



NIFD

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 刘菲 施毓凤

2021年7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。

城市定制型商业医疗险模式优化与制度定位

摘要

2021 年以来，城市定制型商业医疗险呈现爆发性增长。截至 6 月底，包括四个直辖市在内，已经至少在 112 个地级市及以上城市推出，覆盖面超过 6000 万人，同比增长了 400%；保费收入超 50 亿元，同比增长了 900%。现有医疗保障体系仍需进一步完善提升才能满足“防止因病返贫”任务要求，这是城市定制型商业医疗险兴起的基本原因。

本报告把现有项目分为五类模式，从普惠性评价和体制机制创新评价两个维度进行分析。城市定制型商业医疗险发展呈现三个特征：第一，随着政府或医保行政部门推动力度加强，普惠性加强。第二，参保率存在“天花板”现象。如果各级政府不介入，只靠医保行政部门或其它行政部门，参保率一般不能突破 40%。第三，完全市场型模式和非医保部门指导模式的普惠性明显不足。在体制机制创新方面，政府引导型和医保部门推动型模式，都在探索政府和市场协同发力、优势互补的医保治理之路。

在城市定制型商业医疗险试点当中涌现出了普惠型补充医疗险这一新业态。普惠型补充医疗险体现了社会主义市场经济特色，实现了政府有为、市场有效、群众有感，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

● 刘菲

中国社会科学院保险与
经济发展研究中心副主任

● 施毓凤

上海健康医学院护理与
健康管理学院副教授

【NIFD 季报】

全球金融市场

人民币汇率

国内宏观经济

中国宏观金融

地方区域财政

宏观杠杆率

中国财政运行

中国金融监管

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、在医疗保障体系的“夹缝”中兴起	1
二、模式全景图	3
三、模式评价：引入对普惠性的度量	5
（一）政府引导型模式的普惠性评价	5
（二）医保部门推动型模式的普惠性评价	7
（三）其它模式亟待升级	8
四、体制机制创新评价	9
五、制度定位与优化	11
（一）在多层次医疗保障体系中的制度定位	11
（二）明确监管牵头部门	12
（三）当前规范市场的思路	12
（四）对健康中国建设的全局性意义	12
鸣谢	13

一、在医疗保障体系的“夹缝”中兴起

2021年以来，城市定制型商业医疗险（以下简称“城惠保”）呈现爆发性增长，截至6月底，包括四个直辖市在内，已经至少有112个地级及以上城市落地城惠保，覆盖面超过6000万人，同比增长了400%；保费收入超50亿元，同比增长了900%。

现有的医疗保障体系仍需进一步完善提升才能满足“防止因病返贫”任务要求，这是城惠保得以兴起的基本原因。

从基本医保和大病保险看，“保基本”的定位与群众患重病就医需求之间存在落差。这两类政策性医保项目重点关注基本药物和基本诊疗项目，部分价格昂贵、疗效明确的药品以及诊疗项目，尚不能纳入目录报销范围，一部分群众承担了高额医疗费用负担。近年来多项调查表明，我国超过40%的贫困家庭是因病致贫。按全口径费用计算，目前全国各地基本医保总体报销率在50%左右，我们估算重病群众的报销率要远低于50%的总体报销水平。

表1 全国基本医保基金支出占卫生机构业务收入比例

	全国医保基金支出 (亿元)	全国卫生机构 业务收入 (亿元)	医保基金支出 占卫生机构业 务收入比例	个人自付比例
2005年	1,078.70	4662.172	23.14%	76.86%
2006年	1,276.74	5173.734	24.68%	75.32%
2007年	1,561.80	7226.659	21.61%	78.39%
2008年	2,083.60	8362.463	24.92%	75.08%
2009年	2,797.41	10341.24	27.05%	72.95%
2010年	3,538.10	11847.22	29.86%	70.14%
2011年	4,431.37	13926.84	31.82%	68.18%
2012年	5,543.62	16539.53	33.52%	66.48%
2013年	6,801.03	19147.45	35.52%	64.48%
2014年	8,133.59	21972.14	37.02%	62.98%
2015年	9,312.11	24144.03	38.57%	61.43%
2016年	10,767.09	27099.86	39.73%	60.27%
2017年	14,421.66	30153.16	47.83%	52.17%
2018年	17,823.00	33442.79	53.29%	46.71%
2019年	20,854.24	38009.17	54.87%	45.13%

卫生机构：包括医院、基层医疗卫生机构、妇幼保健院等。

数据来源：WIND,《2020中国卫生健康统计年鉴》。

从医疗救助看，“托底线”的保障尚难解决困难群众的重病负担。医疗救助是重要的兜底保障机制，但在各地实践中存在只保障医保目录内项目和设定支付上限等问题。部分患重大疾病的困难群众医疗负担仍然较重，例如，2019年浙江省某市有5463名困难群众个人就医负担超过1万元，其中负担在2-5万元的有1702人，负担在5万元以上的有245人。

从商业保险看，纯市场化产品难以得到群众认可。纯市场化运作的商业健康保险存在逆向选择问题，导致保险公司只愿意承保健康人群，60岁以上老年人、慢病和重病患者等不能参保，基本医保目录外的项目通常不予赔付，既往病史不能赔付，没有与基本医保形成功能补位，近年来，商业保险赔付金额占卫生费用的比例一直低于3%。

从政府角度看，新常态下解决医疗保障问题需要统筹资源形成合力。我国基本医保基金收入增速处于下降态势，2020年，全国基本医保基金收入增速仅为0.89%，比全国卫生费用增速要低9个百分点（参见图1）；另外，可以估算出各级财政医疗保障补贴支出已超过八千亿元。若采取进一步做大医保基金总盘子来完成“防止返贫”任务的办法，将使得各级财政不堪重负。进一步提高医疗保障水平不能仅靠加大财政投入，还需要政府发挥好对市场的调控引导作用，盘活社会资源。

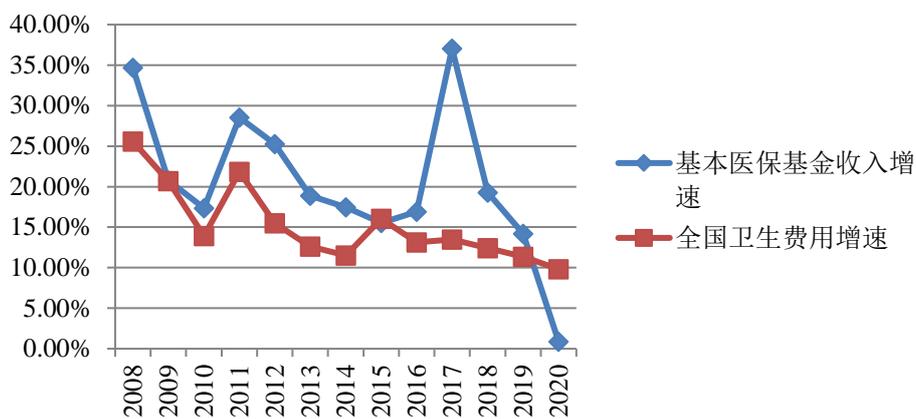


图1 全国基本医保基金收入增速和全国卫生费用增速情况

数据来源：WIND，《2020年我国卫生健康事业发展统计公报》，《2020年全国医疗保障事业发展统计公报》。

注：2007年以后基本医疗保险基金包括职工医保基金和城乡居民医保基金。

二、模式全景图

截至 2021 年 6 月底，有 126 个城惠保产品已经进入保障期，包括：3 个全国性产品，9 个省级产品，1 个县级产品，1 个区级产品，112 个地级及以上城市专属产品。

把上述产品作为研究样本，按照政府或职能部门介入程度的高低，首先把城惠保发展模式分为三类，基本情况是：第一，纯商业运作模式，该类型产品有 46 个，平均参保率 1.85%。第二，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），该类型产品有 27 个，平均参保率 5.00%，对城惠保产品提供支持的部门包括扶贫办、民政局、大数据局、工会等，支持方式通常为署名指导单位和参加发布会等。第三，医保部门参与模式，该类型产品有 53 个，平均参保率 22.11%。在后两种模式下，公共部门背书提升了城惠保公信力，参保率明显提升。

表 2 城市定制型商业医疗险运行模式分类（1）



进一步细分，可以把有医保部门参与的城惠保分为三类，基本情况是：

第一，医保部门指导型，样本包括东莞等 45 个城市，平均参保率 14.77%。特点是医保部门为署名指导单位或参加发布会，通常不提供数据支持，不参与产品设计。其中，部分城市的医保部门下发了鼓励城惠保发展的文件，也有部分城市的职工医保个人账户资金可划扣。

第二，医保部门推动型，样本包括珠海市、广州市和上海市 3 个城市，平均参保率 34.25%。特点是医保部门下发文件，指导产品设计；基本医保数据共享；经办费用率上限约定在 10% 以内；职工保费可从其医保个人账户资金划扣；多数城市实现了一站式结算。

第三，政府引导型，样本包括杭州、绍兴、丽水、衢州、湖州等 5 个城市，平均参保率 63.46%。特点是政府强推动，一部分城市把参保率纳入各区、县党委政府年度目标责任制考核；医保部门下发文件，指导产品设计；基本医保数据共享，职工医保个人账户资金可划扣；多数城市对经办费用率上限的约定在 10% 以内，实现了一站式结算。

表 3 城市定制型商业医疗险运行模式分类（2）

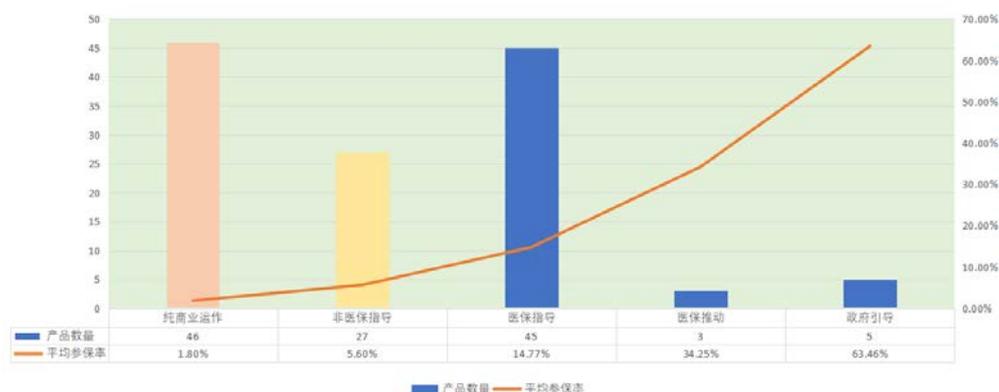


表 4 城市定制型商业医疗险运行模式分类（3）

	产品数量	平均参保率	参与单位	参与形式 (是否发文)	产品设计	既往症	个人账户支持	行政部门支持	理赔方式	经办费用率上限	代表城市
纯商业运作	46	1.85%	无	无	不参与	不可保	否	无	商业模式	无	各地均有
非医保部门支持	27	5.00%	扶贫办、民政局、大数据局	署名指导单位	不参与	不可保/可保不赔	否	参加发布会	商业模式	无	大连等
医保部门指导	45	14.77%	市政府/医保局	署名指导单位/发文	无数据支持、不参与产品设计	限病种可保可赔	是/否	参加发布会/官媒	快赔	无	东莞等
医保部门推动	3	34.25%	医保局	发布实施方案	数据共享、指导产品设计	可保可赔	是	没有行政督导	一站式结算（个别除外）	≤10%	珠海、上海、广州
政府引导	5	63.46%	市政府、医保局	发布实施方案	数据共享、指导产品设计	可保可赔	是	行政督导，部分城市参保率纳入区县市政府考核	一站式结算（个别除外）	≤10%（个别除外）	丽水、杭州、绍兴、衢州、湖州等

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.经办费用率（含保险公司或第三方平台的所有费用）。

表 5 政府引导型模式情况

城市	项目名称	政府引导力度	发起方式	是否支持个账	参保率
杭州	西湖益联保	较强	市场先行推动，政府伺机强推动	是	44.40%
湖州	南太湖健康保	较强	市场先行推动，政府伺机强推动	是	60.00%
绍兴	越惠保	强	首年参保率纳入对区县政府考核	是	66.00%
衢州	惠衢保	强	首年参保率纳入对区县政府考核	是	76.51%
丽水	浙丽保	强	首年参保率纳入对区县政府考核	是	85.00%

仔细分析城惠保模式全景图，一个统计特征尤为明显，即带病体参与程度、政府的推动力度和参保率三者之间的强相关关系。

理论层面亟待解决的问题是如何对各类模式进行评价。与其它研究不同，我们提出了两个评价视角，一是引入对普惠性的度量，二是引入对体制机制创新的评价。

三、模式评价：引入对普惠性的度量

国际保险监督官协会（IAIS）在关于普惠保险的经典文献中提出了用“可及性”作为度量普惠性的关键指标。此外，我国多层次医疗保障制度从保基本起步，尽管保障程度逐渐提高，但是目录外的高额医药费用负担仍然要下大力气解决，据此，目录外高额费用保障程度也应当作为度量普惠性的关键指标。最后，从国际经验看，经办费用率上限是确保政策性医疗保险基金主要用于待遇兑现的关键。

可以从可及性、目录外高额费用保障程度和经办费用率上限这三个维度入手，构建分析框架，对目前的各类城惠保模式进行评价。

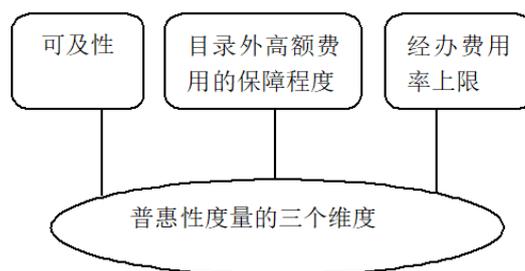


图 2 分析框架

（一）政府引导型模式的普惠性评价

选择浙江省的丽水、绍兴和衢州三市作为分析样本。

第一，可及性。这体现为全民准入，在丽水、绍兴和衢州等地，全体参保人员（包括已患重病群众和老年人）均可参保，实行无差别参保，执行相同的保费标准和待遇水平。

表 6 丽水、绍兴和衢州 60 岁以上老人参保情况

	丽水市	绍兴市	衢州市
60 岁以上老人参保人数	52.35 万	98.15 万	45.28 万，
占参保人数比例	25.67%	31.99%	26.79%

注：丽水市参保群众中上年度已患重病人员有 16.76 万，占参保人数 8.21%。

第二，经办费用率上限。除个别城市之外，上述城市的经办费用率上限在 5%~10% 之间。

表 7 丽水、绍兴、杭州和衢州“城惠保”约定用于赔付的比例

	丽水市	绍兴市	杭州市	衢州市
约定用于赔付的比例	≥95%	≥85%	≥90%	≥80%

第三，对目录外高额费用的保障程度。

丽水市在一定程度上采用了“个人自付封顶线”原理，原则上以个人年度累计实际承担报销后的医疗费用控制在不超过浙江省上一年度城乡居民人均可支配收入的 2 倍（约 10 万元）作为个人负担最高控制标准。在此基础上，根据基金承受能力确定分档报销标准，原则上医疗费用越高、支付比例越高。个人承担费用以 50 万元计，报销比例应达到 80%；以 100 万元计，报销比例应达到 90%。

表 8 衢州市和绍兴市的城惠保项目聚焦高费用和高价特效药

保险责任		起付线	给付比例	保额
责任一：自付医疗费用	符合大病保险支付范围部分，经大病保险报销后的自付费用	同大病保险起付线	50%	50 万
责任二：自费医疗费用	住院和特殊病种门诊期间发生的目录外自费药品费用（绍兴纳入部分自费材料）	0.3 万① /1 万②	60%	50 万
责任三：药房特药费用	27 种①/20 种②医院外购高额自费特殊药品	0.5 万① /1 万②	50%① /60%②	50 万

注：①衢州；②绍兴。

从效果看，截至 7 月 14 日，丽水市“浙丽保”项目已有 6608 人（79177 人次）享受报销待遇，赔付总额 3607.41 万元；截至 5 月底，前十大赔案的大病患

者减负在 32%至 57%之间(参见表 9)。截至 6 月 30 日,衢州市半年赔付达 1547.76 万元,受益 5334 人(37815 人次);绍兴市半年赔付 1646.86 万元,受益 4499 人(15270 人次)。

表 9 丽水市普惠型补充医疗保险项目“浙丽保”报销排名前十结算数据(元)

序号	医疗总费用	基本医保	大病保险	浙丽保	医疗救助	个人负担	浙丽保提高保障率
1	444122	104152	0	254608	0.00	85361	57.33%
2	385094	91883	14771	180963	0.00	97476	46.99%
3	345149	77225	0	170924	0.00	97000	49.53%
4	322393	73634	9694	148759	0.00	90306	46.14%
5	285482	56224	3703	129192	0.00	96364	45.26%
6	308182	74678	11173	124508	0.00	97823	40.40%
7	249994	45846	2107	120217	0.00	81825	48.09%
8	252909	54735	0	118068	0.00	80106	46.69%
9	335951	119569	24001	108725	0.00	83656	32.36%
10	233008	59142	0	103146	0.00	70720	44.27%

注:患者出院医药费用结算顺序是按基本医保、大病保险、普惠型补充医疗保险(“浙丽保”项目)和医疗救助依次进行。

(二) 医保部门推动型模式的普惠性评价

对于医保部门推动型模式,珠海、广州和上海等地具有代表性,可以从三个方面对其普惠性进行探讨

第一,可及性。三个样本城市都实行“三不排斥”原则,参保人中不排除老人、不排除病人、不排除已享受重大疾病待遇人员。

可及性的效果:2021 年珠海市参保率达 38.41%,60 岁以上老年人投保覆盖率达 56.6%。上海市参保率达 38.49%,职工医保参保人占了 89.11%。广州市参保率达 28.18%,在参保人群中 60 岁以上老年人占比达 23.86%。

第二,经办费用率上限。

珠海市、上海市、广州市城惠保项目约定的经办费用率上限是 10%、10%和 8%,其余资金用于待遇兑现,结余资金滚存至下年。

第三,对目录外高额费用的保障程度。

精准定位，重点解决大病和重症患者高额医药费用负担。2020年，珠海市有371人获得普惠型补充医疗保险恶性肿瘤药项目补偿，金额达2589.97万元，人均补偿6.98万元，平均减负达87.65%。前十大赔案减负在22.33%和89.99%之间（参见表10）。

表10 珠海2020年“大爱无疆”项目结案报销排名前十结算数据（元）

序号	年龄	医药总费用	基本医保报销	大病保险报销	大爱无疆报销	个人负担	大爱无疆报销率
1	11	1920957	557090	207894	772498.1	383474.5	40.21%
2	72	1133555	256716	171423	603000	102415.7	53.20%
3	64	501704	0	0	433533.6	68170.4	86.41%
4	8	1478544	355677	192798	407984.7	522084.2	27.59%
5	67	1022042	373684	171453	396434.2	80470.6	38.79%
6	50	1225893	535507	189899	356687.3	143799.1	29.10%
7	53	1141490	465779	177781	346225.4	151705.1	30.33%
8	35	1465354	812876	204052	327220.1	121205.4	22.33%
9	63	370400	0	0	302004	68396	81.53%
10	77	329274	0	0	296321.6	32952.4	89.99%

注：上述医保结案跨年度；数据源自项目承办机构官网和调研数据。

（三）其它模式亟待升级

对于医保部门指导型模式、非医保部门支持型模式和纯商业运作模式，一般没有经办费用率上限的约定，我们从可及性和对目录外高额费用的保障程度两个维度着手对上述模式的普惠性作评价。

表11 三类城惠保模式的普惠性评价

		医保部门指导	非医保部门支持	纯商业运作
	样本数量	45	27	46
可及性	参保条件限制	一般不设年龄限制和健康告知，少数有待遇等待期	12.5%的产品设置了年龄限制和健康告知	13.3%的产品设置了年龄限制和健康告知
	产品差别定价	8.7%的产品实行按年龄分段定价，15%的产品有两款以上不同价位产品	17%的产品实行按年龄分段定价，73%的产品定价在50至99元之间	22%的产品按年龄分段定价，67%的产品在50至99元
	行政部门参与宣传	挂名指导单位，并参与发布会宣传，协调官方媒体参与	挂名指导单位，并参与发布会宣传，一般不支持职工医保个人账户购买	无

	平均参保率	14.77%	5.6%	1.85%
对目录外高额费用的保障程度	目录外住院费用	35%的产品可报销	12%的产品可报销	24%的产品可报销，起付线多数为2万元
	目录外特药	83%设有目录外特药清单	79%设有目录外特药清单	76%设目录外特药清单
	既往症	47%的产品为有条件理赔（除外3至10种重大既往症），3%的产品既往症不赔付，50%的产品可保可赔	71%的产品为有条件理赔（除外3至10种重大既往症），25%的产品既往症不赔付	78.5%的产品为有条件理赔（除外3至12种重大既往症），14%的产品既往症不赔付

医保部门指导型模式的推出时间较早，率先进行了积极探索，但经验不足，普惠性程度有待提高。非医保部门支持型模式的普惠性较低，保留了较多的传统商业保险产品特色。

小结：总体来说，五类模式呈现以下特征。

第一，随着政府或医保行政部门推动力度加强，普惠性加强。

第二，参保率参照“天花板”现象。如果各级政府不介入，只靠医保行政部门或其它行政部门，参保率一般不能突破40%。

第三，完全市场型模式和非医保部门指导模式的普惠性明显不足。

四、体制机制创新评价

完全市场型、非医保部门指导型和医保部门指导型三类模式主要是商业化运作，政府支持力度较低，体制机制创新步伐较小，不纳入此次评价范围。

对于政府引导型和医保部门推动型模式，二者都在探索政府和市场协同发力、优势互补的医保治理之路。下面从政府推动力度、市场化程度、市场机制和行政机制衔接程度三个维度，对这两类模式的体制机制创新进行比较。

表 12 五种模式的对比

	行政推动力度	市场化程度	市场机制和行政机制衔接程度
纯商业运作模式	无	高	无
非医保部门指导模式	弱	高	无
医保部门指导模式	较弱	高	弱
医保部门推动模式	较强	较高	强
政府引导模式	强	逐渐加强	强

1. 在行政推动力度方面，政府引导型模式强于医保部门推动型模式。

第一，差异性：政府引导型模式发挥了强力组织动员能力，把城惠保定位为“普惠型补充医疗保险”，纳入政府民生工程。普惠型补充医疗保险与城乡居民基本医保征缴同时部署、同期推进，统筹利用基层的组织资源，参保率纳入各区、县（市）党委政府年度目标责任制考核。丽水、衢州、绍兴都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；基层干部帮助承保机构工作人员，走村访企，深入街道，动员居民投保。以珠海、广州和上海为代表的医保部门推动型模式没有利用政府基层的组织资源参与投保宣传动员。

第二，相似性：这两类模式的共同点是医保局对产品方案严格把关，坚守普惠底线。一是确保精准定位，重点解决大病和重症患者高额医药费用负担。二是确保保费低廉。经过测算，丽水市和衢州市把保费标准定为居民可支配收入的0.3%，2021年保费为100元/人。三是基本医保目录与普惠型补充医疗保险的保障范围紧密衔接。四是支持职工医保个人账户历年结余资金为本人或直系亲属购买。

两类模式都有“困难群众政府保”的机制安排。丽水市整合现有扶贫救助资金，统筹1400万元用于困难群众参保，在不增加财政负担的前提下，全市11.2万困难人员（特困、低保、低边）均纳入政府全额出资参保范围。衢州市开化县、龙游县财政出资，对医疗救助对象实现惠衢保全覆盖，惠及对象2.82万人。2020年，珠海市有关部门为全市4503名最低生活保障对象和斗门区9116名残疾人统一投保。

2. 保险机构经办能力建设方面，两种模式都在进行有益探索。

第一，发挥商业保险机制灵活、响应快速的优势，将尚未纳入政府医保支付范围但疗效明显、价格适宜、适用范围明确的药品和诊疗服务项目等通过谈判、议价、集采等程序纳入清单管理范围。

珠海市“大爱无疆”项目，2020年年底共有27种抗肿瘤药物纳入自费项目补偿范围，涵盖了18种恶性肿瘤；累计有效核准使用通过490人，较2019年新增392人，其中256人获慈善赠药；自费药补偿371人共计2589.97万元，同比增长186.34%，实际减负87.65%。2021年恶性肿瘤自费药纳入条件有了进一步放宽，6月份，该项目将百汇泽、百泽安等9种特效药品纳入补偿范围中。

第二，改进健康管理服务。珠海市“大爱无疆”项目从“以健康为中心”的策略和有效降低疾病负担的角度，优先从肿瘤筛查入手推动重大疾病的早诊早治工作。参保人符合肺癌、结肠癌、直肠癌、胃癌、食管癌等特定病种筛查标准的，投保年度内首次在指定医院进行指定病种的检查项目，项目为检查费用支付90%。通过问卷收集发现高危人群，分层分组开展就医随访和复诊确诊，有效提高肿瘤早诊早治率。

第三，尝试多平台协同推广。上海在营销推广上有一定的独特之处：协调官方平台、互联网流量平台及本地企业资源共同参与推广。

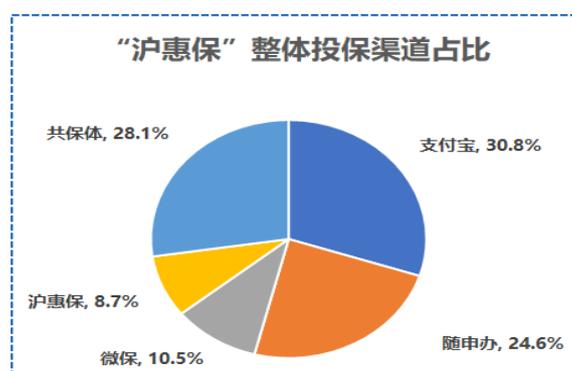


图3 沪惠保参保渠道情况

3. 市场机制和行政机制衔接程度方面，两种模式都进行了探索。

一是两种模式当中的多数城市都实现了参保结算一体化，参保群众在本市定点机构就诊结算无须事先垫资。二是基本医保数据共享，行政部门对保险公司提供必要的技术支持，确保产品设计科学合理。三是普惠型补充医疗与当地基本医保和大病保险的保障范围形成了不同层次的精准覆盖和紧密衔接。

五、制度定位与优化

在城惠保试点当中涌现出了普惠型补充医疗险这一新业态，后者亟待明确制度定位；另外，城惠保的某些模式存在着普惠性不足问题，有待优化。

（一）在多层次医疗保障体系中的制度定位

普惠型补充医疗险体现了社会主义市场经济特色，解决了基本医保等政策性险种覆盖范围广但保障程度低，商业保险保障形式灵活但门槛高、覆盖面窄的问题，实现了政府有为、市场有效、群众有感。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。

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，应当进一步完善多层次医疗保障体系，在基本医保和大病保险等政策性保险已经成为“防止返贫”核心层次的基础上，建议把普惠型补充医疗险作为“防止返贫”另一核心层次，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）明确监管牵头部门

参照农业保险做法，农业保险是由财政部会同中央农办、农业农村部、银保监会、国家林草局等部门成立工作小组，由财政部门牵头。

从政策性特征、业务属性和对核心监管资源的掌控来看，宜由国家医保局会同银保监会等部门成立工作小组，国家医保局作为牵头人。

（三）当前规范市场的思路

监管部门应当明确普惠性的基本标准。可从以下四方面着手。

一是共保体（含其它参与方）和政府约定的经办费用率上限拟以不高于10%为宜。这反映了丽水、杭州、珠海、广州、上海等典型地区的普遍做法。在人口较少的四线城市，经办费用率需要另行研究。

二是加强透明度。引入经办费用率公示和赔付率公示制度；建议在确保患者隐私的前提下，各类城惠保项目每年公布前十大赔案。

三是关于参保率指标，可以参照医保部门推动型模式前三名水平，目前这一指标的取值为 $\geq 28\%$ ，具体指标水平需要进一步研究。

四是参保门槛实行“三不 exclusion”原则，即参保人中不排除老人、不排除病人、不排除已享受重大疾病待遇人员。

（四）对健康中国建设的全局性意义

一是有助于培育基本医保目录外的强大支付方，探索目录外市场的“三医联动”，缓解医患矛盾。二是支持创新药发展，完善国家创新药安全供应体系，从筹资端、支付端和服务端探索产业融合机制。三是有助于推动健康管理服务与医保持费机制结合，引入健康管理服务“让人民群众有感”，同时起到健康风险减量管理之效。

鸣谢

课题调研得到了浙江省医疗保障局、杭州市医疗保障局、丽水市医疗保障局、珠海市医疗保障局、东莞市医疗保障局、中国人民财产保险股份有限公司、中国人寿保险股份有限公司、泰康养老保险股份有限公司、镁信健康以及支付宝的配合。谨致谢忱！

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。