

惠民保与基本医保药品保障衔接水平分析方法及实证研究

姜骁桐^①, 郭珉江^①, 刘阳^①, 李亚子^①

摘要 目的:为评估惠民型商业补充医疗保险与基本医保药品保障衔接水平提供分析框架,以期为民惠型商业补充医疗保险产品药品待遇政策的评估与设计提供参考。方法:借鉴经济合作与发展组织对商业健康保险和医疗保障体系衔接方式的定义,将其应用到药品保障领域的衔接水平分析,并以“沪惠保”为例进行实证分析。结果:基于惠民型商业补充医疗保险和基本医保在药品保障范围、渠道和待遇方面的差异,将两者衔接方式分为3种类型,分别为补充型、增强型和重叠型。结论:惠民型商业补充医疗保险药品待遇政策的设计与评估应兼顾考虑国家基本医保药品目录、城市间待遇水平差异、产品筹资与管理水平。在具体药品的遴选上,可以借助国家医保谈判工作的经验。

关键词 惠民型商业补充医疗保险;基本医疗保险;药品保障;衔接水平

中图分类号 R1-9;F840.613 **文献标志码** A **文章编号** 1003-0743(2023)06-0030-05

Analysis Method and Empirical Study on the Cohesion Level of Inclusive Commercial Health Insurance and Basic Medical Insurance Drug Security/JIANG Xiao-tong, GUO Min-jiang, LIU Yang, et al./Chinese Health Economics, 2023,42(6):30-33,45

Abstract Objective: To provide an analytical framework for assessing the convergence level of drug reimbursement benefits between inclusive commercial health insurance (ICHI) and basic medical insurance (BMI). **Methods:** Based on Organization for Economic Co-operation and Development's definition of the linkage between commercial health insurance and medical security system, it is applied to the analysis of the level of linkage in the field of drug reimbursement, taking "Hu Hui Bao" as an example for empirical analysis. **Results:** The research divides the connection between the ICHI and BMI into supplementary, complementary and overlapping types based on the differences of ICHI and BMI in coverage, path and salary. **Conclusion:** The design and appraisal of the drug security policy of ICHI should consider the BMI drug catalogue, the difference in treatment level between cities and the level of product financing and management. The drug selection could learn from the experiences of national medical insurance negotiation.

Keywords inclusive commercial health insurance; basic medical insurance; drug reimbursement; cohesion level

First-author's address Institute of Medical Information, Chinese Academy of Medical Sciences, Beijing, 100020, China

Corresponding author GUO Min-jiang, E-mail: guo.minjiang@imicams.ac.cn

对于部分以药物作为主要治疗手段的疾病(如癌症、罕见病等),昂贵的药品费用成为部分患者获得良好临床结局的主要制约因素。“特药保障责任”是“惠民型商业补充医疗保险”(以下简称惠民保)在基本医保保障范围之外的一次突破与尝试。据不完全统计,目前已有近80%的惠民保提供了特药责任^[1]。除了单独提出的“特药保障责任”,大部分产品所提供的“医保范围内”和“医保范围外”的责任也涵盖了对药品的保障,两者的区别是后者通常与诊疗、器械等共用免赔额和保额。

惠民保作为基本医保的补充,在药品保障上两者应共同构成层次清晰、分工明确、衔接顺畅的多层次保障体系^[2]。从两者有效衔接关系来看,惠民保应该为参保人提供基本医保服务范围之外的内容,以满足非基本、

差异化的需求。这要求惠民保特药目录至少应具有以下特点之一:(1)“填空白”,惠民保纳入的药品填补了基本医保目录尚未涵盖的临床治疗领域空白;(2)“疗效优”,相同适应证,惠民保纳入疗效更优的药品;(3)“渠道广”,即可以通过基本医保未覆盖的报销渠道报销,如社会药店;(4)“待遇高”,即相较于基本医保目录内同适应证药品其报销待遇更高。

惠民保与基本医保衔接是否良好不仅关系到参保人的切身利益,还关系到惠民保产品的可持续性。已有研究多从特药目录制定的机制^[3]、惠民保与基本医保整体衔接^[4]等角度进行探讨,较少研究涉及两者的衔接。本研究聚焦于惠民保与基本医保药品保障的衔接,借鉴经济合作与发展组织(Organization for Economic Co-operation and Development, OECD)对商业健康保险和医疗保障体系衔接的形式^[5],基于两者在药品保障范围、渠道和待遇方面的差异提出衔接类型分析框架,并以上海市“2022版沪惠保”为例进行分析。

1 惠民保与基本医保药品保障衔接类型分析

本研究将两者的衔接方式分为3种类型,分别是补充型、增强型和重叠型(图1)。

^① 中国医学科学院医学信息研究所健康与医疗保障研究中心
北京 100020

作者简介:姜骁桐(1993—),女,硕士学位,助理研究员;研究方向:药物政策,药物经济学;E-mail:jiang.xiaotong@imicams.ac.cn。

通信作者:郭珉江,E-mail:guo.minjiang@imicams.ac.cn。

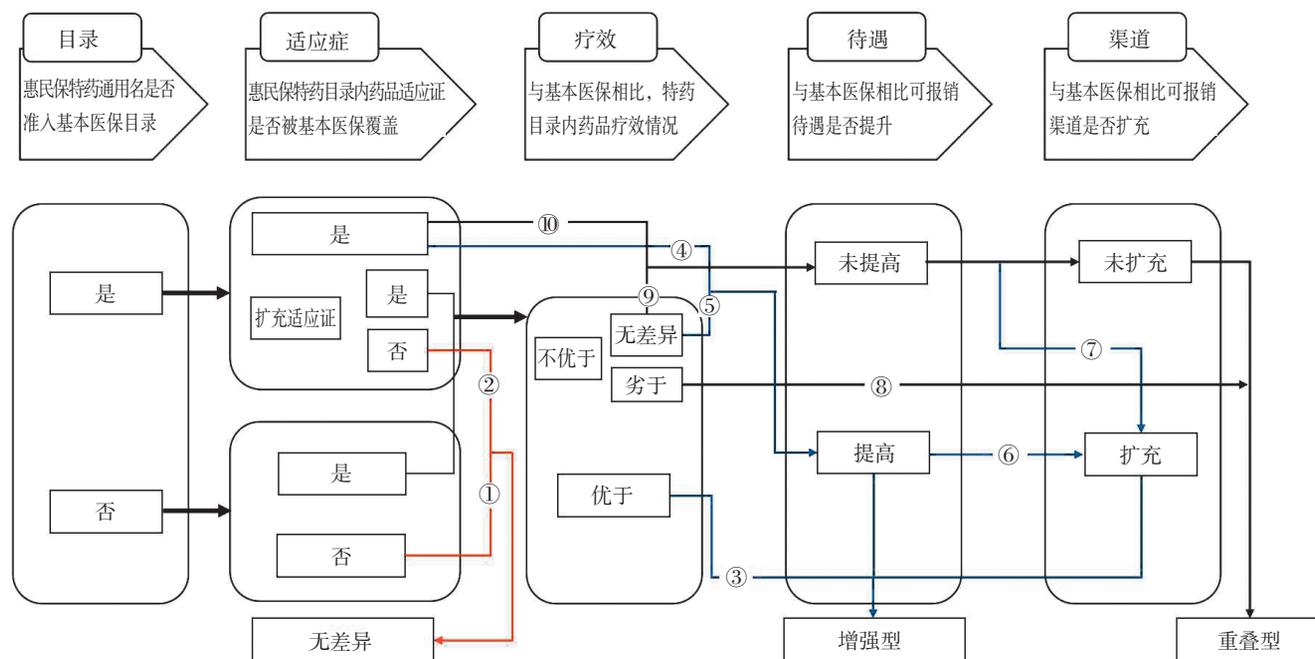


图1 惠民保与基本医保药品保障衔接类型

1.1 补充型

补充型的主要特点是纳入的药品填补了基本医保目录尚未涵盖的临床治疗领域空白。主要存在两种情况，一是“增量补充型”。惠民保特药目录内药品未被纳入基本医保药品目录，且适应症未被基本医保覆盖（图1中①）。惠民保中纳入罕见病用药一般属于增量补充型，如治疗低磷性佝偻病的布罗索尤单抗。二是“存量补充型”。惠民保特药虽然被纳入医保，但基本医保未支付部分新审批通过的适应症，且该适应症未被基本医保覆盖（图1中②）。如达拉非尼胶囊于2021年3月首次准入基本医保目录，2022年3月获批用于治疗突变阳性转移性非小细胞肺癌（BRAF V600），在此之前基本医保内尚无该突变靶点的治疗药物。2022年7月开始承保的“惠蓉保”就将该药品的新增适应症纳入了特药目录。

1.2 增强型

根据OECD的定义，增强型衔接方式是指通过商业保险分摊社会保障之外的费用（本研究指医保）^[5]。本研究将“保障范围之外”的内容具体定义为更优的疗效、更广的渠道和更高的待遇，基于此，延伸出3种增强型衔接方式，分别为“疗效增强型”“渠道增强型”和“待遇增强型”。“疗效增强型”是指惠民保纳入与基本医保具有相同适应症但疗效更优的药品（图1中③）。如平安佛医保纳入的赛帕利单抗注射液，该药品适应症（用于治疗至少经过二线系统化疗的复发或难治性经典型霍奇金淋巴瘤成人患者）被基本医保纳入的信迪利单抗注射液覆盖，但就客观缓解率而言赛帕利单抗注射液的疗效更优。“待遇增强型”是指惠民保

对目录内药品提供额外保障（图1中④）或对于目录内药品有相同适应症的目录外药品（疗效无显著差异）提供高于基本医保的待遇保障（图1中⑤）。“惠徐保”提供的国家谈判药品门诊保障责任属于图1中④，对经医保报销后的国家谈判药品费用进行二次报销，提高国家谈判药品的保障待遇。在实际中，图1中⑤并不常见，一是因为惠民保的待遇很少有超过基本医保的情况；二是这类药品价格一般高于目录内竞品，导致报销后待遇一般不高于目录内竞品。“渠道增强型”是指与基本医保相比可报销的渠道得到了扩充（图1中⑥⑦），如将药店纳入报销范畴。北京市基本医保暂不支持通过双通道药店报销药品费用，2021版北京普惠健康保纳入了25种特药可以通过指定药店报销。

上述3种情况发生1种及以上可认定为增强型衔接方式。

1.3 重叠型

当图1中①~⑦均未发生时，则定义为重叠型衔接方式。

2 我国惠民保药品保障与基本医疗保障的定位与衔接

惠民保与基本医保药品保障衔接方式的选择应兼顾考虑基本医保药品目录、城市间待遇水平差异、产品筹资与管理水平。

首先，我国基本医保对药品的保障是动态的、演进的，主要体现在基本医保药品目录随着我国的国情、参保人的需求和市场的变化进行每年1次的动态调整。这意味着在其基础上开展的惠民保的药品保障也需要应势而变。如及时剔除基本医保已纳入的药品，或者调整已纳入药品的报销待遇等。

其次，我国是幅员辽阔的国家，各地经济发展水平、医保支付能力等不尽相同，因此，各地适用的惠民保与基本医保的衔接方式也不同。经济发达的地区，保障范围和报销待遇都处于较高水平。如上海市的城镇职工门诊、住院和药店（96个药品）报销比例都在85%以上，封顶线为59万元。这类城市对于目录内药品的保障已经相对全面，因此，惠民保的药品待遇制定应秉承补充型为主，增强型为辅的原则。对于一些基本医保待遇不高的地区（体现为封顶线低、报销比例低、报销渠道限制等），其基本医疗保障网尚未织牢织密，因此，特药待遇的制定应兼顾补充型和增强型（尤其是待遇增强型），以增强型为主。

最后，具体方案的选择还取决于产品的筹资和管理水平。对于筹资规模有限、支付能力较弱的惠民保产品，待遇的制定应该优先解决群众普遍面临且痛点突出的问题，如纳入发病率较高的癌症用药，而不是盲目的与其他产品攀比，过渡追求高保障的噱头。如提供海外药品、嵌合抗原受体T细胞免疫疗法（Chimeric Antigen Receptor T-Cell Immunotherapy, CAR-T）等受众小、门槛高的产品，导致参保人实际获得感并不强。对于筹资水平高，管理能力强的产品，特药待遇的制定可以进一步考虑兼顾提高小群体的利益，如纳入罕见病用药等。

3 惠民保与基本医保药品保障衔接情况分析：以上海市为例

现有产品提供的药品保障责任多分为以下几类，

分别是目录内责任、目录外责任、特药责任（含国内外特药责任、罕见病用药责任和CAR-T责任）。根据上述原则划分，目录内责任属于待遇增强型。“目录外责任”属于无目录限制的责任，即本研究仅对有目录限制的“特药责任”的药品衔接方式进行分析。

考虑上海市的产品责任比较丰富，能较好地涵盖主流产品的情况，本研究以2022版“沪惠保”（起始于2022年7月1日）为主分析惠民保药品保障与基本医疗保障的衔接情况（图2）。

沪惠保中除了责任3（质子、重离子医疗保险金）外均涉及药品的保障。责任1属于无目录限制的“目录外责任”；责任2中药品的衔接方式详见表1，参照目录为《国家基本医疗保险、工伤保险和生育保险药品目录（2021年）》；责任4中均为尚未在国内上市的海外创新药品，对其衔接方式的评估尚缺乏充足证据，因此本研究暂不涉猎；责任5属于补充型衔接方式。

综上分析可知，上海市基本医保的保障水平较高，因此，2022版沪惠保并未对基本医保目录内的药品进行增强型保障，而是以目录外的药品为保障重点。在保障的目录外药品中，以补充型衔接方式为主（16种，占比64%），以增强或重叠型为辅（1种渠道增强型，8种受限于资料可及性暂无法准确判断），基本符合沪惠保的定位。

4 讨论

惠民保与基本医保在药品保障上的良好衔接，一

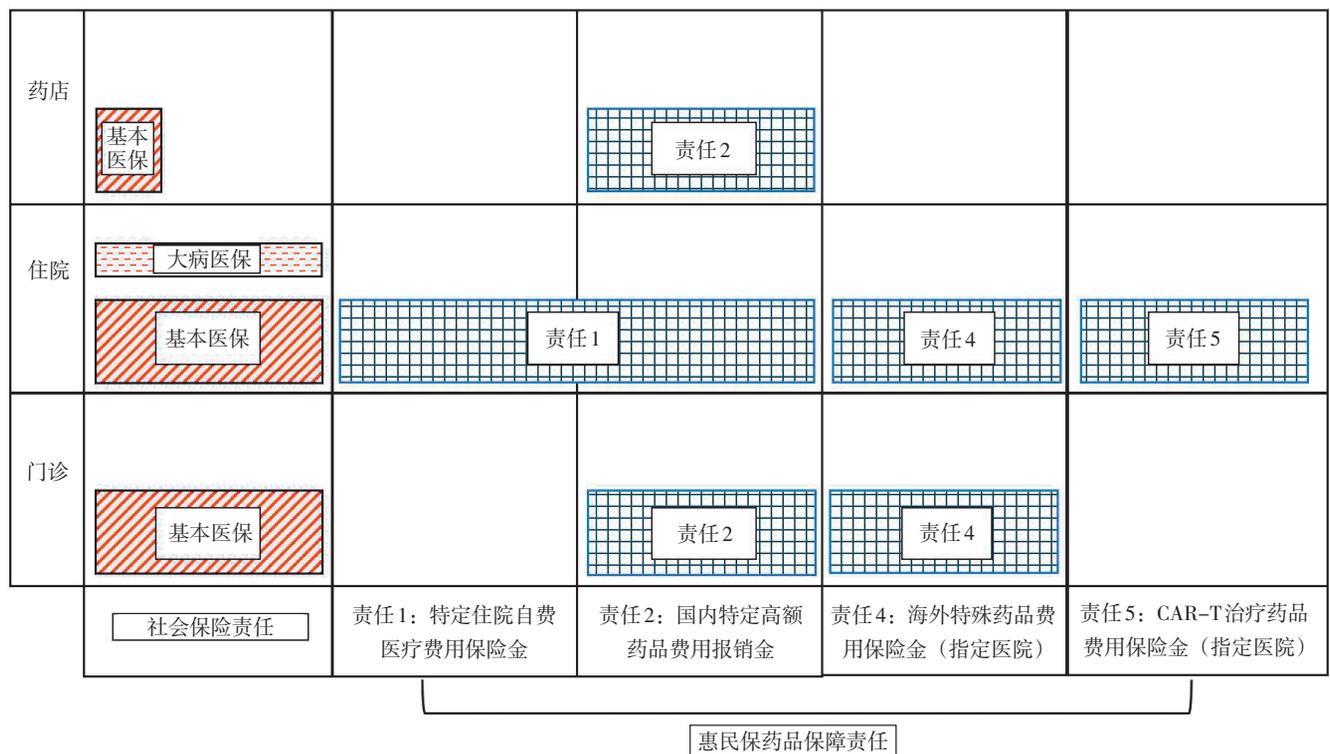


图2 沪惠保与基本医保药品保障责任衔接情况

表1 2022版沪惠保与基本医保药品保障衔接情况

序号	通用名	是否准入医保目录	若未准入是否参加2021年医保谈判	衔接类型
1	纳武利尤单抗注射液	否	是	相同适应证（需判断疗效类型）
2	帕博利珠单抗注射液	否	是	补充型
3	度伐利尤单抗注射液	否	是	补充型
4	阿替利珠单抗注射液	否	否	补充型
5	哌柏西利胶囊	否	是	相同适应证（需判断疗效类型）
6	恩美曲妥珠单抗	否	否	补充型
7	醋酸地加瑞克	否	是	相同适应证（需判断疗效类型）
8	维布妥昔单抗	否	是	补充型
9	贝林妥欧单抗	否	是	补充型
10	肿瘤电场治疗	否	否	补充型
11	艾度硫酸酯酶 β 注射液	否	是	补充型
12	阿加糖酶 β	否	是	相同适应证（需判断疗效类型）
13	依洛硫酸酯酶 α 注射液	否	是	补充型
14	氯苯唑酸葡胺软胶囊	否	是	补充型
15	维奈克拉片	否	是	补充型
16	卡非佐米	否	否	相同适应证（需判断疗效类型）
17	奥加伊妥珠单抗注射液	否	否	补充型
18	曲氟尿苷替匹嘧啶片	否	是	相同适应证（需判断疗效类型）
19	达妥昔单抗 β 注射液	否	否	补充型
20	依维莫司片*	是		相同适应证（需判断疗效类型）
21	贝伐珠单抗注射液*	是		相同适应证（需判断疗效类型）
22	曲前列尼尔注射液	否	否	补充型
23	赛沃替尼片	否	否	补充型
24	阿贝西利片*	是		渠道增强型
25	瑞派替尼	否	否	补充型

注：*示该药品为基本医保目录内药品，其暂未被基本医保纳入的新增适应证被纳入沪惠保。

是需要产品参与设计方能够准确判断本地参保人的保障缺口，这一点大部分产品在地方医保局指导下能够一定程度的契合本地参保人需求^[6-7]。二是需要有足够能力评估和制定药品保障政策（本研究中指药品目录、报销渠道、报销待遇的统称），进而有针对性地补齐药品保障的不足。经上述分析可知，对于药品衔接关系的准确界定有赖于惠民保药品与基本医保药品适应证与疗效的对比分析，而绝大部分保险人没有能力准确、及时掌握药品的疗效信息，因此，大概有80%的产品选择将药品目录的设计和理赔工作委托给圆心、镁信等第三方公司^[8-10]，但由于逐利驱动，其优化特药目录动力往往不足。

在此背景下，本研究认为借力于医保药品谈判工作不失为一种选择。第一，通过医保谈判开展惠民保药品目录的遴选工作有一定的基础。以上海市特药目录为例，有超过60%的特药尝试通过谈判准入医保目录；第二，医保谈判工作要求提交的资料中有判定衔接性质的重要信息，如药品的疗效、市场地位和对照药等，使得借助医保谈判开展相关工作有独特的信息

优势；第三，医保谈判工作会组织多方面专家进行综合评审（临床专家、药学专家等），能够充分掌握部分药品适应证和疗效信息。

本研究认为，特药目录需要因地制宜，因此只需公布药品衔接性质（补充型、疗效增强型、疗效等同型、疗效劣效型、疗效不确定型及其他），供保险人参考，以弥补保险人在制定目录时专业知识的不足。

对于保险行业来说，制定理赔清单并不是新鲜事，在保险行业初期，重疾险界定的不规范引发了很多理赔纠纷。因此，中国医师协会和中国保险行业协会联合制定了《重大疾病保险的疾病定义使用规范》，极大减轻了理赔纠纷的发生。对于医保谈判工作来说，开展相关工作既有助于其凭借该框架厘清药品的实际价值，也可以将惠民保特药目录作为基本医保目录的“试验田”和“缓冲池”，将疗效不确定或价格过于昂贵的新药推荐准入惠民保药品目录以观后效，在积累足够多的临床证据后再做是否准入基本医保目录的决定，进而降低准入风险。

（▶▶下转第45页▶▶）

机构心脑血管疾病防治经费不足和低效。从医保补偿看,我国基本医保资金中医院占比接近90%,基层医疗机构占比不足10%，“倒三角”式的基金配置模式不利于医保资金效能发挥^[10]。基层医疗机构心脑血管疾病防治费用中近60%用于门诊服务,基层医疗机构心脑血管疾病门诊收费中基本医保补偿为57.87%,超过40%需要家庭支付,加之疾病治疗的长期性,对老年人为主的基层机构心脑血管疾病治疗人群而言,经济负担不容小觑。医保补偿政策的制定应尊重临床规律,发挥规范诊疗秩序、引导分级诊疗的杠杆作用,确保医保资金呈现出“正三角形”的资源配置格局^[11]。一方面,应加大对基层医疗机构心脑血管疾病防治的资金投入保障,确保财政资金充足有效。另一方面,应探索提高医保资金对预防服务及门诊服务等前端服务的补偿水平和支付方式^[12-13],积极探索医保基金战略性购买作用,通过基层医疗机构门诊按人头付费等支付方式,做好心脑血管疾病相关危险因素的管理和控制。

参 考 文 献

- [1] 国家心血管病中心.《中国心血管健康与疾病报告 2021》[M].北京:科学出版社,2022.
- [2] 柴培培,翟铁民,万泉,等.我国心脑血管疾病治疗费用与基本医疗保险支出核算与分析[J].中国医疗保险,2021,148(1):72-77.
- [3] 李岩,张毓辉,万泉,等.我国卫生总费用回顾与展望[J].中国卫生经济,2022,41(6):9-11,18.
- [4] 郭锋,万泉,翟铁民,等.我国公共卫生投入保障机制研究[J].中国卫生经济,2022,41(11):21-23.
- [5] 翟铁民,张毓辉,万泉,等.基于“卫生费用核算体系2011”的中国卫生费用核算方法学研究[J].中国卫生经济,2015,34(3):9-11.
- [6] 柴培培,张毓辉,万泉,等.基于卫生费用核算的我国慢

性病可避免住院费用分析[J].中国卫生经济,2019,38(4):13-16.

- [7] 张毓辉,翟铁民,柴培培,等.我国心脑血管疾病治疗费用核算及预测研究[J].中国卫生经济,2019,38(5):18-22.
- [8] 尤莉莉,陈新月,杨凌鹤,等.国家基本公共卫生服务项目十年评价(2009—2019年)系列报告(三)——国家基本公共卫生服务项目实施十年:挑战与建议[J].中国全科医学,2022,25(26):3221-3231.
- [9] 高俊良,唐尚锋,李刚,等.我国农村基本公共卫生服务公私协作机制问题研究[J].中国卫生事业管理,2019,36(12):927-929,941.
- [10] 张毓辉,万泉,柴培培,等.我国基本医疗保险基金筹集与配置使用情况分析[J].中国医疗保险,2021,150(3):18-23.
- [11] 杨燕绥,李超凡,于淼,等.医保统筹与职工医保个人账户权益置换改革[J].中国医疗保险,2020(8):10-16.
- [12] 郭锋,万泉,张毓辉,等.基于“卫生费用核算体系2011”的中国预防费用核算结果[J].中国卫生经济,2015,34(3):20-22.
- [13] 翟铁民,张毓辉,万泉,等.2018年中国卫生总费用核算结果与分析[J].中国卫生经济,2020,39(6):5-8.
- [14] 刁婧媛.我国心脑血管疾病防控效果及存在的问题研究——基于住院和死亡资料[D].太原:山西医科大学,2022.
- [15] 《中国心血管健康与疾病报告2020》编写组.《中国心血管健康与疾病报告2020》概述[J].中国心血管病研究,2021,19(7):582-590.
- [16] 徐小兵,李迪,孙扬,等.基于关联规则的中国老年人慢性共病分析[J].中国慢性病预防与控制,2021,29(11):808-812.

[收稿日期:2023-03-31] (编辑:高非)

(◀◀上接第33页◀◀)

参 考 文 献

- [1] 金小桃,王琴,陈诗雨等.“惠民保”发展模式研究[J].保险研究,2022(1):3-20.
- [2] 董克用,郭珉江,赵斌.“健康中国”目标下完善我国多层次医疗保障体系的探讨[J].中国卫生政策研究,2019,12(1):2-8.
- [3] 朱铭来,何敏,郭晋川,等.我国罕见病“友好型”普惠险评价指标体系构建及应用探索[J].中国卫生经济,2022,41(8):21-24.
- [4] 李珍,王怡欢.论基本医疗保险与商业健康保险的定位与衔接[J].中国卫生政策研究,2020,13(1):9-14.
- [5] Organization for Economic Co-operation and Development. Health at a glance 2017: OECD Indicators[R/OL]. Geneva: Organization for Economic Co-operation and Development. (2017-11-10) [2022-12-01]. http://dx.doi.org/10.1787/health_

glance-2017-en.

- [6] 王怡诺,蒋蓉,邵蓉.多层次医疗保障体系视角下普惠型商业健康补充保险发展路径分析[J].中国卫生政策研究,2021,14(5):15-20.
- [7] 王平洋.试论医保部门在“惠民保”发展中的责任和作用[J].中国医疗保险,2022(6):113-117.
- [8] 蒿思宇,王越,毛宗福.商业健康保险对基本医疗保险基金支出的影响分析[J].中国卫生经济,2023,42(5):41-44,53.
- [9] 万彬,胡大洋,张蔚,等.医药医保政策改革下的江苏省医保基金运行绩效研究[J].中国卫生经济,2020,39(4):36-39.
- [10] 冯鹏程.多层次医疗保障制度下商业健康保险发展的国际经验及启示[J].中国医疗保险,2022(4):112-117.

[收稿日期:2023-04-01] (编辑:高非)