国家金融与发展实验室
National Institution for Finance & Development

NIFD季报

主编:李扬

保险业运行

阎建军
万广圣

2022 年 9 月

《NIFD季报》是国家金融与发展实验室主要的集体研究成果之一，旨在定期、系统、全面跟踪全球金融市场、人民币汇率、国内宏观经济、中国宏观金融、国家资产负债表、财政运行、金融监管、债券市场、股票市场、房地产金融、银行业运行、保险业运行、特殊资产行业运行等领域的动态，并对各领域的金融风险状况进行评估。《NIFD季报》由三个季度报告和一个年度报告构成。NIFD季度报告于各季度结束后的第二个月发布，并在实验室微信公众号和官方网站同时推出；NIFD年度报告于下一年度 2 月份发布。

“惠民保”模式向何处去

摘　要

“惠民保”是新涌现出的经济现象，模式多样。在经历前两年的爆发性增长之后，从 2021 年 7 月初至 2022 年 6 月底，有 112 个惠民保产品陆续进入保障期，保费收入达 109.70 亿元，同比增长 64.11%。各类模式呈现不同的发展态势，有些模式走向衰落，有些模式走向可持续发展之路。

普惠性程度较高的两种惠民保模式已成为主流，其中，政府推动型模式的参保率比医保部门推动型模式的参保率高出约 45 个百分点，主要原因在于其打造出“保险+公益”新业态，形成了透明可信的公益化运行机制，把“花小钱买安心”的个体保险意识和“小投入大善举”的公益助人精神有机结合起来。医保部门推动型模式具有准公益性，虽然不具备公益化运行的完整链条，但是，它和政府推动型模式一样，通过分享行政资源降低了运营成本。

在惠民保试点中，“政府推动、商保承办、公益化运行”的制度新形态脱颖而出，实现了市场机制、行政机制与公益化机制的深度融合，是推进实现共同富裕的重大制度创新，解决了医疗保障体系中仍存在的一些体制机制性问题，也解决了逆向选择问题，构建了“防止因病致贫返贫”新防线，亟需从试点经验上升到国家医疗保障体系建设层面加以明确定位。

本报告负责人：阎建军

本报告执笔人：

- 阎建军

国家金融与发展实验室保险与发展研究中心主任

- 万广圣

上海健康医学院副教授

【NIFD 季报】

全球金融市场

人民币汇率

国内宏观经济

宏观杠杆率

中国宏观金融

中国金融监管

中国财政运行

地方区域财政

房地产金融

债券市场

股票市场

银行业运行

保险业运行

特殊资产行业运行

目 录

一、“惠民保”模式兴衰 2
（一）行政部门不介入或介入程度较低的惠民保模式，保费明显下降，参保率总体下降 2
（二）政府（或医保部门）介入程度较深的两种惠民保模式，保费明显增长，参保率有所增加 3
二、探索可持续发展之路 5
（一）分享行政资源，降低运营成本，提升参保人预期净收益，强化健康人群“花小钱买安心”的风险保障意识 5
（二）提升公益性，激发健康人群的公益助人意识 8
（三）探索有效的健康管理服务，提升健康人群获得的疾病预防收益 10
（四）小结 10
三、制度定位与优化 11
（一）进一步优化顶层设计，提升制度定位 12
（二）大力推进“保险+公益”新业态向全国复制推广 12
（三）优化举措，提高群众获得感 12
参考文献 14

本报告的研究对象，是各类自称“惠民”、“普惠”、“助力解决人民群众因病致贫返贫问题”的医疗保险产品，其保费在200元以下，保障额度通常达到一百万元以上。学界和业界一般用“惠民保”加以指称。

“惠民保”是新涌现出的经济现象，模式多样。各类模式在表面上的共同点之外，内在运行机制迥异。在经历2020~2021年的爆发性增长之后，2022年以来，各类模式呈现不同的发展态势，有些模式走向衰落，有些模式走向可持续发展之路。

一、“惠民保”模式兴衰

从2021年7月初至2022年6月底，有112个惠民保产品陆续进入保障期，保费收入达109.70亿元，同比增长64.11%。

把上述产品作为研究样本，沿用阎建军等（2021）对惠民保的分类方法，继续把惠民保发展模式分为五类。采用保费和参保率两个指标，分析各类模式的兴衰，基本情况是:

（一）行政部门不介入或介入程度较低的惠民保模式，保费明显下降，参保率总体下降

第一，由医保部门之外的其它行政部门提供支持模式（以下简称“非医保部门支持”模式）产品保费明显下降，参保率明显下降。

该模式下的项目有7个，同比减少了20个。保费收入1.26亿元，同比下降了83.18%。平均参保率2.17%，同比下降了2.83个百分点。

对惠民保产品提供支持的部门包括扶贫办、民政局、金融局、大数据局、工会等，支持方式通常采取署名指导单位和参加发布会等。在非医保部门支持型模式下，对既往症患者理赔条件严格，通常除外3至12种重大既往症，一部分产品对于既往症患者不赔付。

第二，纯商业运作模式产品保费明显下降，参保率略有增长。

该模式下的项目有27个，同比减少了19个。保费收入6.03亿元，同比下降了27.15%。其中，有三个省（直辖市）级项目属于上年度的非医保部门支持型项目转为纯商业项目，扣除这三个项目后，纯商业运作模式保费收入2.88亿元，同比下降了65.22%。

纯商业运作模式平均参保率 3.33%，对既往症患者理赔条件严格，通常除外 3 至 12 种重大既往症，一部分产品对于既往症患者不赔付。

第三，医保部门指导型商业保险模式产品保费明显下降，参保率略降。

该模式下的项目有 27 个，同比减少 18 个。保费收入 15.18 亿元，同比下降了 32.53%。平均参保率 14.38%，略有下降。其特点是医保部门为署名指导单位或参加发布会，部分城市的医保部门下发了鼓励惠民保发展文件，通常不提供数据支持，不参与产品设计，不支持职工医保个人账户资金划扣缴纳保费。

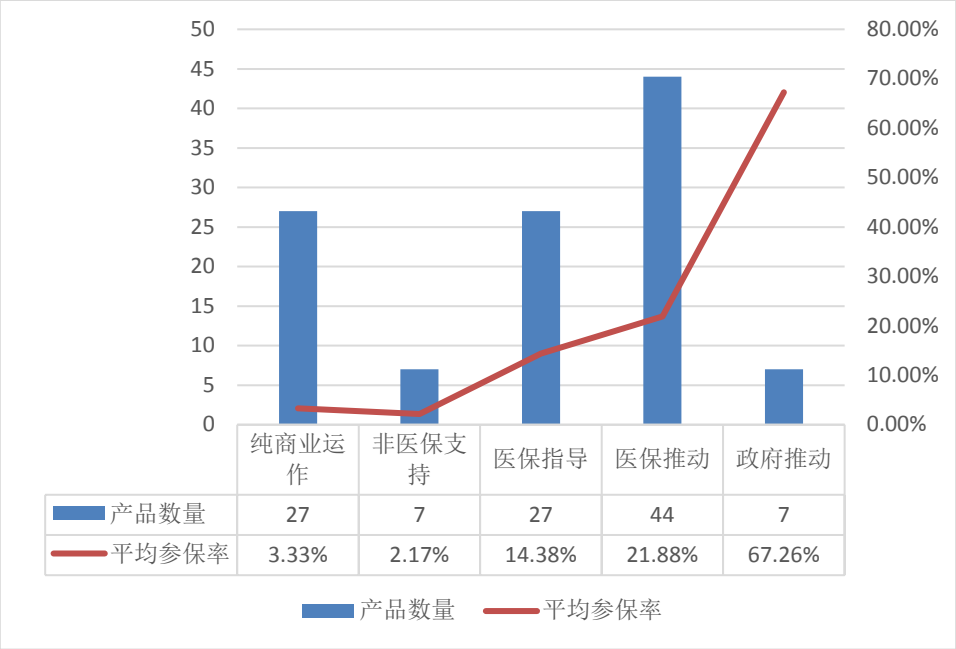

图 1　惠民保各类模式参保率

（二）政府（或医保部门）介入程度较深的两种惠民保模式，保费明显增长，参保率有所增加

第一，医保部门推动型模式产品保费大幅增长，典型城市平均参保率略增。

医保部门推动型模式样本包括 44 个城市，平均参保率 21.88%。产品保费收入 68.04 亿元，同比增长了 412.22%。典型城市包括珠海、上海、广州、淄博、潍坊等五个城市，典型城市平均参保率达到了 35%，同比略增。医保部门推动型模式的基本特点是实现了职工医保个人账户资金划扣缴纳保费，这使得其与医保部门指导型模式区分开来。另外，医保部门下发文件，参与或主导产品设计；实现了基本医保数据共享；对赔付率监管标准一般要求在 85%以上，部分城市实现了一站式结算。

第二，政府推动型模式产品保费小幅增长，平均参保率略增。

政府推动型模式样本包括七个城市，产品保费收入 19.19 亿元，同比增长了 4.96%。平均参保率 67.26%，同比增长了 3.8 个百分点。其中，丽水、衢州、绍兴、湖州四个城市的参保率都达到 70%以上。

政府推动型模式特点是市、区（县）、乡镇、街道各级政府强力推动，一般把“惠民保”参保率指标纳入区（县）政府目标责任制考核，借助基层网格化管理渠道进行参保推动；医保部门下发文件，主导产品设计；实现了基本医保数据共享；对赔付率监管标准一般要求在 90%以上；实现了一站式结算；实现了职工医保个人账户资金划扣缴纳保费。

表 1“惠民保”模式分类

	平均参保率	参与单位	医保部门参与程度	既往症	个账支持	参保率指标纳入区（县）政府考核	理赔方式	赔付率监管标准
纯商业运作	3.33%	无	不参与	不可保	否	否	商业模式	无
非医保部门指导	2.17%	扶贫办、民政局、大数据局	不参与	不可保	否	否	商业模式	无
医保部门指导	14.38%	医保局	一般无数据支持、不参与产品设计	限病种可保可赔	否	否	快赔	无
医保部门推动	21.88%	医保局	数据共享、指导产品设计	可保可赔	是	否	部分城市一站式结算	≥85%
政府推动	67.26%	市政府、医保局	数据共享、指导产品设计	可保可赔	是	是	一站式结算	≥90%

注：1.部分城市为实地调研获取的准确数据，其余城市基本医保参保人数均为通过公开网络收集统计，仅供参考。

2.依照《中华人民共和国地方各级人民代表大会和地方各级人民政府组织法》的规定，(1)地方各级人民政府分为：省、自治区、直辖市人民政府；设区的市、自治州人民政府；县、自治县、不设区的市、市辖区人民政府；乡、民族乡、镇人民政府四级。(2)地方各级人民政府根据工作需要和优化协同高效以及精干的原则，设立必要的工作部门。本报告中对于政府和部门的称谓源于此。

从 2021 年 7 月初至 2022 年 6 月底，在惠民保的五类模式中，**从保费指标看，**

医保部门推动型模式取得了大幅度增长，背后的原因是越来越多地方的医保部门把惠民保项目视作民生工程加以大力推进。政府推动型模式也取得了一定增长。纯商业运作模式、非医保部门指导型模式和医保部门指导型模式，其保费都呈现大幅度下降态势。

从参保率指标看，政府推动型模式在参保率已居于高位的基础上，取得了较显著的增长。医保部门介入的两类模式基本持平，非医保部门推动型模式有明显下降。纯商业运作模式的参保率略增，主要是受非医保部门指导型项目转为纯商业项目的影响。

从上述发展指标看，政府推动型模式和医保部门推动型模式已经是惠民保的主流模式，两种模式都在努力探索可持续发展之路。

二、探索可持续发展之路

惠民保主流模式允许既往症患者投保，致力于缓解人民群众高额医药费用负担，但是，由于基于自愿参保原则运作，其可持续发展面临着逆向选择问题的困扰。逆向选择理论认为，在采用统一费率将不同风险人群集合在一起时，健康人群当中的部分人士认为保费过高，选择不参保或者不续保；高风险人群则被吸引而来；这会导致费率上升或者差异化定价，直到市场达到新的平衡或者陷入死亡螺旋。

解决逆向选择问题的关键是提升健康人群参保需求，在本报告里，健康人群不属于既往症患者，发生目录外高额医药费用的概率较低，但概率并非为零。

为了提升健康人群参保需求，通过行政机制与市场机制的有机融合，主流模式形成了新业态，弥补了单一市场机制难以解决逆向选择问题的缺陷。这方面的探索包括以下三方面：

（一）分享行政资源，降低运营成本，提升参保人预期净收益，强化健康人群“花小钱买安心”的风险保障意识

基于经典逆向选择理论的分析框架，提升健康人群参保需求的途径有两方面，一是提升健康人群从惠民保项目获得的预期赔付，二是降低其保费支出和理赔成本。

政府或医保部门通过分享行政资源，明显降低运营成本，有助于降低惠民保产品价格或者提高赔付水平，刺激需求。

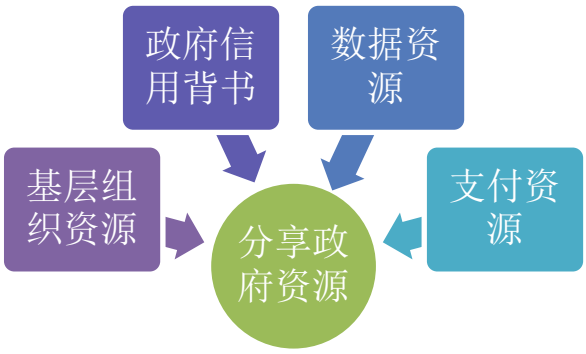

图 2　政府或医保部门分享行政资源示例

第一，在政府推动型模式下，政府借助基层网格化力量进行参保动员，分享了政府基层组织资源。丽水、衢州、绍兴、湖州等地政府把惠民保纳入民生工程，统筹利用基层的组织资源，发挥了强大组织动员能力。参保率纳入了各区、县（市）党委政府年度目标责任制考核指标；乡镇、街道居委会、行政村村两委等层层建立考核机制，凝聚基层合力，将投保工作作为当时的重点工作。上述城市还及时开展攻坚月活动，实行每周以市政府名义进行通报提醒。

网格员等基层力量参与宣传动员和惠民保政策讲解，协助承保机构工作人员，走村访企，深入街道，动员居民和企业投保。在很大程度上解决了商业健康保险领域公信力较低、覆盖面不足等方面问题，显著降低了惠民保的营销成本。我们的调研显示，政府推动型模式的营销成本占保费的比例普遍在 1.5%以下，而其它模式的营销成本一般在 5%至 8%左右。

值得注意的是，人们是根据对于风险的主观认知来进行投保决策的。经典的逆向选择理论假定个人准确了解自己患病和发生高额医药费用的概率，但实际上个人不可能拥有这方面的完整信息，在投保决策前，对于风险的主观认知会受到外部环境的影响。

根据风险认知理论和社会认知理论，各级政府深入到社区、街道，并通过工作单位进行推广宣传，有助于提升健康人群对于高额医药费用发生的预期，提高风险保障意识。

第二，在两种主流模式下，医保部门都分享了支付资源。

职工参保人可以使用基本医保个人账户资金余额为自己及直系亲属投保，个人账户资金余额并非职工的可支配收入，用活个人闲置在基本医保个人保险账户上的沉淀资金，间接降低了投保人成本。

以政府推动型模式的七个试点城市为例，通过广泛的宣传发动，已有超过600万名职工参保群众通过医保个人账户划扣方式购买惠民保，其中一部分职工还签订了个人账户代扣代缴协议，为今后年度惠民保参保工作打下扎实的基础。

第三，两种主流模式下大多数的惠民保项目，医保部门分享了基本医保信息化系统，实施了报销结算一卡刷。全面实现惠民保待遇报销与基本医保待遇报销在全市所有定点医疗机构一次刷卡、一站结算。惠民保参保群众在各级定点医疗机构就诊结算时无须事先垫资、事后持发票申请报销，大大方便了群众。

第四，两种主流模式下大多数的惠民保项目，实现了基本医保数据共享。行政部门对承保机构在产品设计和校验精算方面提供必要的数据支持，确保惠民保产品的保障范围与基本医保紧密衔接，设计科学合理。以丽水市2021年情况为例，对政策范围内的自负医疗费用实行零起付，在政策报销范围之外，纳入惠民保报销范围的个人负担费用扣除1.8万元起付线费用(含大病保险起付线)后，累计20万元以下报销比例为75%;梯次增加;超过100万部分报销比例为95%。形成了“基本医保+大病保险+医疗救助+惠民保”不同层次的精准覆盖和衔接配套。

小结：政府分享行政资源，使得惠民保实现了低成本运营。丽水、衢州、绍兴、湖州四个城市的惠民保运营费用率都在5%左右，进入了低成本、高保障的良性循环。

表2 典型城市的惠民保运营费用率

	运营费用率		运营费用率
南太湖健康保	5.97%	惠衢保	4.71%
浙丽保	4.67%	越惠保	5.15%

注：表中主要支出包括：经纪费用（含宣传、推广费用）、信息技术服务费、窗口驻点服务人员费用、作业服务费用、保险保障基金等。

数据来源：根据上述惠民保项目公开数据整理。

（二）提升公益性，激发健康人群的公益助人意识

经典的逆向选择理论假定健康人群没有公益助人意识,但该假定或许并不适用于进入中产阶级社会的我国当下。

近些年，在我国医疗保障领域，慈善捐赠已初具规模。对互联网个人大病救助平台的统计分析表明，2016 年以来，通过小额捐赠向大病患者施以救助的参与人数已超过 4 亿人。以某大型互联网个人大病救助平台为例，2020 年，数以亿计的认捐者向经济困难的陌生大病患者伸出援手，平均每位认捐者捐赠近 2 次，捐赠金额达 66.6 元；在认捐者的年龄分布上，80 后当仁不让，以 35%的比例成为捐赠主力军，70 后占比 28.3%，90 后占比 22.3%，00 后也开始崭露头角，贡献了 3%的捐赠行为。

为了弥补逆向选择理论的局限，有必要按照风险保障意识强弱、以及有无公益助人意识对健康人群进一步分类。

表 3 健康人群分类及“惠民保”参保行为

	风险保障意识强	风险保障意识弱
有公益助人意识	参保	参保
无公益助人意识	参保	不参保

引导健康人群基于公益助人进行小额投保，属于广义的发展社会公益事业范畴，进入了第三次分配领域。

从政策背景看，党的十九届四中全会提出：“重视发挥第三次分配作用，发展慈善等社会公益事业”。第三次分配正在成为我国收入分配改革的一种新的补充形式。具体到通过第三次分配促进“防止因病致贫返贫”体制机制建设而言，《中共中央国务院关于深化医疗保障制度改革的意见》（中发 2020 年 5 号文）提出把慈善捐赠作为医疗保障制度体系的组成部分。

慈善捐赠是第三次分配的主要筹资来源，我国慈善捐赠存在着较为不合理的结构问题，少数企业的大额捐赠占比过高，小额捐赠比例严重偏低，制约了慈善捐赠在第三次分配中作用的发挥，这与公众对慈善组织缺乏信任有关。

政府推动型模式探索出了“保险+公益”新业态，在对健康人群的公益助人意识进行组织引导方面，闯出了一条新路。

在政府推动型“惠民保”项目的首年，政府网格化推动可以赢得健康人群对项目公益性的信心。在政府“扶上马”之后，随着项目的深入开展，能够长期维

系健康人群信任的关键措施是推行高标准的赔付率监管举措，以及保持高透明度，深度培育健康人群对于项目“取之于民、用之于民”的认知与信念，维系公益化品牌。当然，这时基层政府也有必要继续推动，但推动难度显著降低。

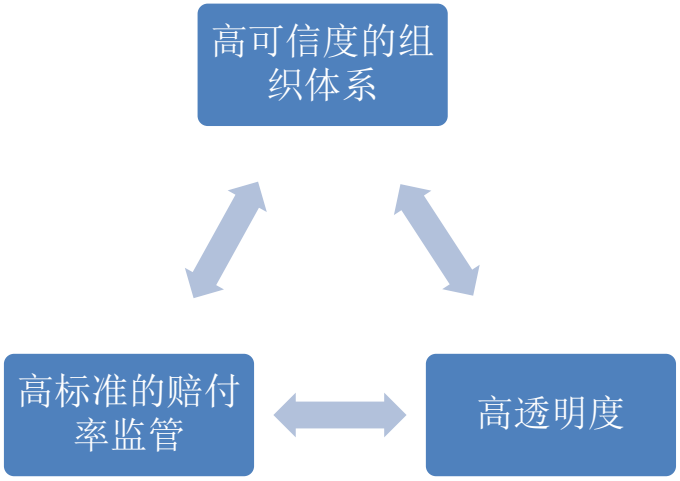

图 3“政府推动型模式”公益化运行框架

第一，依托高可信度的基层组织体系。从中国近几十年的实践看，“基层政府”和“工作单位”是人们最为信任和最为重视的公益助人渠道，经由高可信度的基层组织体系，政府推动型模式打造“保险+公益”新业态，把“花小钱买安心”的个体保险意识和“小投入大善举”的公益助人精神有机结合起来。

第二，赔付率监管标准高，提高了项目的公益性水平。对赔付率设置下限，是确保惠民保保费收入主要用于待遇兑现的关键。政府推动型模式赔付率一般要求在 90%以上。

“保本微利”的监管要求，有助于提升健康人群的公益助人意识。对于健康人群来说，两个惠民保产品的价格相同，一个产品的赔付率不到 10%，其保费大部分成为市场机构的利润。另一个产品的赔付率法定要求在 90%，市场机构只能“保本微利”，后者显然更容易激发公益助人意识和购买意愿。

第三，运营透明度高，提升健康人群对惠民保项目的信任度。政府推动型模式对惠民保资金进行第三方审计，对上一年度的赔付和审计情况向社会公布，向每个获赔人员发送年度赔付信息，接受全体投保人员的监督。

公益化运行和保险机制结合，使得政府推动型模式走上了可持续发展之路，具体表现为以下几个方面。

一是逆向选择问题得到了较好解决。2021 年，在惠民保项目刚开始推行时，

丽水、衢州、绍兴、嘉兴、湖州五个城市的首年参保率都在 61%以上；2022 年上述五个城市的参保率都达到了 65%以上，平均提高了 4 个百分点；五个城市的平均续保率在 84%以上，续保率最高达到 96%。说明制度设计有效满足了人民群众尤其是健康人群的需求。

表 4 政府推动型模式典型项目参保率

指标	南太湖健康保	浙丽保	惠衢保	嘉兴大病无忧	越惠保
参保率 2021 年	61.12%	85.00%	72.99%	64.60%	66.97%
参保率 2022 年	70.13%	93.33%	81.46%	65.40%	71.14%
比 2021 年提升	9.01%	8.33%	8.47%	0.80%	4.17%

二是参保人年龄结构较为理想。2022 年，丽水、衢州、绍兴、嘉兴、湖州五个城市的参保人平均年龄都低于 50 岁，60 岁以下人群在参保人群中的占比都在 64%以上，有利于惠民保的可持续发展。

（三）探索有效的健康管理服务，提升健康人群获得的疾病预防收益

两种主流模式都从一些性价比高的健康管理服务突破，增加健康人群体验感。珠海“大爱无疆”项目探索“惠民保+癌症筛查”，是其中典型代表。

癌症早期筛查和早诊早治是目前普遍认同的降低癌症发病率、死亡率的有效方法。2021 年“大爱无疆”项目在原有医疗保障基础上升级推出新的健康管理服务“爱健康”行动，通过聚焦珠海高发的 5 种恶性肿瘤：肺癌、胃癌、食道癌、结肠癌和直肠癌，为参保人提供早期筛查、早期诊断、早期治疗“三早”服务。

2021 年“大爱无疆”项目累计参与早期筛查 67958 人，已完成各类检测 1626 例，发现癌前病变 518 例，确诊肺癌 1 例。该确诊病例，因为发现得早，通过微创手术治疗，不仅预后好、恢复快、花费少，还避免了后续放化疗及康复治疗。

（四）小结

保险的本质是互助共济机制。对健康人群来说，参加医疗保险是为了预防自己万一发生高额医药费用所致经济困境，这是自助的一面；一旦小概率的不幸患

病事件没有发生在自己身上时，缴纳的保费就成为对他人的资助，这是公益助人的一面。

惠民保属于小额保险，相比于需要大额保费的险种，由于投保成本较低，更容易激发健康人群的公益助人需求。可持续运行的关键是能否形成有效的公益化运行机制。

政府推动型模式的参保率比医保部门推动型模式的参保率高出约 45 个百分点，主要原因在于其打造出“保险+公益”新业态，形成了透明可信的公益化运行机制，构建了公益化筹资、公益化管理和公益化使用的完整链条，成功培育了健康人群“有病得保障，无病作慈善”的互助共济精神。强化公益属性，使保险更可持续。

医保部门推动型模式具有准公益性，虽然不具备公益化运行的完整链条，但是，它和政府推动型模式一样，通过分享行政资源降低惠民保运营成本，并致力于提高惠民保的普惠性。按照国际保险监督官协会（IAIS）的建议，普惠性可以用“可及性”度量。普惠性高，也就是对于参保人不限健康状况、不限年龄。

表 5 惠民保两种主流模式比较

	政府推动型模式	**医保部门推动型模式**
运营体系	政府推动，商保承办，公益化运行	医保部门推动，商保承办，准公益化运行
业态	保险+公益	保险+准公益
是否具备激发和维护公益助人意识的机制	具备	只具备某些环节
分享行政资源，降低运营成本	1.基层政府网格化推动 2.基本医保个人账户支付保费 3.一站式结算 4.基本医保数据共享	1.基本医保个人账户支付保费 2.一站式结算 3.基本医保数据共享
提供健康管理服务	尝试	尝试
能否解决逆向选择问题	可解决	部分解决
普惠性程度	高	高

三、制度定位与优化

普惠性程度较高的两种惠民保模式已成为主流，涌现出了“保险+公益”“保险+准公益”等新业态，从学理层面，可以统一称之为**普惠型补充医疗保险**。惠民保的其它三种模式，普惠性程度低，难以解决逆向选择问题，处于衰落态势之中。

在普惠型补充医疗保险试点中，“政府推动、商保承办、公益化运行”的制度新形态脱颖而出，实现了市场机制、行政机制与公益化机制的深度融合，是推进实现共同富裕的重大制度创新，解决了医疗保障体系仍存在的一些体制机制性问题，也解决了逆向选择问题，有力降低了人民群众“因病致贫返贫”风险。

普惠型补充医疗保险成效明显，但仍存在一些薄弱环节，需要在发展进程中加以完善。建议如下:

（一）进一步优化顶层设计，提升制度定位

各界对于普惠型补充医疗保险的认识，仍然坚持的是“社会保险和商业保险二分法”，对介于社会保险和商业保险之间、兼具公益性和市场性的“保险+公益”“保险+准公益”等新业态，缺乏清晰的制度定位。

为了切实做好巩固拓展脱贫攻坚成果与深化医疗保障制度改革有效衔接，在已经构建基本医保、大病保险和医疗救助三道防线的基础上，**应把普惠型补充医疗保险明确定位为“防止因病致贫返贫”第四道防线，**为大病和重症患者在政策目录之外的高额医药费用提供精准保障。

（二）大力推进“保险+公益”新业态向全国复制推广

“保险+公益”新业态可复制、可推广。**第一，**没有增加财政投入，在经济发展进入新常态、各级财政负担加重的现实情况下，适合于在全国推广。试点城市人民群众每年负担的保费水平普遍在 100 元至 150 元，对于这样的保费水平，我国中西部地区人民群众可以负担。**第二，**经过不断总结提炼，“保险+公益”新业态的运营模式逐渐常态化和标准化，可以向全国复制推广。**第三，**模式成功的关键是各级政府和行政主管部门的责任意识和担当精神，也可以向全国复制推广。

（三）优化举措，提高群众获得感

从两方面发力，一要优化待遇，增强群众的切身感受度。以保重病、保大病为核心，进一步在资金可承受的情况下，将一些未纳入基本医保目录但治疗效果好、临床价值高的一类创新药，和采用最新技术的临床效果好的诊疗服务项目按一定程序纳入到保障范围，不断地解决群众高额医疗负担当中存在的保障盲点问题；二要**优化服务，提高群众满意度。**保险公司应持续发展以疾病预防为主的健康管理增值服务，从“诊断、治疗阶段费用补偿”延伸到“全生命周期健康管理”，

更好发挥普惠型补充医疗保险防大病、管慢病、促健康的作用。

参考文献

王名、蓝煜昕等:《第三次分配: 理论、实践与政策建议》,《中国行政管理》,2020 年第 3 期。

邓国胜:《第三次分配的价值与政策选择》,人民论坛,2021 年 9 月 6 日。

阎建军、刘菲、施毓凤:《城市定制型商业医疗险模式优化与制度定位》,NIFD 季报,2021 年 7 月。

版权公告:【NIFD 季报】为国家金融与发展实验室版权所有,未经版权所有人许可,任何机构或个人不得以任何形式翻版、复制、上网和刊登,如有违反,版权所有人保留法律追责权利。报告仅反映原文作者的观点,不代表版权所有人或所属机构的观点。

制作单位: 国家金融与发展实验室。