症**，成骨不全症Ⅲ型须由专科医生明确诊断，同时须提供如下所有证据资料：

- (1) X光片结果提示多发性骨折史及进行性脊柱后侧凸畸形；
- (2) 皮肤活检报告资料确诊为成骨不全Ⅲ型。

我们承担本项疾病责任不受本合同“责任免除”中“遗传性疾病，先天性畸形、变形或染色体异常”的限制。

## 附录 2-13: 主动脉夹层

### 一、“主动脉夹层”的医学概述

主动脉夹层 (Aortic Dissection) 是血液通过撕裂的主动脉内膜涌入分离的内膜和中膜, 形成一假腔 (通道), 夹层分离可能发生在沿主动脉的任何地方, 可向近处或远处延伸到其他动脉, 患者突发胸背或腹部撕裂样疼痛, 常伴有昏迷, 是临床最为凶险的急症之一。发生主动脉夹层分离的组织病理学基础是主动脉中层病变包括退行性变、粘液性变性、囊性中层坏死、粥样硬化等。在此基础上, 附着于其表面的内膜失去稳固的条件易发生内膜撕裂, 继之血流涌入内膜下造成夹层分离。本疾病发病率约为 2/10 万人年-6/10 万人年, 急性期死亡率高达 60%。本疾病主要病因是高血压 (占比 75%), 高血压可使动脉壁长期处于应急状态, 弹力纤维常发生囊性变性或坏死, 导致夹层形成。其他病因包括结缔组织病、先天性心血管病、医源性损伤及妊娠期后 3 个月等。CTA (CT 血管造影) 和 MRI (核磁共振检查) 均可确诊主动脉夹层, 本疾病的主要治疗方案为血压控制和手术治疗。

### 二、“主动脉夹层”在保险中的概况

#### ① “主动脉夹层”在保险条款中的病种分类

“主动脉夹层”出现在保险条款的“重症疾病”、“特定重大疾病”、“少儿特定重大疾病”和“少儿重大疾病”病种分类中。

#### ② “主动脉夹层”在保险条款中的拆分情况

部分保险条款中, 将主动脉夹层瘤与主动脉夹层血肿分为两个病种。而根据《内科学》中定义, 主动脉夹层是指“主动脉内膜撕裂后, 腔内的血液通过内膜破口进入动脉壁中层形成夹层血肿, 并沿血管长轴方向扩展, 形成动脉真、假腔病理改变的严重主动脉疾病”, 因此本报告认为在同一条款内出现“主动脉夹层瘤”与“主动脉夹层血肿”属于病种拆分。且根据爱选病种名称, 本报告统一称其为“主动脉夹层”。

### 3 “主动脉夹层”在保险条款中的代表性定义

#### 定义一：

##### 主动脉夹层瘤（重症）：

指主动脉腔内的血流通过主动脉内膜的破裂口进入主动脉内壁而形成血肿。被保险人需通过断层扫描（CT）、核磁共振检查（MRI）、磁共振血管检验法（MRA）或血管扫描等检查，并且实施了胸腹切开的直视主动脉手术。

#### 定义二：

##### 主动脉夹层血肿（重症）：

指主动脉壁在受到某些病理因素破坏后，高速、高压的主动脉血流将其内膜撕裂，导致主动脉腔内的血流通过主动脉内膜的破裂口进入主动脉内壁而形成血肿。急性主动脉夹层血肿须经我们认可的医院的专科医生明确诊断，并须满足下列全部条件：

- （1）有典型的临床表现；
- （2）经电子计算机断层扫描（CT）、核磁共振（MRI）或磁共振血管造影（MRA）等影像学检查结果证实；
- （3）实际接受了急诊条件下进行的传统或微创开胸或开腹进行的主动脉手术。慢性期主动脉夹层择期手术、经导管主动脉内介入手术治疗不在保障范围内。

图 1：保险条款中“主动脉夹层”的代表性定义

图1展示的是不同条款中关于“主动脉夹层”的代表性定义，后文将具体展开其定义逻辑分析。由于仅极个别公司出现了“主动脉夹层”的轻症保障，且区别在于“手术”方面的规定（具体见后文），因此本报告不再单独分析该病种的轻症定义逻辑。由前文可见，医学定义描述了该疾病的病因、发病机理、临床表现、诊断及治疗方案。保险定义关注的是主动脉夹层明确诊断的影像学证据资料，且强调须行手术治疗方案才能达到重疾责任的赔付条件。



### 三、“主动脉夹层”在保险条款中的具体分析

#### ① 保险条款中的命名方式及特征分析

由前文述，市面上的条款会对“主动脉夹层”进行“病种拆分”，一般涉及“主动脉夹层瘤”、“主动脉夹层血肿”两种，根据爱选病种字典统计，目前市面上重疾险条款中对于“主动脉夹层”的命名方式，重症共有12种。本报告整理归纳了该病种的病名逻辑，如表1所示。

表 1：“主动脉夹层”条款名称特征分析表

类型	分组	条款名称	基础命名	程度	瘤	血肿 / 充血	手术
重症	N_A1	主动脉夹层	✓				
	N_A2	夹层主动脉瘤	✓		✓		
		主动脉夹层瘤					
		主动脉夹层动脉瘤					
		胸主动脉或腹主动脉夹层动脉瘤					
	N_A3	主动脉夹层血肿	✓			✓	
		主动脉夹层充血					
	N_A4	严重主动脉夹层血肿	✓	✓		✓	
		严重急性主动脉夹层血肿					
		严重急性主动脉夹层血肿（主动脉夹层血肿）					
	N_A5	主动脉夹层血肿手术	✓			✓	✓
	N_A6	严重主动脉夹层血肿手术	✓	✓		✓	✓

由表1，在当前市场上对于“主动脉夹层”的条款名称中，常见的命名方式逻辑为“基础命名”、“程度”、“瘤”、“血肿/充血”、“手术”的组合。其中，多数条款采取的是最基本的“基础命名+瘤”或“基础命名+血肿”，即“主动脉夹层瘤”或“主动脉夹层血肿”。

## ② 保险条款中的定义方式及逻辑分析

### ① 疾病描述

“主动脉夹层”的“疾病描述”，一般会有以下几种表述形式：

#### 示例一（主动脉夹层瘤）：

指主动脉的内膜破裂导致血液流入主动脉壁中形成夹层动脉瘤。

#### 示例二（主动脉夹层瘤 / 主动脉夹层血肿）：

指主动脉腔内的血流通过主动脉内膜的破裂口进入主动脉内壁而形成血肿。

#### 示例三（主动脉夹层瘤 / 主动脉夹层血肿）：

指主动脉壁在受到某些病理因素的破坏后，高速、高压的主动脉血流将其内膜撕裂，以致主动脉腔内的血流通过主动脉内膜的破裂口进入主动脉内壁而形成血肿。

#### 示例四（主动脉夹层瘤）：

指主动脉壁在受到某些病理因素的破坏后，高速、高压的主动脉血流将其内膜撕裂，以致主动脉腔内的血流通过主动脉内膜的破裂口进入导致主动脉血管中层形成一个假腔，后者可以扩大且迁移到主动脉壁，由于血液可穿破中层，而形成假性第二腔。

其中，“示例二”与“示例三”是“主动脉夹层瘤”与“主动脉夹层血肿”在“疾病描述”方面的共有情况，也是多数定义在“主动脉夹层”方面会涉及到的；“示例一”与“示例四”则是“主动脉夹层瘤”的特殊情况。尽管不同表述方式有所差别，但其均是因“主动脉内膜破裂”导致的“血液流入主动脉壁”而形成的“夹层”或“血肿”。

### ② 临床证据

“主动脉夹层”的所有条款定义均会涉及“临床证据”。多数定义涉及“临床证据”的表述为“被保险人需通过断层扫描（CT）、核磁共振检查（MRI）、磁共振血管检验法（MRA）或血管扫描等检查”，少数定义涉及“临床证据”的表述为“包括电脑扫描，磁共振扫描及磁共振血管造影或心导管检查的证明”。

### ③ 手术

绝大多数定义均涉及到“手术”的相关要求，但不同条款定义间存在差别，多数重症定义所要求的手术类型为“胸腹切开的直视主动脉手术”，也有少数重症定义要求“紧急修补手术”或“传统或微创开胸或开腹主动脉手术”。并且，重症定义中一般会明确部分手术除外，具体为“慢性期主动脉夹层择期手术、经导管主动脉内介入手术治疗不在本保障范围内”。然而，个别条款将“经导管主动脉内介入手术”纳入到轻症保障中不合理。由于近年血管内介入手术已广泛用于主动脉夹层的治疗方案，这种方法可以减轻患者的创伤和应激，列为轻症保障会损害患者的重疾保障权益。

### ④ 临床表现

仅有“主动脉夹层血肿”的部分定义涉及到“临床表现”，但与其他病种不同的是，其并没有明确具体临床表现，而仅是在定义中写明要“有典型的临床表现”，并将该条作为必须满足的理赔条件之一，不明晰的条件设置给理赔端带来了很大的难度。

### ⑤ 其他情况

#### 》 “主动脉”的明确

出于对降低理赔纠纷的考虑，部分定义对何为“主动脉”进行了明确，具体表述为“主动脉指胸主动脉及腹主动脉，而非其旁支”。

#### 》 “急性期”的规定

由前文述，“主动脉夹层”的特点在于发病急、危害大，且急性期死亡率较高。部分定义将“主动脉夹层”的理赔限定于“急性期内”，具体表述为“在急性期内（发病两周内）实际接受了传统或微创开胸或开腹主动脉手术”。这一规定在理赔端易引起纠纷和歧义，临床上主动脉夹层首要治疗措施包括纠正休克、镇痛镇静和控制血压，待患者病情平稳后，医生综合影像学证据决定是否需要手术治疗及手术时机，所以如果定义限制“发病两周急性期内接受手术”，易造成理赔端的纠纷，不利于服务消费者。

## 四、关于“主动脉夹层”病种的整体评价及规范化建议

从病种命名方面来看，“主动脉夹层”的命名涉及到“基础命名”、“程度”、“瘤”、“血肿/充血”、“手术”等字段。但考虑到“主动脉夹层瘤”与“主动脉夹层血肿”均是“主动脉夹层”相关疾病，建议规范化的重症统一命名为“主动脉夹层”。

从病种定义方面来看，“主动脉夹层”的定义多涉及到“疾病描述”、“临床证据”、“手术”、“临床表现”等不同理赔标准。“疾病描述”方面只是采用多种医学用语描述，各家定义并无任何歧义，都是为了明确描述主动脉夹层的疾病情况；“临床证据”方面各家定义也无明显差异，均要求提供影像学的明确证据资料证实主动脉夹层的疾病诊断；“手术”方面各家定义描述标准差异较大，考虑近年血管内介入手术已广泛用于主动脉夹层的治疗方案，且手术时机是临床医生依据患者随时变化的病情而决定的，所以若对手术方式和手术时机做特别限制，会脱离主动脉夹层实际临床治疗情况，造成保险定义限制过多、言语晦涩；“临床表现”方面，个别定义要求有典型的临床表现，但是也并无具体的描述，属于不清晰的定义，鉴于定义已要求明确确诊的资料，临床表现再做限制无特殊意义，且容易引起理赔端资料索要纠纷，不利于消费者。

从规范化定义的难点和痛点方面来看，各家保险定义对于主动脉夹层责任差异较大，多方面因素会影响规范化定义。市场上主动脉夹层的责任名称存在拆分情况，将主动脉夹层拆分为主动脉夹层血肿和主动脉夹层瘤，不利于理赔端的审核和消费者的理解。建议明确疾病定义，对于同一种疾病不要做拆分。如前所述，不建议在定义中对主动脉夹层的手术方式和手术时机做特别限制，但是为了产品风险控制，避免消费者和理赔端理解歧义，建议定义中对于主动脉的范围做限制，明确定义主动脉范围。

综上，建议对该病种定义进行规范。建议如下：

### 重症定义：主动脉夹层

指主动脉壁在受到某些病理因素破坏后，高速、高压的主动脉血流将其内膜撕裂，导致主动脉腔内的血流通过主动脉内膜的破裂口进入主动脉内壁，患者病情急且凶险。主动脉指升主动脉、主动脉弓、和降主动脉（含胸主动脉和腹主动脉），不包括升主动脉、主动脉弓和降主动脉的分支血管。主动脉夹层须经专科医生明确诊断，并须满足下列全部条件：

- (1) 提供电子计算机断层扫描（CT）、核磁共振（MRI）或磁共振血管造影（MRA）等影像学检查诊断资料；
- (2) 实施了主动脉手术。



## 附录 2-14: 人工耳蜗植入

### 一、“人工耳蜗植入”的医学概述

人工耳蜗是一种电子装置，由体外言语处理器将声音转换为一定编码形式的电信号，通过植入体内的电极系统直接兴奋听神经来恢复或重建听力受损患者的听觉功能。目前临床上已把植入人工耳蜗作为治疗听力重度损失的常规方法。

### 二、“人工耳蜗植入”在保险中的概况

#### ① “人工耳蜗植入”在保险条款中的病种分类

“人工耳蜗植入”出现在保险条款的“中症疾病”和“轻症疾病”病种分类中。

#### ② “人工耳蜗植入”在保险条款中的代表性定义

**定义一：**

**人工耳蜗植入术：**

指因耳蜗的永久损害而实际接受了人工耳蜗植入手术。该手术须经我们认可的医院的专科医生明确诊断是医疗必需的，且在接受植入手术前须已满足下列全部条件：

- (1) 双耳持续 12 个月以上重度感音神经性耳聋；
- (2) 使用相应的听力辅助设备效果不佳。

理赔后，我们不再对“听力严重受损”、“单耳失聪”承担保险责任。

**定义二：**

**植入人工耳蜗手术：**

指因疾病或者意外伤害事故导致耳蜗或听觉神经永久性损坏，被保险人实际已经在本公司认可医院内进行了医疗必须的人工耳蜗植入手术。

图 1：保险条款中“人工耳蜗植入”的代表性定义

图1展示的是不同条款中关于“人工耳蜗植入”的代表性定义，后文将具体展开其定义逻辑分析。临床中，人工耳蜗植入是用来恢复、提高及重建听力受损患者听觉功能的方法。而在保险定义中，在人工耳蜗已植入的事实结果之上，另有其他理赔条件的限制。

## 三、“人工耳蜗植入”在保险条款中的具体分析

### ① 保险条款中的命名方式及特征分析

根据爱选病种字典统计，目前市面上重疾险条款中对于“人工耳蜗植入”的命名方式，中症共有2种，轻症共有5种。并且，各条款对“人工耳蜗植入”的命名方式基本一致，具体如表1所示。

表 1：“人工耳蜗植入”条款名称表

类型	分组	条款名称
中症	N_B1	人工耳蜗植入术
		植入人工耳蜗手术
轻症	N_C1	人工耳蜗植入手术
		植入人工耳蜗手术
		人工耳蜗手术
		人工耳蜗植入术
		植入人工耳蜗

### ② 保险条款中的定义方式及逻辑分析

#### (1) 定义方式及逻辑组合

“人工耳蜗植入”出现在各条款的中症与轻症中，且中症与轻症间的定义一致，均是分为前文所示的两种代表性定义。

由定义一，其要求出现“耳蜗的永久损害”并“实际实施了人工耳蜗植入”，且需要满足“双耳12个月

以上重度感音神经性耳聋”<sup>①</sup>及“听力辅助设备效果不佳”两项理赔条件。

由定义二，其仅要求出现“耳蜗或听觉神经永久性损坏”并“实际实施了人工耳蜗植入”。

相比于定义一，定义二的要求更为宽松，不需定义一的另外两项理赔条件。可以理解为已植入即可获赔，条款制订者明确了“因疾病或意外导致的听力损坏”，是希望据此能够排除先天性和遗传性原因导致听力损失的获赔可能，但是表述仍不明确，存在较大争议。而且，“听觉神经永久性损坏”放在定义中是错误的，因为人工耳蜗的原理是在自身耳蜗毛细胞坏死、变性和功能丧失的前提下，通过植入装置来代替原耳蜗的功能去刺激听神经。如果听神经已经受损，植入人工耳蜗也是徒劳。所以听神经损害非但不是人工耳蜗植入的原因，反而是绝对禁忌症。

## (2) 其他情况

### » 3 周岁后始理赔的规定

对于“人工耳蜗植入”病种，部分公司在定义中会对3周岁以下的被保险人排除在外，具体表述为“被保险人申请理赔时年龄必须在3周岁以上，且先天性疾病所致的耳蜗损害不在本合同保障范围内”。此项约定来自2020年《规范》“双耳失聪”的底注：如果保险公司仅承担被保险人在某年龄之后的保障责任，须在疾病定义中特别说明。目的是留有足够的时间观察听力受损是否持续存在，排除因发育迟缓等问题致使听力下降等。所以重症双耳失聪包含此约定有一定的依据。但将约定平移至人工耳蜗植入这项责任中，实际上不利于被保险人。1至3周岁是人工耳蜗植入的黄金期，人类在3岁之前会形成约70%的语言能力，建立起对声音的“听觉记忆”，若等到3岁以后才为语前聋儿童植入人工耳蜗，会极大提升其语言能力康复的难度。因而，部分公司人工耳蜗植入的定义中，增加“3周岁后始理赔”的规定实际上与医学实践相悖。好在目前已有部分公司认识到这一问题，在“人工耳蜗植入”的定义中取消了“3周岁后始理赔”的规定，甚至在重疾“双耳失聪”中也不再做同样的限制，更加关注到被保险人的切身利益。

<sup>①</sup> 注：部分条款定义规定为“1年以上”。

## » 其他听力相关责任的规定

大部分公司在设置“人工耳蜗植入”中症或轻症病种时还会同时设置“单耳失聪”、“听力严重受损”等听力相关的中症或轻症病种，并做出了仅对三项中的一项承担保险责任的规定。而对于“单耳失聪”和“听力严重受损”，其在定义时均对听力丧失做出了具体标准的规定，如图2所示。

### 单耳失聪：

指因疾病或者意外伤害导致单耳听力永久不可逆性丧失，但未达到本合同重大疾病“双耳失聪”的给付标准，但满足以下条件：在 500 赫兹、1000 赫兹和 2000 赫兹语音频率下，平均听阈大于等于 91 分贝，且经纯音听力测试、声导抗检测或者听觉诱发电位检测等证实。

被保险人申请理赔时年龄必须在 3 周岁以上，并且提供理赔当时的听力丧失诊断及检查证据。本公司对“单耳失聪”、“听力严重受损”和“人工耳蜗植入术”三项中的其中一项承担保险责任，给付其中一项保险金后，对其他两项轻症疾病保险责任同时终止。

### 听力严重受损：

指因疾病或意外伤害导致双耳听力永久不可逆性丧失，在 500 赫兹、1000 赫兹和 2000 赫兹语音频率下，平均听阈大于 70 分贝，但未达到 91 分贝，且经纯音听力测试、声导抗检测或听觉诱发电位检测等证实。

被保险人申请理赔时年龄必须在 3 周岁以上，并且提供理赔当时的听力丧失诊断及检查证据。本公司对“单耳失聪”、“听力严重受损”和“人工耳蜗植入术”三项中的其中一项承担保险责任，给付其中一项保险金后，对其他两项轻症疾病保险责任同时终止。

图 2：“单耳失聪”与“听力严重受损”条款定义示例

由图2，其来自同一产品的轻症定义，“单耳失聪”的要求为“单耳听力永久不可逆性丧失”且“平均听阈 $\geq 91$ 分贝”，“听力严重受损”的要求则为“双耳听力永久不可逆性丧失”且“ $70$ 分贝 $\leq$ 平均听阈 $< 91$ 分贝”。可见，“单耳失聪”与“听力严重受损”在保险公司的视角下是听力相关疾病严重程度的演进，是由“双耳失聪”这一重症责任发展而来的两种不同的轻症，覆盖不同患者群。而部分定义已经取消了对于“人工耳蜗植入”责任的“3周岁以上理赔”的规定，实际上会先于前述两项轻症责任赔付，使确有听力异常且已实施手术的被保险人可以尽早得到赔款。



## 四、关于“人工耳蜗植入”病种的整体评价及规范化建议

“人工耳蜗植入”理赔中存在的巨大争议是该病种与遗传性疾病的关系。因保险是对不确定性进行经营，保险公司在保障范围内对先天性疾病等确定性损害进行了除外，且绝大多数重疾险均会在免责条款中列明对“遗传性疾病，先天性畸形、变形或染色体异常”不予保障，而新生儿耳聋中有50%被认为与遗传因素相关<sup>②</sup>，意味着这些先天性耳聋患儿可能无法顺利获得保险赔款。目前在2020年《规范》中，判断是否为先天性畸形、变形或染色体异常，需依照世界卫生组织《疾病和有关健康问题的国际统计分类》第十次修订版（ICD-10）进行明确。理赔实务中可以从主治医生在住院病历上登记的ICD分类来判断，但不是所有听障的被保险人都曾住院治疗，而且遗传性疾病的依据大部分在理赔资料中也无法获取，这给理赔工作带来一定的困难和挑战。

从病种命名方面来看，“人工耳蜗植入”的命名较为简单，主要是围绕“人工耳蜗”的“植入”或“植入手术”。建议规范化的轻症统一命名为“人工耳蜗植入（轻症）”。

从病种定义方面来看，“人工耳蜗植入”的定义以“耳蜗永久损害”和“实际实施了人工耳蜗植入手术”为核心，部分条款还包含了“双耳12个月以上重度感音神经性耳聋”与“听力辅助设备效果不佳”的规定。增加的限制使得术前重度耳聋状态未满12个月，但实际已植入人工耳蜗的人群无法获赔。反观重症“双耳失聪”条款定义，仅强调为双耳听力“永久不可逆性丧失”（条款释义为积极治疗180天后，仍无法恢复），如若被保险人已经实施了人工耳蜗植入术，仍坚持要求术前持续1年以上重度感音神经性耳聋，较为苛刻，其实际是为手术必要性做了限制，防止消费者因为有重疾险责任而倾向于选择性要求实施手术，从而增加手术发生的概率，相当于给这项手术责任单独设置了一年的等待期，但其合理性有待商榷。所以本报告的规范化建议中，如已接受手术，不再对耳聋持续时间增加要求。

从规范化定义的难点和痛点方面来看，人工耳蜗植入术的病种代表性定义一的主干是“指由于耳蜗的永久损害而已经实施了人工耳蜗植入手术”。对耳蜗永久损害的原因未做限制，可能会造成一定程度的解读分歧，因遗传原因或是其他免责范围内原因所致的听力损伤可否获赔，存在较大争议。如果未指明，需按有利于被保险人利益的方向解读。而先天性耳聋有很大程度源于遗传因素，即便部分免责条款中对“遗传性疾病”、“先天性畸形”等有除外规定，但保险公司理赔时需要获取到消费者属于先天性耳聋的证据才可以拒赔，存在举证困难，因而针对此类先天性原因居多的疾病，如无法赔偿，建议条款定义内再次明确指出，以使消费者在投保时就了解保司态度，最大程度理解条款的设定并知情后选择，从而减少理赔纠纷。

<sup>②</sup>Bitner G,Lindzicz M.Hereditary deafness and phenotyping in humans[J].Br Med Bull,2002,63(1):73-94。

综上，建议对该病种定义进行规范。建议如下：

**轻症定义：人工耳蜗植入术（轻症）**

指因疾病或者意外伤害事故导致耳蜗的永久损害，被保险人实际已经实施了人工耳蜗植入手术。

遗传性疾病，先天性畸形、变形或染色体异常所致的耳蜗损害和听力异常不在保障范围内。

如条款中存在其它与听力相关的轻症，为避免重复赔付，还应做以下约定：本公司对“人工耳蜗植入（轻症）”、“听力严重受损”、“单耳失聪”三项中的一项承担保险责任，给付其中一项保险金后，对其他两项轻症疾病保险责任同时终止。

## 》附录 2-15: 原位癌

### 一、“原位癌”的医学概述

原位癌又称为上皮内癌或浸润前癌,是指细胞学上具有所有恶性特点,但尚未突破上皮基底膜的肿瘤。通俗来讲是上皮的恶性肿瘤局限在了皮肤或粘膜内,还没有通过皮肤或粘膜下面的基底膜侵犯到真皮组织,更没有发生浸润和远处转移的状态。所以原位癌是较轻微的病症,治疗方案也比较简单,通常是直接切除,不需要做化疗,便可完全治愈。

### 二、“原位癌”在保险中的概况

“原位癌”出现在保险条款的“轻症疾病”病种分类中。

在2020年《规范》实施前,保险市场上多数重疾险产品将“原位癌”归入轻症疾病的分类,常见的是将其放在“极早期恶性肿瘤或恶性病变”内,代表性定义如下:

#### 极早期恶性肿瘤或恶性病变(轻症)

指经组织病理学检查被明确诊断为下列恶性病变,并且接受了相应的治疗。

(1) 原位癌;

(2) 相当于 Binet 分期方案 A 期程度的慢性淋巴细胞白血病;

(3) 相当于 Ann Arbor 分期方案 I 期程度的何杰金氏病;

(4) 皮肤癌(不包括恶性黑色素瘤及已发生转移的皮肤癌);

(5) TNM 分期为 TNM 期或者更轻分期的前列腺癌。感染艾滋病病毒或者患艾滋病期间所患极早期恶性肿瘤或者恶性病变不在保障范围之内。

图 1: “极早期恶性肿瘤或恶性病变”的代表性定义

2020年《规范》首次引入轻度疾病标准定义，将恶性肿瘤、急性心肌梗死、脑中风后遗症3种核心疾病按照严重程度分为重度疾病和轻度疾病两级。其中，“恶性肿瘤——轻度”的标准定义如下：

### 恶性肿瘤——轻度

指恶性细胞不受控制的进行性增长和扩散，浸润和破坏周围正常组织，可以经血管、淋巴管和体腔扩散转移到身体其他部位，病灶经组织病理学检查（涵盖骨髓病理学检查）结果明确诊断，临床诊断属于世界卫生组织（WHO, World Health Organization）

《疾病和有关健康问题的国际统计分类》第十次修订版（ICD-10）的恶性肿瘤类别及《国际疾病分类肿瘤学专辑》第三版（ICD-O-3）的肿瘤形态学编码属于3、6、9（恶性肿瘤）范畴，但不在“恶性肿瘤——重度”保障范围的疾病。且特指下列六项之一：

- (1) TNM 分期为 I 期的甲状腺癌；
- (2) TNM 分期为 T<sub>1</sub>N<sub>0</sub>M<sub>0</sub> 期的前列腺癌；
- (3) 黑色素瘤以外的未发生淋巴结和远处转移的皮肤恶性肿瘤；
- (4) 相当于 Binet 分期方案 A 期程度的慢性淋巴细胞白血病；
- (5) 相当于 Ann Arbor 分期方案 I 期程度的何杰金氏病；
- (6) 未发生淋巴结和远处转移且 WHO 分级为 G1 级别（核分裂像 < 10/50 HPF 和 ki-67 ≤ 2%）的神经内分泌肿瘤。

下列疾病不属于“恶性肿瘤——轻度”，不在保障范围内：

ICD-O-3 肿瘤形态学编码属于 0（良性肿瘤）、1（动态未定性肿瘤）、2（原位癌和非侵袭性癌）范畴的疾病，如：

- a. 原位癌，癌前病变，非浸润性癌，非侵袭性癌，肿瘤细胞未侵犯基层，上皮内瘤变，细胞不典型性增生等；
- b. 交界性肿瘤，交界恶性肿瘤，肿瘤低度恶性潜能，潜在低度恶性肿瘤等。

图 2：2020 年《规范》中“恶性肿瘤——轻度”的标准定义



可见，新版定义中“恶性肿瘤——轻度”将“原位癌”剔除，不将其纳入保障范围内。对此，中国保险行业协会与中国医师协会在2020年11月5日“《重大疾病保险的疾病定义使用规范（2020年修订版）》答记者问”中指出：“关于原位癌的问题。首先，在旧规范中，恶性肿瘤并不包含原位癌。本次修订为进一步规范恶性肿瘤的概念和范围，在参考世界卫生组织（WHO）《疾病和有关健康问题的国际统计分类》（ICD）的基础上，引入了世界卫生组织（WHO）《国际疾病分类肿瘤学专辑》第三版（ICD-O-3）的肿瘤形态学标准，使定义更加准确规范。而原位癌不属于ICD-O-3肿瘤形态学标准中规定的恶性肿瘤，同时我们也深入研究并参考了英国、加拿大、新加坡等国家的经验（均对原位癌作了除外），因此本次修订暂不纳入原位癌。但是，各保险公司可在新规范规定病种的基础上，在重大疾病保险产品中增加原位癌保障责任，以满足消费者多元化的保险保障需求。”<sup>①</sup>

由此可见，2020年《规范》中没有将“原位癌”纳入“恶性肿瘤——轻度”疾病范畴的根本原因是，从国际标准定义来看，“原位癌”并不属于“恶性肿瘤”。但官方也表示，各家保险公司可以灵活设计，在重疾险中增加原位癌保障责任，保障消费者的需求。其实此前多数保险公司的轻症原本就含有“原位癌”这项保障，保留该项责任不会给保险公司增加额外负担，而且符合消费者的期待，同时提升了产品的市场竞争力。因此，市场上很多新定义重疾险还是将“原位癌”作为单独的病种放入轻症疾病范围。

“原位癌”的代表性定义具体见下：

<sup>①</sup> 注：摘自中国保险行业协会于2020年11月05日发布的“中国保险行业协会、中国医师协会发布《重大疾病保险的疾病定义使用规范（2020年修订版）》答记者问”。

**定义一：****原位癌：**

指恶性细胞局限于上皮内尚未穿破基底膜浸润周围正常组织的癌细胞新生物。被保险人必须经对固定活组织的组织病理学检查明确诊断为原位癌，临床诊断属于世界卫生组织（WHO）

《疾病和有关健康问题的国际统计分类》第十次修订版（ICD-10）的原位癌范畴，并且已经接受了针对原位癌病灶的手术切除治疗。

任何组织涂片或穿刺活检等细胞病理学检查结果均不能作为诊断依据。

**定义二：****原位癌：**

指被保险人经对固定活组织的组织病理学检查被明确诊断为原位癌。原位癌必须实际接受了依照临床诊疗指南推荐的相应的积极治疗。下列病变不在保障范围内：

- （1）任何在最新肿瘤分期指南 AJCC8 中 TNM 分期无 Tis 分期的，但被临床诊断为原位癌的病变；
- （2）任何诊断为 CIN1、CIN2、CIN3、VIN、LSIL（低级别鳞状上皮内病变）、HSIL（高级别鳞状上皮内病变）的鳞状上皮内病变；
- （3）任何上皮内肿瘤、上皮内瘤变、上皮内瘤。

**图 3：保险条款中“原位癌”的代表性定义**

图3展示的是不同条款中“原位癌”的代表性定义，后文将具体展开其定义逻辑分析。由前文可见，该病种的医学定义与保险定义非常相似，只是保险条款还要求在原位癌明确诊断的基础上，需针对病灶已实施了手术切除治疗。

### 三、“原位癌”在保险条款中的定义方式及逻辑分析

条款中对于“原位癌”的定义方式，一般会采取在描述疾病的基础上，通过“检查确诊”、“ICD-10/ICD-O-3范畴”及“手术治疗”等方式进行组合定义。现对其定义的逻辑具体分析如下：

## ① 检查确诊

“原位癌”的定义中，一般要求“被保险人必须经对固定活组织的组织病理学检查明确诊断为原位癌”。另外，在“原位癌”条款定义的最后一般会加上“任何组织涂片或穿刺活检等细胞病理学检查结果均不能作为诊断依据”。

这里值得关注的是，在2007年《规范》中，“恶性肿瘤”的定义里只要求“经病理学检查结果明确诊断”；而在2020年《规范》中“恶性肿瘤——重度”的定义明确强调“病灶经组织病理学检查（涵盖骨髓病理学检查）结果明确诊断”，将确诊方式从“病理学检查”变更为“病理学检查”中的“组织病理学检查”，条件更加严格。在该定义下，理赔中常遇到的通过“细胞病理学”确诊的癌症将不再进行赔付。而“恶性肿瘤——轻度”定义中也明确只能通过“组织病理学检查”确诊轻度癌症。因此，这里“原位癌”条款定义中对于“检查确诊”的条件是与2020年《规范》中两类恶性肿瘤疾病的标准定义一致的，符合最新的规范要求。

## ② ICD-10/ICD-O-3 范畴

与“2020版重疾定义”中“恶性肿瘤——轻度”的标准定义相似，在多数条款中“原位癌”的定义明确提出“临床诊断属于世界卫生组织（WHO, World Health Organization）《疾病和有关健康问题的国际统计分类》第十次修订版（ICD-10）的原位癌类别”，部分条款同时要求满足“《国际疾病分类肿瘤学专辑》第三版（ICD-O-3）的肿瘤形态学编码属于2的原位癌范畴”。

## ③ 手术治疗

在“手术治疗”方面，大部分“原位癌”条款定义中要求“已经接受了针对原位癌病灶的手术切除治疗”或是“必须实际接受了依照临床诊疗指南推荐的相应的积极治疗”。

特别地，某公司将这一要求体现在条款名称上，采用“原位癌（手术治疗）”的名称进行病种命名。

## ④ 其他情况

在“原位癌”条款定义中，多数条款会列举疾病理赔的“除外情况”，相关的说明主要有以下两类：

#### 方式一：

癌前病变(包括但不限于宫颈上皮内瘤样病变 CIN-1, CIN-2, 重度不典型增生但非原位癌), 非浸润性癌, 非侵袭性癌, 上皮内瘤变, 细胞不典型性增生、交界性肿瘤, 交界恶性肿瘤, 肿瘤低度恶性潜能, 潜在低度恶性肿瘤不在保障范围内。

#### 方式二：

下列病变不在保障范围内：

- (1) 任何 TNM 分期无 Tis 分期的, 但被临床诊断为原位癌的病变;
- (2) 任何诊断为 CIN1、CIN2、VIN、LSIL (低级别鳞状上皮内病变)、HSIL (高级别鳞状上皮内病变) 的鳞状上皮内病变;
- (3) 任何上皮内肿瘤、上皮内瘤变、上皮内瘤;
- (4) 皮肤原位黑色素瘤以外的皮肤原位癌;
- (5) 膀胱、输尿管、尿道的 Ta 期肿瘤。

**图 4：“原位癌”定义中出现的“除外情况”**

方式一的除外内容, 被认为病变程度较原位癌更轻微, 其实完整的定义已经可以排除以上情况, 出于谨慎的考虑, 将与原位癌病变阶段相近的除外内容再次列明。方式二则除外了大部分的皮肤原位癌, 以及诊断原位癌依据不足的情况, 是在一般原位癌的保障基础上进行了责任缩减。

## 四、关于“原位癌”病种的整体评价及规范化建议

虽然在2020年《规范》发布前, “原位癌”作为“极早期恶性肿瘤或恶性病变”的一类分支, 是轻症中常见的疾病。但由于2020年《规范》中的“恶性肿瘤——轻度”将其剔除在外, 部分保险公司为了维持产品的保障水平, 选择将“原位癌”以独立病种的形式列在轻症疾病范围内, 而这引发的新问题就是疾病定义该如何规范。

从病种定义方面来看, “原位癌”的定义多数以“检查确诊”、“ICD-10/ICD-O-3范畴”及“手术治疗”作为理赔标准。有国际标准作为参考, 使得病种定义有明确的参考和依据, 较其它病种明显更为规



范。而原位癌的诊断，本身就需要切除病灶获取组织进行病理检查，所以“手术治疗”的要求也符合常理。

特别地，个别公司对“原位癌”的定义仅给出简单描述，没有要求检查确诊或明确诊断范畴。本报告认为这种定义方式隐含较大的理赔风险，建议保险公司在制定病种定义时需详尽地给出理赔条件，避免不必要的纠纷。

从理赔实务方面来看，“原位癌”在各条款轻症病种中的出现比例为67.71%，理赔实务中，较多的困惑出现在女性宫颈上皮内瘤样病变（Cervical intraepithelial neoplasia, CIN）疾病中，也称为子宫颈上皮不典型增生，属于癌前病变。根据其侵害上皮的程度，可以分为三个级别。

**表 1: CIN 分级 -WHO 分类**

CIN1（轻度非典型增生）	细胞异型性轻，异常增殖细胞限于上皮层下 1/3。
CIN2（中度非典型增生）	细胞异型性明显，异常增殖细胞占据上皮层下 2/3。
CIN3（重度非典型增生及原位癌）	异型性显著，异常增殖细胞扩展至上皮的 2/3 或几乎全层，难以与原位癌区别。 原位癌的上皮异型性细胞累及全层，上皮基底膜完整，无间质浸润。

由表1可以看出，CIN3包含了原位癌，区别是CIN3累及2/3以上上皮层或几乎全层，而原位癌累及上皮全层。病理诊断本就受到标本制片等客观因素影响，而区分累及程度的细微差别更是对病理科诊断医生提出很高的要求，宫颈原位癌的诊断难度较大，且很多病理报告中并不明确记载是否符合原位癌诊断，如此，符合该情况的被保险人向保险公司申请“原位癌”病种赔付，还需理赔人员多方查实，通过查阅资料和走访主治医生等手段，来明确是否确属原位癌，更需要理赔人员具备丰富的工作经验，严谨细致地为消费者提供服务。

所以该病种本身的定义难度不大，难点在于到案件实际理赔操作中，是否能够公正客观又尽职尽责地为消费者提供令其满意的服务。综上，以疾病发展过程为依据，该病种的规范化定义，建议采用接近上文中代表性定义一的内容，如下：

**轻症定义：原位癌**

指恶性细胞局限于上皮内尚未穿破基底膜浸润周围正常组织的癌细胞新生物。必须经对固定活组织的组织病理学检查明确诊断为原位癌，临床诊断属于世界卫生组织（WHO）《疾病和有关健康问题的国际统计分类》第十次修订版（ICD-10）的原位癌类别及《国际疾病分类肿瘤学专辑》第三版（ICD-O-3）的肿瘤形态学编码属于 2 的原位癌范畴，并且已经接受了针对原位癌病灶的手术切除治疗。

任何组织涂片或穿刺活检等细胞病理学检查结果均不能作为诊断依据。