



2023 年惠民保回顾及展望

负责人:徐伟教授

中国药科大学 国际医药商学院

二零二四年四月

211198 江苏省南京市江宁区龙眠大道 639 号 #639 Longmian Avenue Jiangning District Nanjing Jiangsu
电话 [Tel:13851942851](tel:13851942851) 邮箱 E-Mail:xu2005wei@126.com

课题报告

课题负责人:徐伟

(课题组成员及单位)

中国药科大学	树婷婷	中国药科大学	李晓涵
中国药科大学	李雯靖	中国药科大学	徐 欣
中国药科大学	杜雯雯	中国药科大学	王煜昊
中国药科大学	王 兴	中国药科大学	石可凡
中国药科大学	刘 萍	中国药科大学	王丽娜
中国药科大学	蒋 昊	中国药科大学	梁丽蕙
中国药科大学	徐 欣	中国药科大学	许智伟
中国药科大学	居灿灿	中国药科大学	杨星怡
中国药科大学	黄洁莹	中国药科大学	程国一
中国药科大学	周雨驰	中国药科大学	李雯婷
中国药科大学	孙劲楠	中国药科大学	安 琪
中国药科大学	阿瑞乐	中国药科大学	刘俊刚
中国药科大学	经天宇	中国药科大学	何 琼
中国药科大学	谭玉洁	中国药科大学	顾钰祺
中国药科大学	王佳珑	中国药科大学	薄文韬

新浪健康保险研究院研究团队 朱玮

新浪健康保险研究院研究团队 商嘉倩

目录

第一章 绪论	5
第一节 研究背景及研究现状	5
一、研究背景	5
二、国内外研究现状	6
第二节 研究内容与研究方法	8
一、研究内容	8
二、研究方法	9
第二章 普惠险实施现状	11
第一节 普惠险的开展现状	11
一、全国普惠险开展现状	11
二、普惠险参保情况	13
三、普惠险缴费机制	17
(一) 缴费水平政策现状	17
(二) 缴费渠道政策现状	19
四、普惠险保障情况	22
(一) 保障范围政策现状	23
(二) 待遇水平政策现状	24
(三) 产品保费收支情况	28
五、普惠险特药保障	29
(一) 特药保障情况	29
(二) 普惠险特药纳入现状分析	32
第二节 本章小结	45
第三章 普惠险实施效果评估	47
第一节 评价指标体系构建原则	47
第二节 普惠险评估指标评分标准	48
一、普惠险保障责任广度评估指标	48
二、普惠险保障责任深度评估指标	49
三、服务便捷性评估指标	50
四、普惠险参保普惠性评估指标	50
五、普惠险产品运营可持续性	51
第三节 普惠险指标检验及权重计算	52
一、信度检验	52
二、效度检验	53
三、权重计算	53
第四节 普惠险评估结果	55
第四章 典型地区普惠险情况分析	58
第一节 典型地区医疗费用结构分析	58
一、G市医疗费用结构分析	58

(一) G 市社会医疗保险待遇保障体系	58
(二) G 市住院医疗费用结构	60
(三) 穗岁康保障范围与待遇水平	64
二、Z 市医疗费用结构分析	71
(一) Z 市社会医疗保障体系	71
(二) Z 市医疗费用结构	72
(三) “大爱无疆”附加补充医疗保险	76
第二节 穗岁康的发展现状	82
一、穗岁康的政策现状	82
二、穗岁康运行情况	86
第三节 优化方向	92
一、扩大筹资渠道	92
二、调整待遇二保障内容, 控制不合理费用支出	122
三、补偿高额费用人群	130
第四节 本章小结	140
第五章 政策优化建议	142
第一节 设置针对特定风险群体的专属普惠险	142
第二节 提高政府参与程度	148
第三节 加深普惠险信息披露程度	150
附件 访谈提纲	152
一、G 市医保局访谈记录	152
二、科技公司 A	153
三、科技公司 B	158
参考文献	163

第一章 绪论

第一节 研究背景及研究现状

一、研究背景

近年来，医疗保险的顶层设计愈发强调构建“多层次医疗保障体系”，由各地地方政府支持或参与的城市定制型商业医疗保险以其低门槛、低保费、高保额等优势，成为当下最火爆的商业健康保险之一。构建多层次医疗保障体系一直是国家关注的重要任务，自1993年中共中央发布《关于建立社会注意时长经济体制若干问题的决定》首次提出“建立多层次的社会保障体系”以来，国家不断完善多层次保障体系建设，在2022年10月《党的二十大报告》中，再次强调“健全覆盖全民、统筹城乡、公平同意、安全规范、可持续的多层次社会保障体系，扩大社会保险覆盖面”，可见国家对于可持续的多层次医疗保障体系的关注。

此外，中国银行保险监督管理委员会为促进普惠险的健康发展，发布了《关于规范保险公司城市定制型商业医疗保险业务的通知》（银保监办发〔2021〕66号），为切实提高人民群众医疗保障水平，保护参保人合法权益，制定了一系列相关规范要求。2022年，中国银保监会进一步明确普惠险的定位，发布《关于推进普惠保险高质量发展的指导意见（征求意见稿）》，对普惠保险的范畴首度明确提出，该类保险产品包括普惠性质的保险和专属普惠保险两种保障形式。普惠性质的保险是面向广大人民群众和小微企业提供的公平可得、保费较低、保障适度的保险产品或服务。专属普惠保险主要指针对社会保险保障不足、商业保险覆盖空白领域，面向特定人群或特定风险群体开发的普惠保险产品或服务。发展目标方面，《征求意见稿》提出，到2025年，普惠保险高质量发展体系更加完备，保障范围和覆盖面不断扩大，产品体系更加丰富，人均保障水平持续提升，服务的便捷性和满意度有效改善。普惠保险政策制度、服务标准和评价体系基本建立，普惠保险发展环境明显改善，保险教育深入开展，消费者保护机制更加健全。

普惠险作为补充医疗保险，让社保与商业保险之间的衔接出现了可能性。普惠险目前尚处于早期探索和经验积累阶段，无论是商业模式、产品设计，还是风控杠杆、服务水平，都呈现出较大的地区差异性，未来的量产模式和经营形态依

然存在不确定性。在普惠险热销的背后，其不同于传统保险的运作机制及现存的一些问题，使得该产品的可持续性发展存在不容忽视的隐患。

基于上述问题和政策导向，进一步优化我国普惠险的可持续发展能力，促成普惠险与基本医疗保障水平之间形成政策协力，促进普惠险的可持续健康发展，成为我国医疗卫生领域发展的一大重要命题，对建立可持续的多层次医疗保障体系、弥补基本医疗的不足、提高群众的医疗保障能力和水平等具有十分重要的现实意义。

二、国内外研究现状

目前的研究现状主要集中于全国各地普惠险的开展现状，包括各地开展普惠险的开展现状、参保情况、缴费机制、保障情况、可持续发展等。以下从特药评估、可持续性发展、普惠险与基本医疗保险融合、逆向选择这四方面的研究现状进行具体阐述。

（一）特药评估

于保荣等（2022）^[1]指出普惠险的特药准入应遴选出医保目录内覆盖不足的重点疾病，再根据企业填报的产品进行药物经济学评价与基金预算影响分析，主要从有效性、创新性、经济性、公平性四个维度进行具体考量。针对以上四个一级指标进行具体的二级指标设计，如有效性下的二级指标有疗效指标改善情况和诊疗指南和规范推荐情况。姜来等（2022）^[2]指出特药遴选应遵循临床价值、药物经济学价值、基金可承担及城市定制性等原则，并根据投保情况、基金运行情况、与医保目录的紧密性等因素，动态调整普惠险的特药目录。朱铭来等（2022）^[3]测算罕见病的保障成本对普惠险产品运营可持续性的影响，利用保险精算定价技术计算罕见病的药物保障成本，测算所有参保人均分摊成本及其保费的比重，可知，普惠险再保障罕见病高值药品方面具有一定的可持续性。

（二）可持续性发展

洪紫含（2023）^[4]从需求侧入手，通过调研分析，发掘影响消费者购买普惠险意愿的主要因素，进行消费者购买普惠险意愿实证分析。本文共选取个人特征、家庭特征、经济特征、认知特征、产品特征五个层面包含 16 个自变量，购买意愿作为因变量，通过发放调查问卷收集数据，利用 SPSS 软件建立二元 Logistic

模型进行回归分析,结果显示家庭因素、认知因素与产品因素均会显著影响消费者的购买意愿。在此基础上,研究建议政府明确职能定位,适当给予政策上的支持,同时规范市场秩序;建议保险公司积极探索普惠险新型发展模式、合理提高产品保障;建议第三方平台公司有效发挥各自的优势,协同保险公司和政府部门,提升工作效率。多方协同合作,助力保险公司科学合理地设计产品、高效开展业务,提升居民对普惠险的满意度和认可度,提高参保率,进而推动普惠险可持续发展。

(三) 普惠险与基本医疗保险融合

本部分有学者参考借鉴了国外商业健康保险与基本医疗保险融合发展的国际经验与启示。张刘晋(2023)^[5]总结了商业健康保险与基本医疗保险融合发展的典型模式,分别为替代型、附加型、补充型。其中替代型是指商业健康保险对基本医疗保险存在替代作用,二者具有同等的地位和作用,代表国家有德国、美国等。附加型是指在基本医疗保险覆盖服务的基础上,商业健康保险提供附加价值,目的在于改善患者就诊体验,提高患者满意度,如增加患者对医疗机构的选择权、减少候诊时间、追求医疗服务质量和舒适度等,代表国家有英国、澳大利亚等。补充型是指商业健康保险对基本医疗保险报销之后的费用进行补充,即“费用补充型”,或者对基本医疗保险覆盖的服务进行补充,即“服务补充型”。李冬梅等(2023)^[6]强调社会医疗保险与商业保险融合的必要性,两者融合是加快完善我国社会保障体系的现实需要,满足了社会民众多元化的医疗保险需求。李成志等(2023)^[7]梳理了基本医保与商业健康险的关系有补充关系、竞争关系、差异化发展,从而思考普惠险可持续化发展的的问题,提出基本医保和商业健康险合作的维度和更好发挥政府和市场作用的维度。

(四) 逆向选择

国外逆向选择的相关研究表明,健康险制度和市场的国别差异导致逆向选择程度不同,甚至出现正向选择,这与不同的制度设计、保险公司是否采取有效的风险识别措施筛选健康风险更小的群体承保有关。Yao et al (2017)^[8]分析了来自巴基斯坦一个微型医疗保险计划的丰富数据集发现,这项医疗计划对每个投保人要求相同的保费,并且在发现诸如怀孕等医疗保健需求后仍然可以投保,导致

逆向选择的出现，这项计划实施期间的赔付率高达 229%。Cutler & Zeckhauser (1998)^[9]发现美国 HMO（健康维护组织）参与者存在逆向选择行为。Olivella (2013)^[10]、等人的研究均表明健康保险市场存在逆向选择；另一方面，Lee (2012)^[11]利用韩国商业健康保险市场 1 万名年龄在 45 岁以上的受访个体情况，发现所有与长期健康状况有关的变量（如高血压、癌症、心脏问题、吸烟等）均与私人保险购买负相关。

我国的相关研究也出现不一致的结果，王稳、杨洋 (2018)^[12]基于“中国健康与养老追踪调查”数据发现，以消费者自我健康评价和医疗服务利用所代表的风险程度与以是否购买健康保险所代表的保险保障程度之间存在显著的正相关关系。王翌秋、王成 (2016)^[13]采取固定效应 Probit 模型利用“中国健康和营养调查 (CHNS)”发现，相比社会基本医疗保险，商业健康保险市场逆向选择行为为更明显，吸烟或喝酒的群体购买商业健康险概率更高。薄海、张跃华 (2015)^[14]利用“中国健康与养老追踪调查”2011 年基线调查数据，研究发现商业补充医疗保险市场患有慢性病与购买保险存在微弱正相关关系，认为我国商业补充医疗保险市场存在信息不对称现象，但逆向选择的效应十分微弱。臧文斌、赵绍阳、刘国恩 (2012)^[15]发现报告自己健康很差的人群购买商业保险的概率显著较低。

国内外研究现状表明，健康险市场逆向选择的强弱在不同地区、不同产品和制度下存在差异。

第二节 研究内容与研究方法

一、研究内容

本研究立足于普惠险的实施现状，首先通过政策梳理、文献回顾和专家访谈等方式对普惠险相关政策的发展历程、实施现状进行归纳分析，并将每款普惠险的具体保障内容、保费、是否由政府主导、参保率、赔付率等相关信息进行归纳汇总；运用医保数据和商保公司数据进行实证分析，综合运用相关评估指标和理论，将理论与实践相结合。最后，根据研究结果为普惠险的可持续发展提供可行性方案。每一章研究内容的概述如下：

第一章首先介绍了研究的背景与意义；其次，概述相关理论基础以及国内外

对于补充医疗保险的研究情况；然后，针对普惠险的发展现状、普惠险与基本医疗保险融合、可持续性发展、特药评估进行文献综述。最后，对本研究的研究内容与研究方法进行了介绍。

第二章针对全国各类城市定制型商业医疗保险，从参保条件、缴费机制、保障范围、待遇水平、就医管理几个方面，理清全国各地市的定制型商业医疗保险的政策概况，总结全国各地市的发展经验，以期对本研究的实际应用研究具有指导性价值。

第三章基于前文的定制型商业医疗保险的政策梳理，从参保覆盖面、城市个性化定制程度、赔付率、参保人实际报销比例以及普惠险的可持续性角度，具体分析典型地区的定制型商业医疗保险的实施成效。分析典型地区定制型商业医疗保险在实际运行中的特点和需要完善之处。

第四章针对典型地区普惠险的情况进行分析，从医疗费用结构、发展现状和优化方向等角度，提出优化的建议。

第五章基于前文普惠险的现状梳理，对普惠险的可持续性提出相关建议

二、研究方法

1.文献研究法

文献研究法是根据某一研究目的，从研究需要出发，查阅相关文献，并从中摘取自己所需要的资料，进而分析研究的方法。

本研究通过检索知网、万方、PubMed 等国内外数据库，收集整理国内外有关分级诊疗及药品可及性政策的资料。该方法主要用于第一章、第二章，分类归纳我国典型地区普惠险，以了解国内典型地区普惠险项目的实施现状。

2.描述性统计法

描述性统计分析要对调查总体所有变量的有关数据进行统计性描述，主要包括数据的频数分析、集中趋势分析、离散程度分析、分布以及一些基本的统计图形。

在我国典型地区普惠险项目实施现状中，本研究拟应用描述性统计分析方法，从参保率、赔付率及医保基金结余等方面分析典型地区普惠险项目的实施现状，直观呈现各典型地区普惠险项目实施现状差异及实施过程中存在的优势与不足。

3.专家访谈法

专家访谈法是有代表性地搜集相关领域经验丰富的专家的意见和想法,从而利用这些意见和想法作为生产、经营管理决策的参考依据。该方法主要和保险公司的负责人、医保局相关负责人员及群众进行。

4.制度比较法

制度比较法是本研究中使用广泛的研究方法,制度分析方法以“制度概况—机制剖析—制度总结”为逻辑框架。采用比较法学、制度经济学等研究手段,通过政策、法规、年度报告的检索分析,对我国各地区普惠险实施情况以及其他国家有关政策进行深入的剖析,总结各地区普惠险的政策特点。

5.实地调研法

实地调研是相对于案头调研而言的,是对在实地进行调研活动的统称。在一些情况下,案头调研无法满足调研目的,收集资料不够及时准确时,就需要适时地进行实地调研来解决问题,取得第一手的资料 and 情报,使调研工作有效顺利地开展。

通过实地走访调查典型群众代表及相关专家的实际需求及意见,为如何完善我国典型地区普惠险项目的发展提供方向目标。

第二章 普惠险实施现状

第一节 普惠险的开展现状

中国银行保险监督管理委员会将普惠险这一新型商业健康险定义为城市定制型商业医疗保险，根据《中国银保监会办公厅关于规范保险公司城市定制型商业医疗保险业务的通知（银保监办发〔2021〕66号）》，城市定制型商业医疗保险（以下简称“普惠险”）应是在遵循商业健康保险经营规律，按照持续经营和风险控制原则，因地制宜，体现地域特征，契合当地群众实际医疗保障需求的一款商业健康保险。大多普惠险以城市为基础，“一城一策”，不限制投保人年龄、职业、健康状况，具有低门槛、低保费、高保额的特点。

一、全国普惠险开展现状

本研究根据公开资料及在保期产品，统计 2023 年投保及在保期的普惠险产品共计 215 款，2023 年参保人数达 1.6 个亿。其中，23 个省级行政区共推出 39 款省级产品，129 个地市级行政区共推出 173 款地市级产品，2 个区县级行政区共推出 2 款区县级产品。从分布情况来看，广东、河北、湖南、山东、江苏、浙江、四川 7 个省份的普惠险产品数量超过 10 个。以广东省的数量最多，广东省 20 个地级市推出了 28 款普惠险，说明部分地市开发了不止一款普惠险产品，从表 2-1 可知，共有 26 个省份或城市开发了 2 款及以上的普惠险产品，其中共有 9 个省级行政区，数量以 2~3 款为主。可见目前大力推进普惠险的地区主要是一些经济发展水平较好的地区，经济发展水平较高的地方当地居民对医疗保健的需求更高，保险意识更高，更倾向于购买健康保险以提高自身的医疗保障水平。同时具有一定经济条件的地区开始探索多款普惠险共同保障的做法，但一城多策的做法会分散当地的参保率，难以形成一个稳定的基金池以抗衡逆向选择的风险。

表 2-1 各省份普惠险数量情况

序号	省份	省级产品	地市级产品	县级产品	序号	省份	省级产品	地市级产品	县级产品
1	安徽	2	5	0	17	江西	1	5	0
2	北京	2	0	0	18	辽宁	1	7	0
3	福建	2	5	0	19	宁夏	1	1	0
4	甘肃	0	2	0	20	全国范围	2	0	0

5	广东	0	28	0	21	山东	2	18	0
6	广西	1	11	0	22	山西	1	1	0
7	贵州	2	0	0	23	陕西	2	1	0
8	海南	2	0	0	24	上海	1	0	0
9	河北	5	5	0	25	四川	1	17	0
10	河南	1	5	0	26	天津	1	0	0
11	黑龙江	1	1	0	27	云南	0	12	0
12	湖北	1	7	1	28	浙江	0	13	0
13	湖南	1	11	0	29	重庆	2	0	0
14	吉林	2	2	0	30	青海	0	1	0
15	内蒙古	2	1	0	31	新疆	0	1	0
16	江苏	2	13	0					

表 2-2 同一省份/城市拥有多款普惠险的情况

序号	地区	普惠险数量	普惠险名称
	安徽省	2	安徽惠民保、徽康保
1	安徽省亳州市	2	亳惠保、亳州保
2	北京市	2	北京普惠健康保、爱她保
3	福建省	2	八闽保、福建惠闽宝
3	广东省广州市	2	穗岁康、广州惠民保
4	广东省惠州市	2	惠医保、惠州太爱保
5	广东省深圳市	3	专属医疗险、鹏城保、平安健康守护险
6	广东省湛江市	2	湛江市民保、湛江自费无忧
7	广东省中山市	2	中山博爱康、中山香山保
8	贵州省	2	多彩黔惠保、贵惠保
9	海南省	2	惠琼保、乐城特药险
10	河北省	5	冀惠保、河北惠民健康保、河北普惠保、燕赵健康保、冀安保
11	河北省张家口市	2	张家口家惠保、张家口惠民保
12	湖南省常德市	2	湘惠保、常德惠民保
13	湖南省长沙市	3	民生保、长沙惠民保
14	吉林省	2	吉民暖新保、春城吉祥保
15	吉林省吉林市	2	吉康保、吉民保
16	江苏省	3	江苏医惠保 1 号、江苏健 i 保、江苏新民保
17	江苏省泰州市	3	泰州市市民保、泰惠保、惠泰保
18	辽宁省沈阳市	2	沈阳全民保、盛京保
19	辽宁省大连市	2	工惠保、大连普惠保
20	山东省烟台市	2	惠民保、市民健康保
21	陕西省	2	惠秦保、陕西全民健康保

22	浙江省杭州市	2	西湖益联保、杭州市民保
23	浙江省嘉兴市	2	嘉兴大病无忧、嘉兴民惠保
24	浙江省宁波市	2	宁波工惠保、天一甬宁保
25	重庆市	2	重庆渝快保、重庆渝惠保

从上表可以看到，普惠式健康险在实际运行中出现过“一城多保”的现象，即一地有多家商业保险公司推出了不同的普惠式健康险产品，为了抢占市场，一些商业保险公司开展价格战，甚至搞噱头营销。虽然普惠险的特点之一是“一城一策”，但“一城多保”可能导致单个惠民保产品参与深度不足，面临较高赔付风险。余鸣人等^[1]学者在对我国省级普惠式健康险发展现状进行研究时指出省级普惠险产品存在“两高一低一同”的问题，其中“一同”指普惠险产品的同质化严重。即为了快速占领市场，许多商业保险公司迅速推出普惠险产品，无论是保障内容还是赔付标准几乎照抄其他地区产品甚至同地区产品，而当面临同地区产品竞争时往往采取打价格战的形式进行恶性竞争。

二、普惠险参保情况

1. 参保理赔政策现状

相比传统商业健康保险，普惠险的参保条件限定较少，覆盖人群更加广泛。传统商业医疗保险参保条件会对投保人的年龄、健康状况、职业等进行限制。以最早上市百万医疗险产品“尊享e生”为例，其年龄上限设置在70岁，70岁以上人群则被限制在保障范围之外；在职业风险限制上，根据《商业保险职业与分类代码》^[16]，允许1-4类低、中风险职业人群参保，5-6类职业风险较高人群则被限制在保障范围之外；而对于参保人健康状况，该款产品有较为严格的健康告知细则，对于健康告知中列举的既往症患者将不予承保。对于是否为基本医保参保人，传统商业健康保险一般没有限制。

相比于传统商业健康保险的参保条件，本研究将普惠险参保条件的特征总结为以下四点：

(1) 基于产品具有衔接医保的特性，多数普惠险参保对象限定为基本医疗保险参保人。

其中，6款普惠险放宽了对参保对象的限制，4款普惠险对参保对象的限制

更为严苛，具体情况如下表所示。

表 2-3 参保对象限制条件具体情况

参保条件限制	普惠险名称	参保对象限制条件
参保对象不局限于“基本医疗保险参保人”	广州惠民保	(1) 广州市基本医疗保险参保人；(2) 广州市居住 30 天以上非广州市社会医疗保险参保人。
	八闽保	(1) 全省基本医疗保险参保人（厦门除外）；(2) 在闽工作的港澳台同胞也可以进行投保。
	惠琼保	(1) 海南省基本医疗保险参保人；(2) 海南省内定居且持有有效的海南省居住证；(3) 具有海南本省户籍；(4) 持有海南身份证号的人员。
	惠徐保	(1) 徐州市基本医疗保险参保人；(2) 基本医保参保人可为其非基本医保参保的亲属投保。
	工惠保	(1) 大连市基本医疗保险参保人；(2) 已办理大连安置的异地医保参保人员。
参保对象在“基本医疗保险参保人”基础上仍有其他限制	穗岁康	(1) 广州市基本医疗保险及其他医疗保险参保人；(2) 广州市户籍人员；(3) 广州市办理居住证登记连续满一年人员；(4) 广州市见义勇为人员。
	崇川康民保	(1) 南通市基本医疗保险参保人，需要参加当年度“医保南通保”
	威你保	(1) 威海市基本医疗保险参保人；(2) 参加基本医疗保险且取得山东户籍满 5 年，可享受特药赔付责任。
	德州惠民保	(1) 德州市基本医疗保险参保人；(2) 参加基本医疗保险且取得德州市户籍满 5 年，可享受特药赔付责任。
	宁波工惠保	(1) 宁波市基本医疗保险参保人，且 2022 年 3 月 1 日之前已缴费参保过工惠保。

(2) 普惠险对参保人健康状况的限制相对较少，但理赔过程中仍存在一定限制。

本部分中既往症含义为：普惠险保障条款中明确的医疗费用以及特定高额药品费用约定既往症或其并发症，新发疾病以及未在保障责任条款中规定的既往症均在赔付范围内。同时，根据当前惠民保参保条件要求，将参保条件分为 4 类，

分别为无条件限制，即既往症患者和非既往症患者均可参保，且赔付过程中无待遇差；允许既往症参保，对既往症人群赔付比例降低；允许既往症参保，对既往症人群不予赔付和不允许既往症人群参保。本部分共统计普惠险产品共计 215 款，结果如下图所示：40 个方案中不仅允许既往症患者参保，且待遇水平与非既往症患者无差异，但是该类普惠险产品仅占当前普惠险总量的 18.60%，如浙江省杭州市西湖益联保，广东省广州市穗岁康等；允许既往症人群参保，但是赔付比例降低的普惠险数量最多达 125 款，占比高达 58.14%。

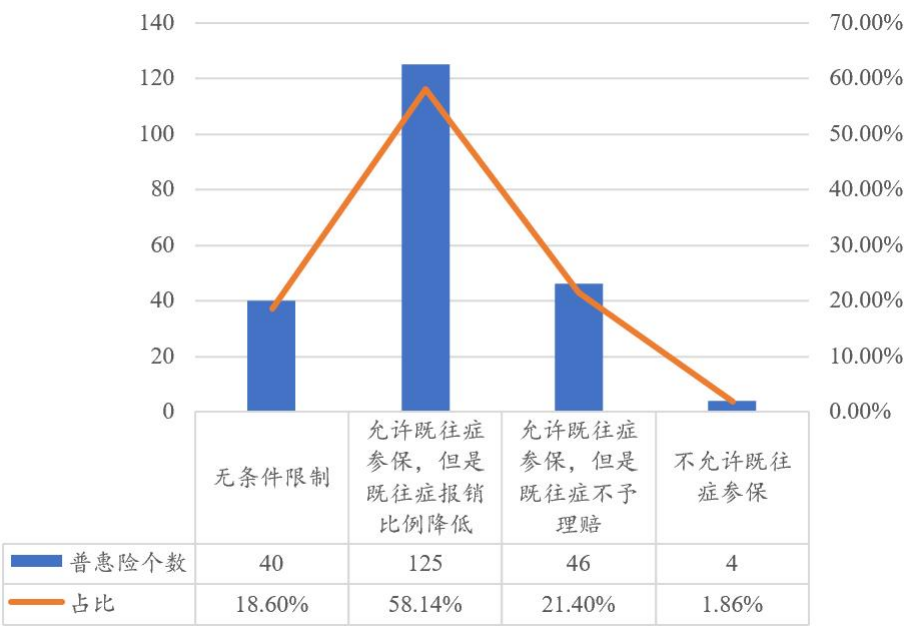


图 2-4 普惠险参保条件限制情况

(3) 除“湘惠保”限制最高参保年龄为 70 岁外，其余普惠险允许所有年龄段人群投保。

(4) 所有普惠险均无职业风险限制。

综上，当前我国普惠险的参保条件限定较少，曾经被传统商业医疗保险排除在外高龄群体，既往症人群以及职业具有一定风险的人群均可获得普惠险保障，可参保人群范围扩大，充分体现了普惠险的“普惠”特征。

2.产品实际参保情况

通过整理公开数据，215 款保险中可查阅到参保情况有 124 款普惠险产品，从图 2-2 可知，目前普惠险的参保率仍处于较低的水平，此外，由于省级项目数量有限且参保率与地市级项目的参保率存在较大差异。故为更准确地评估普惠险

的整体参保情况，仅考虑地市级项目，而省级项目则被排除在外。2022 年惠民保平均参保率 15.3%。参保率最高的普惠险产品为丽水的“浙丽保”，2022 年参保率高达 92%。值得注意的是，浙江省金华市在当前普惠险产品如此热门的情况下，另辟蹊径，推出的“选缴保费法”大病商业补充保险（在金华市大病保险基本保费的基础上，由参保人资源选档缴费，缴费档次分为三档，对应不同的报销比例和范围）激发了金华市基本医疗保险参保人的积极性，参保率达 99.9%¹⁷，成为当前参保率最高的社商合作商业补充医疗保险。过半的普惠险参保率在 20% 以下，仅 12 款普惠险参保率超过 30%。

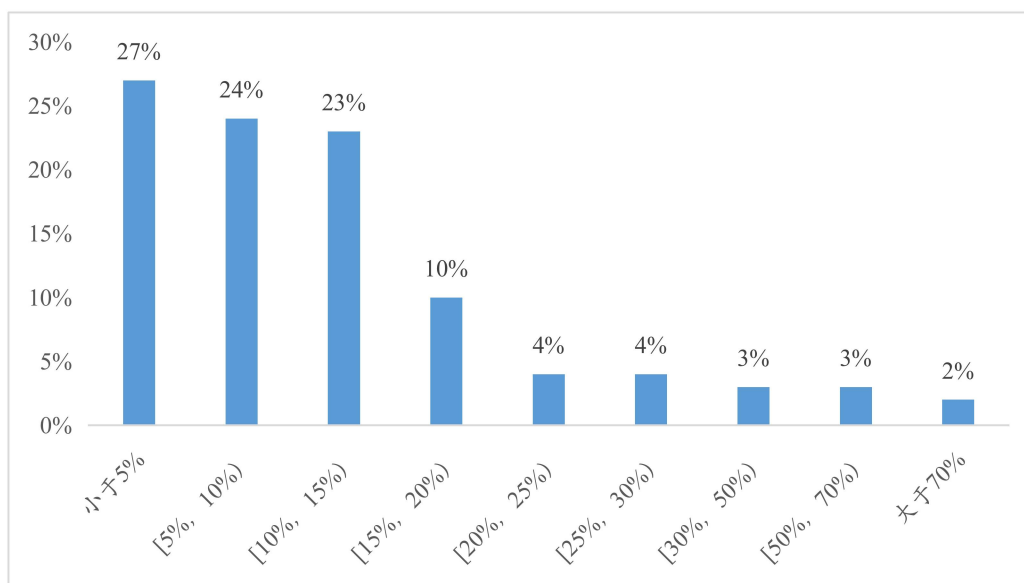


图 2-5 2022 年地市级惠民保产品参保率分布

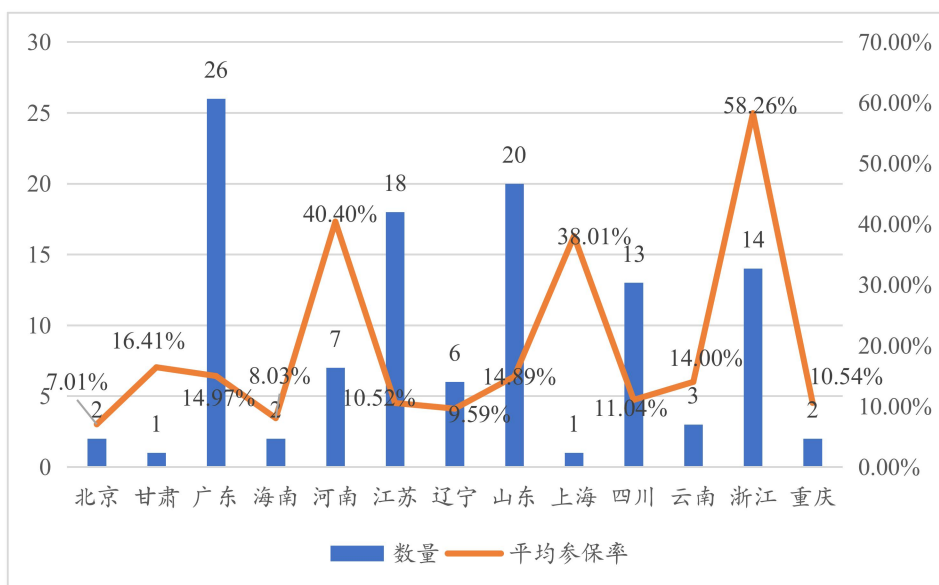


图 2-6 各省份普惠险平均参保率

从参保人年龄结构来看，目前购买普惠险的人群主要集中在 30~50 岁之间（以“穗岁康”为例，见图 2-7），由于普惠险不限制投保人的年龄，因此与传统的商业健康险相比，普惠险参保人的平均年龄相对更高，传统商业健康险参保人的年龄更集中在 25~49 岁，且 60 岁及以上的参保人占比极低（见图 2-8），而普惠险平均老年参保人占比为 32%，显著高于传统商业健康险。

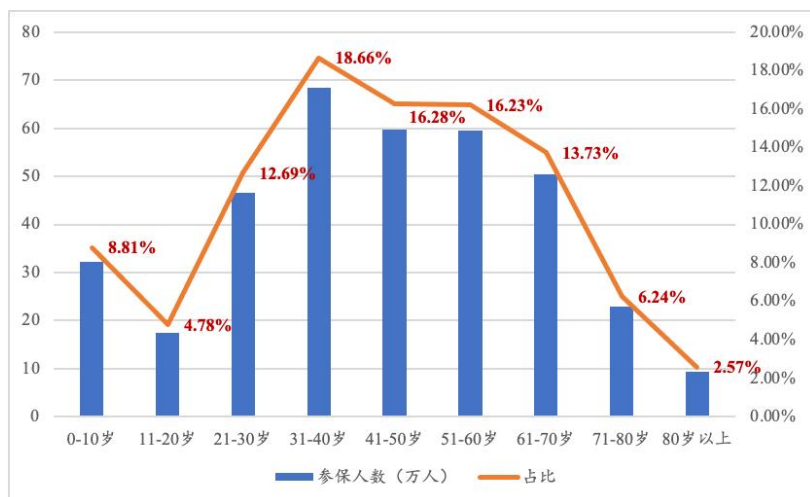
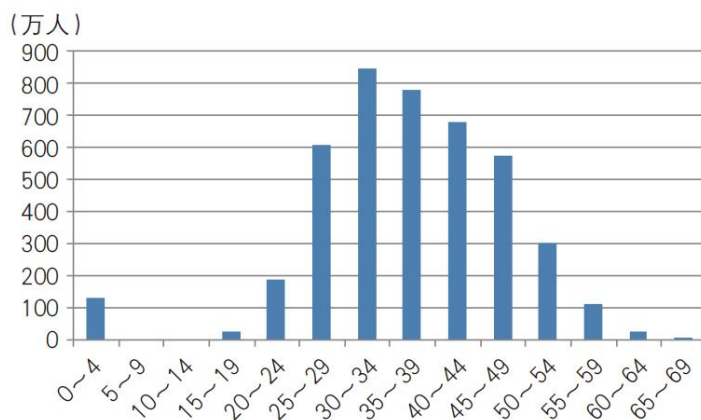


图 2-7 2021 年“穗岁康”参保人年龄结构

图 2-8 百万医疗险各年龄投保情况分布^[18]

三、普惠险缴费机制

（一）缴费水平政策现状

在当前 215 款产品中，有 137 款产品采用固定保费模式，占当前所有普惠险产品的 63.72%；采用阶梯式保费缴费模式的产品有 78 款，占当前普惠险所有产品的 36.28%。其中在采用阶梯式保费模式的普惠险产品中，按照年龄段、保障

范围实施分档缴费的较多。

表 2-4 普惠险缴费方式基本情况

普惠险缴费方式	普惠险数量	举例
固定保费缴费	137 (63.72%)	工惠保、越惠保、惠宿保、穗岁康
按年龄	27 (12.56%)	西湖益联保、惠衢保、宁波工惠保
按保障范围	43 (20.00%)	医惠锡城、苏惠保、南京宁惠保
按年龄和保障范围	2 (0.93%)	大连普惠保、E 家无忧
阶梯式 按年龄和有无既往症	2 (0.93%)	淄博齐惠保、枣惠保
缴费 按保障年限及是否获得过理赔	1 (0.47%)	丹惠保
按年龄和个人团体	1 (0.47%)	内蒙古惠民保
分个人和团体	1 (0.47%)	八桂惠民保
按投保时间	1 (0.47%)	惠蒙保
总计	215	

其中，按固定保费缴纳保费的普惠险产品仍主要集中在百元内，其费用分布主要集中在 41-60 元、61-80 元、81-100 元和 121-140 元，固定保费在 40 元以上的普惠险产品最少，在当前所有产品中，仅工惠保、扬州民惠保和惠泰保 3 款的保费高于 200 元，占普惠险产品中按固定保费进行缴费产品 2.83%。

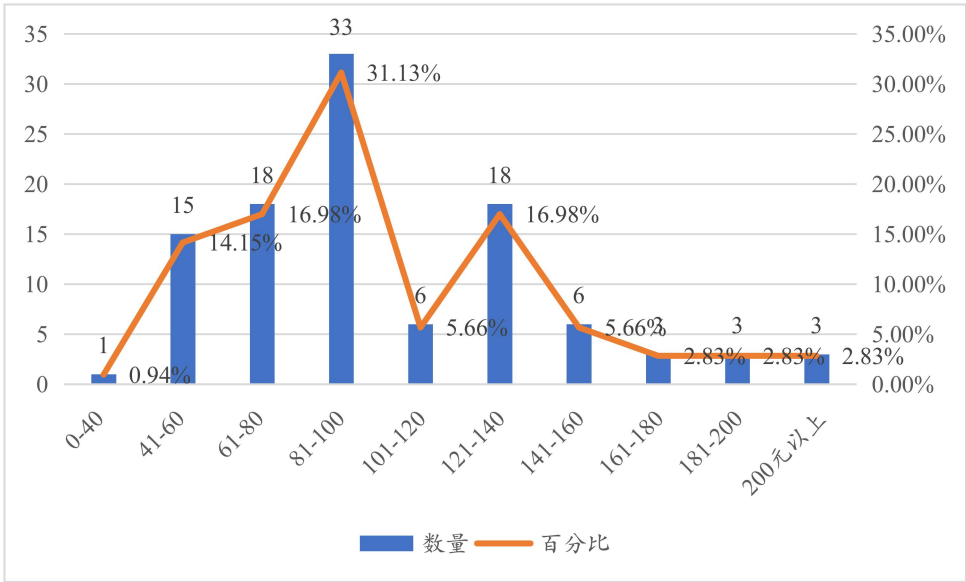


图 2-9 固定保费普惠险保费基本情况

在采用阶梯式保费缴费模式的普惠险产品按照年龄设定保费的普惠险产品共 27 款。27 款以年龄进行保费划定的普惠险产品，多以 18 岁、50 岁、55 岁、60 岁作为分界点；且针对 60 岁以上参保人收费多数突破百元。同时还有少部分

产品是按照年龄和保障范围相结合，年龄和有无既往症相结合，及年龄和个人团体等结合设置阶梯式保费，即大连普惠保、淄博齐惠保、枣惠保、内蒙古惠民保 4 种产品。

在采用阶梯式保费制定模式的普惠险产品中，根据保障范围和保障年限进行保费划定的普惠险产品共计 44 款，制定依据按照保障深度和广度或二者兼具实施分档缴费。在这里保障深度是指，保障责任相同的情况下，其赔付比例不同；保障广度是指，在责任条款赔付比例相同的情况下，增加可赔付的责任范围。采用通过保障深度和广度不同来区别保费水平的模式中，保障范围越好，缴费水平越高。例如：福建省的“八闽保”从保障广度作为区分其产品定价，169 元的产品定价增加了可赔付的保险范围，169 元产品保障范围在 69 元产品保障范围的基础上，增加了基本医保乙类个人自负、医保范围外的保障和上海质子重离子医院医疗费用以及重大疾病住院医疗津贴；而云南省昆明市所推出的“春城惠民保”则依据保障的深度和广度两个方面进行综合考量，其升级款不仅在保障范围上进行扩充，在赔付比例上也高于基础款。

表 2-5 264 款普惠险保费综合水平基本情况

平均值/元	众数/元	中位数/元	最小值/元	最大值/元
111.582	99	99	10	365

综上，以年为单位缴纳保费，当前 215 款普惠险均价为 111.582 元，仅占 2022 度全国人均可支配收入 36883 元/年的 0.3025%，2023 年统计平均值相比于 2021 年普惠险均价 103.06 元（仅占 2021 度全国人均可支配收入 35128 元/年的 0.2922%）有所增涨；保费综合水平中 99 元为大多数普惠险产品制定的缴费标准。保费最小值为 10 元，该保费来源于内蒙古包头市“鹿城保”等对于特殊人群 10 元/年的缴费水平；年度缴纳最高值为 365 元，该保费来源于深圳“专属医疗险”，综合普惠险缴费水平充分体现了其“普惠”特征。

（二）缴费渠道政策现状

普惠险为互联网医疗保险时代下的产物，在 215 款普惠险产品中，几乎所有产品均支持线上微信小程序缴费，部分普惠险产品也支持参保人使用支付宝、本地宝、云闪付 App 或者代理人专属二维码等程序进行缴费，还有部分普惠险产

品也允许参保人进行线下缴费,支持医保个人账户缴费的线下缴费窗口一般设置在医疗保障局缴费窗口。

值得注意的是,在当前 215 款普惠险产品中,有 109 款产品支持医保个人账户缴费及家庭成员共济缴费,占当前在保状态普惠险的 50.70%。

个人账户为我国从以公费医疗为主的医疗保障模式向社会医疗保障模式的转变作出了重大贡献^[19],是我国城镇职工基本医保的重要组成部分。在个人账户运行的 20 多年中,个人账户资金从 2003 年的 291 亿元提高到 2020 年的 10096 亿元,人均个人账户资金结余在 17 年间提高了近 11 倍,由此可见个账整体运行稳定,但在运行过程中也暴露出个账结余过度的问题。

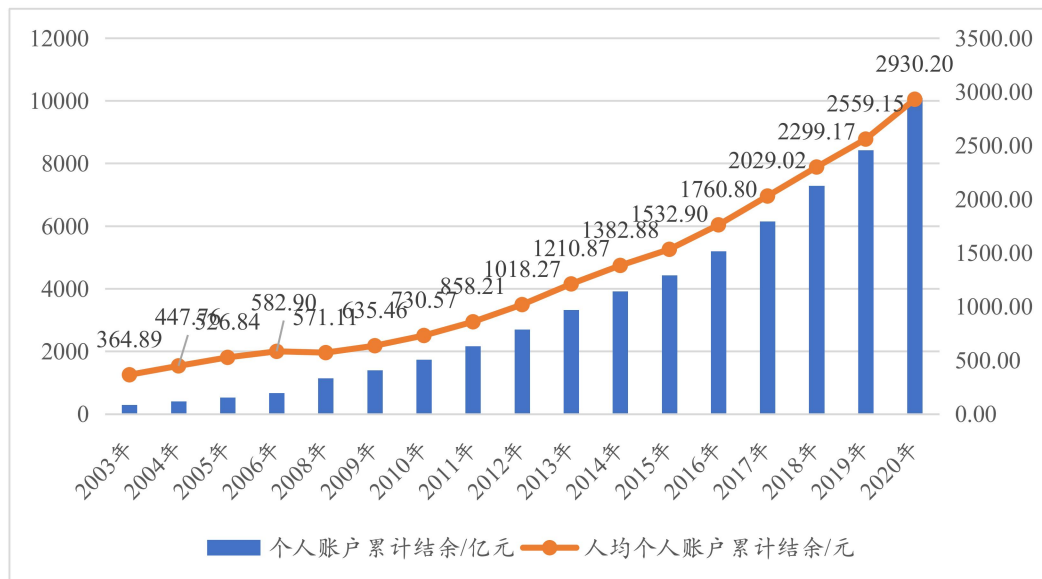


图 2-10 2003 年-2020 年全国个人账户累计结余情况^[20]

针对医保个人账户当前存在的问题。国家鼓励有条件的地区进行改革试点,于 2009 年颁布的《关于进一步加强基本医疗保险基金管理的指导意见》^[21] (人社部发〔2009〕67 号)中指出:有条件的统筹地区可以探索调整城镇职工基本医疗保险个人账户使用办法,试行城镇职工基本医疗保险门诊医疗费用统筹,逐步扩大和提高门诊费用的报销范围和比例,提高个人账户基金的使用效率。国务院办公厅于 2020 年 2 月发布《关于深化医疗保障制度改革的意见》^[22]提出要逐步将门诊费用纳入基本医保统筹支付范围,改革医保个人账户,这一改革的主要目的是解决个账累计结余过多的问题;在 2021 年 4 月 22 日,国务院办公厅发布《国务院办公厅关于建立健全职工基本医疗保险门诊共济保障机制的指导意见》

[23] (国办发〔2021〕14号)中进一步提出增强门诊共济保障功能,改进个人账户计入办法并规范个人账户使用范围,进一步为活化个人账户资金。

针对国家级文件中对个人账户使用范围所作的规定,当前个人账户使用范围主要集中在以下几个层面(1)支付参保人员在定点医疗机构或定点零售药店发生的政策范围内自付费用;(2)支付参保人员本人及其配偶、父母、子女在定点医疗机构就医发生的由个人负担的医疗费用,以及在定点零售药店购买药品、医疗器械、医用耗材发生的由个人负担的费用;(3)探索用于配偶、父母、子女参加城乡居民基本医疗保险等的个人缴费;(4)不得用于公共卫生费用、体育健身或养生保健消费等不属于基本医疗保险保障范围的支出。根据国家层面出台的对个人账户使用范围的规定,各省级层面也相继不同程度地调整各省市个人账户使用范围,范围调整主要聚焦在惠及家庭成员、延伸支付范围、将个人账户转为门诊统筹基金等。例如北京市医疗保障局发布《关于城镇职工基本医疗保险个人使用范围的补充通知》^[24]中明确个人账户探索用于支付参保人员本人及其配偶、父母、子女参加本市城乡居民基本医疗保险和长期护理保险的个人缴费,支持购买本市补充医疗保险。

为进一步体现普惠险的普惠性质,在政府背书参与、予以支持的情况下,54款普惠险产品允许使用医保个人账户为本人购买商业补充医疗保险,也可以为直系亲属缴纳保费(支持家庭成员共济),在普惠险中加入个账支付功能,不仅可以提高个账资金的使用效率,也可以切实提高民众的保障水平。需要注意的是,部分省市允许使用个人账户缴纳保费建立在一定的条件限制之上,例如浙江省发布的《关于进一步调整完善职工基本医疗保险个人账户有关政策的通知》(浙人社发〔2016〕62号)^[25]允许个账历年结余4000元以上部分用于购买政府规定目录中的商业健康险;江苏省南京市、南通市、泰州市、扬州市也对个人账户的使用进行了限制,例如南京市发布《关于调整职工医保个人账户使用范围有关工作的通知》(宁医发〔2021〕17号)^[26]参保人员医保个人账户资金累计结余超过3000元以上的部分,可为本人购买政府引导支持的商业补充医疗保险(如南京宁惠保)个人账户资金累计结余超过4000元以上的部分,可用于为在参加基本医疗保险的配偶、父母、子女购买政府引导支持的商业补充医疗保险;深圳市虽未明确发

文对医保个人账户使用进行限制，但是“深圳重疾险（2022年版）”要求医保个人账户使用的前提是医保个人账户余额达到上年度社平工资的5%（3632.4元）。图2-11为全国惠民保数量分布以及各省市允许使用个账进行保费缴纳的基本情况。

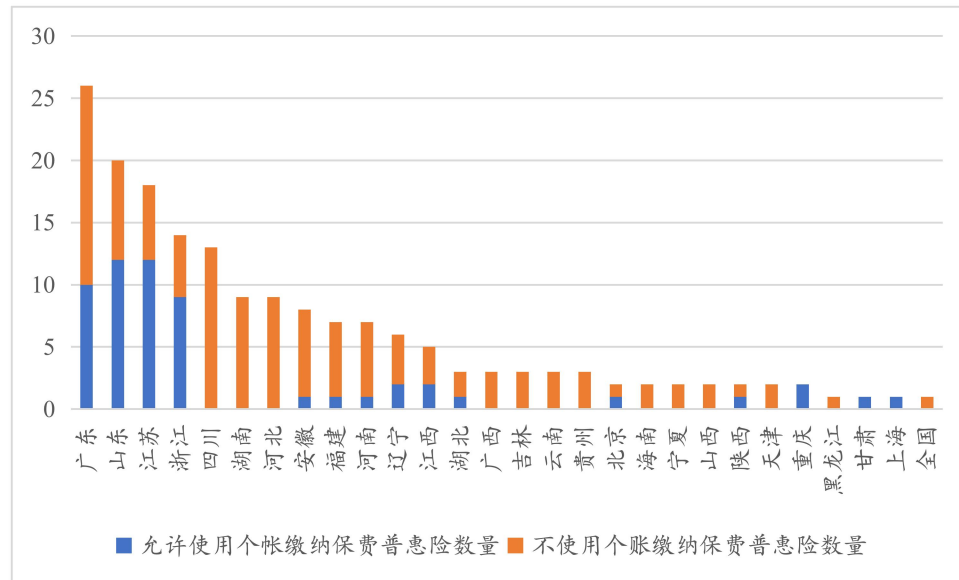


图 2-11 各省市普惠险个账开通缴纳保费数量

本研究根据各地对个人账户使用范围的相关文件以及普惠险保费缴纳是否允许个人账户支付两方面内容,将当前各地区个人账户购买普惠险的情况共分为4类,分别是:(1)省级层面鼓励支持医保个人账户支付商业补充医疗保险;(2)省级层面未明确指明个人账户是否可用于购买补充商业医疗保险,但是地市在文件中允许使用个人账户购买补充商业医疗保险;(3)省级、地市级层面均为明确说明个人账户使用范围包含为本人以及直系亲属购买补充商业医疗保险,但是在推出普惠险产品时,可以用个人账户购买普惠险产品;(4)省级、地市级层面均未明确说明个人账户使用范围包含为本人以及直系亲属购买补充商业医疗保险,其推出的普惠险产品也未能使用个人账户购买该产品。

四、普惠險保障情況

普惠险的保障情况包括保险的保障范围和待遇水平,即纳入赔付的费用范围和保险为参保人提供的赔付水平。保障范围主要依据医疗费用所属区间属于基本医疗保险政策范围内、外进行区分,部分普惠险单列特定高额药品这一保障范围并设定相应的待遇水平。保险的待遇水平主要通过每一部分保障范围下的费用免赔额、支付比例以及保额体现。本研究主要针对全国在保期间的普惠险的保障范

围和待遇水平进行概括性的阐述。

(一) 保障范围政策现状

普惠险产品的保障范围划分为属于社会医疗保险政策范围内且由基本医保、大病保险、医疗救助等报销后仍需个人承担的自付费用、社会医疗保险政策范围外的自费费用以及特定高额药品费用三类,还有一些普惠险产品在上述分类外还会引入一些特殊保障范围,具体包含针对健康管理的中医治未病特色服务、患者可根据需求自主选择的附加服务以及可在线问诊的互联网门诊医疗险。

如广东省“茂名市民保”、“梅州惠民保”增加了中医治未病的特殊保障。即被保险人在市内与联合承办公司签订专项合作协议的医疗机构进行中医“治未病”治疗,产生符合《中医诊疗服务特色项目表》规定的门诊医疗费用,年度内个人支付超过 500 元/1000 元后,按中医诊疗特色服务项目支付标准报销,单次报销限额 70 元,年度累计报销限额 500 元。“揭阳市民保”“湛江市民保”可选加油包,即增加 10 元可扩大保障范围,“湛江市民保”10 元可选责任是超高额医疗费用补偿和健康管理服务。“揭阳市民保”10 元可选加油包是基本医疗保险范围外住院医疗定额补偿费用:10 周岁及以下超过 500 元后 100%报销,保险金额 500 元,10 岁以上起付线 1 万,保障金额 200 元。“扬惠保”的互联网门诊医疗险:一般门诊指定互联网医院图文问诊报销 100%、中药门诊的互联网线上视频问诊报销 50%、一般门诊药品在线直付首次报销 100%,后续报销 70%,单次限额 1000 元,年度赔付限额 2 万元、中药门诊药品直付报销 50%,年度赔付限额 1 万元。

当前 264 款普惠险(由于存在一种普惠险会推出多款不同价位或保障范围的产品,故 215 款普惠险实际存在 264 种不同的普惠险产品)将其按保障责任分为以下 7 类:

- (1) 仅保障自付费用;
- (2) 仅保障自费费用;
- (3) 仅保障特定高额药品费用;
- (4) 保障自付费用、特定高额药品费用;
- (5) 保障自付费用、自费费用;

(6) 保障自费费用、特定高额药品费用；

(7) 保障自付费用、自费费用、特定高额药品费用。

具体各类保障范围普惠险产品占比见下图。

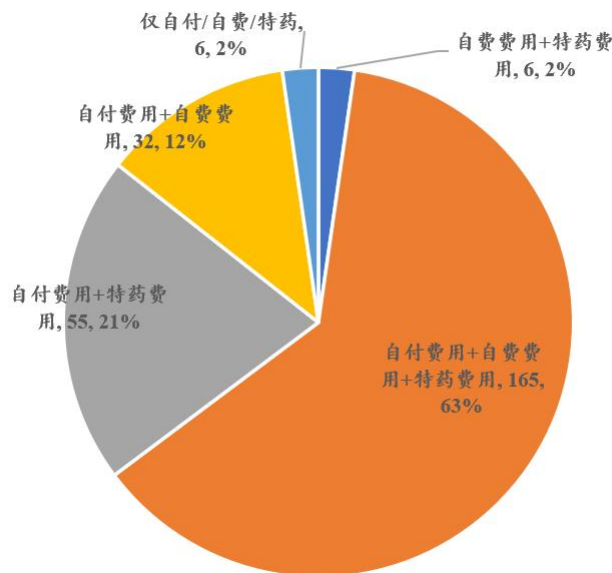


图 2-12 264 款普惠险产品的保障范围占比分析

根据上图，目前全国普惠险的保障范围主要集中在①保障自付费用、自费费用以及特定高额药品费用（占比 63%）；②保障自付费用、特定高额药品费用（占比 21%）；③保障自付费用、自费费用（占比 12%）三类。保障范围内包含特定高额药品费用的保险共有 228 款，占比 86.36%，其中“海南乐城特药险”1 款产品仅针对特定高额药品进行保障。

（二）待遇水平政策现状

从总体来看，为吸引客户续保，提高参保率，部分产品会在产品免赔额或者支付比例上面对于续保客户有优待政策。对于续保客户条件可分为：续保、连续参保、次年续保、连续三年参保、连续参保且无既往理赔、续保且无赔付的非既往客户。不同的产品对于续保的条件也有所不同，但多数产品把续保和首次参保的支付比例待遇差别设置在 1%-5% 之间，如“云浮惠民保”升级款中对于目录内的支付比例 80%，续保客户提升至 85%；“揭阳市民保”基础版目录内赔付比例 80%，连续参保无理赔 85%。对于首次参保和续保客户的免赔额设置，一般

续保客户的免赔额低于首次参保客户免赔额。以及部分产品会考虑到特困人群，对于特困人群的免赔额待遇也分为两种：与续保客户待遇相同或单独设置比一般客户低的免赔额。如“淄博齐惠保”住院医保费用保障：2 万，低保和特困 1 万，直系亲属以家庭为单位，第一个理赔 2 万，第二个 1 万，剩余 0 元；山西的“晋惠保”目录内外免赔额共享 2 万，续保、特困人员 1.8 万。

1.普惠险免赔额设置

本研究对 264 款普惠险产品待遇水平进行梳理，在免赔额设定上，多数普惠险以年为单位设置固定的金额，即参保人医疗费用达到免赔额后，后续产生的医疗费用按比例进行赔付，计算方式包括各项范围责任分别设定免赔额和多项责任共享免赔额两类。另有少数普惠险的免赔额设置以次或天数为单位、或免赔额金额参照当地大病保险起付线等。本研究按照设定方式的不同将普惠险分为①年度固定免赔额和②其他类型两类。

①年度固定免赔额

以年为单位设置固定定额免赔是目前普惠险待遇水平设计的主流方式，其中多数产品对自付费用、自费费用两项保障责任分别设定免赔额，具体情况如下图所示：

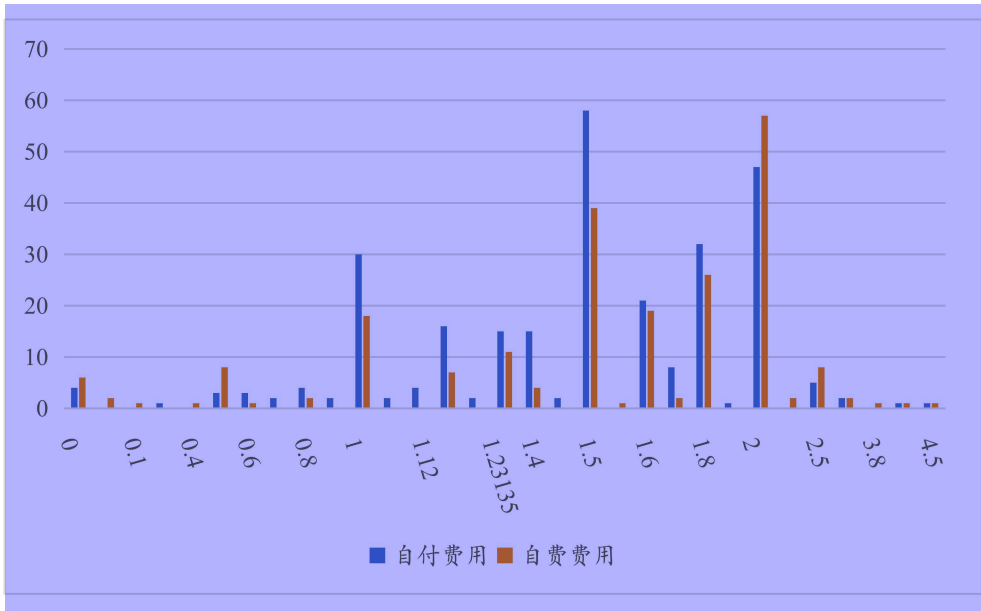


图 2-13 普惠险免赔额设置情况（万元）

在数值的设定上，普惠险自付费用的免赔额主要集中在 1.5 万元和 2 万元；自费费用免赔额的设置集中在 2 万元，共有 105 款保险；。

此外，还有部分普惠险产品对各项责任累加计算免赔额，即参保人多项责任范围内的费用累加达到免赔额后，其余费用可按比例赔付。例如山西晋惠保是自付、自费、特药三项责任累加免赔额。

②其他类型

越惠保3款产品（越惠保、北京普惠健康保、台州利民保）强调普惠险与大病保险的衔接，免赔额与当地大病保险起付线一致。此外有个别普惠险在免赔额设置上区分职工和居民参保人，湖北黄冈的“黄惠保”城镇职工的自付保障责任免赔额设置为0.6万元，低于城乡居民的1.2万元。“河源市民保”设置职工免赔额11000元，城乡居民参保人免赔额12313.5元。部分产品按年龄段设置免赔额，如“山东新民保”医保目录内规定40岁及以下免赔额为1.3万元，40岁以上1.8万。

2.普惠险支付比例设置

普惠险规定对各项保障责任扣除免赔额后按一定支付比例赔付，支付比例的设定主要差异主要在于参保人是否患有既往症，264款普惠险中，有125款产品规定既往症可以参保但支付比例降低。

①健康人群支付比例

对于健康体的支付比例设定，多数普惠险对产品的自付费用、自费费用分别设置支付比例，具体情况见下图，两类费用的支付比例分布在10%~100%之间。

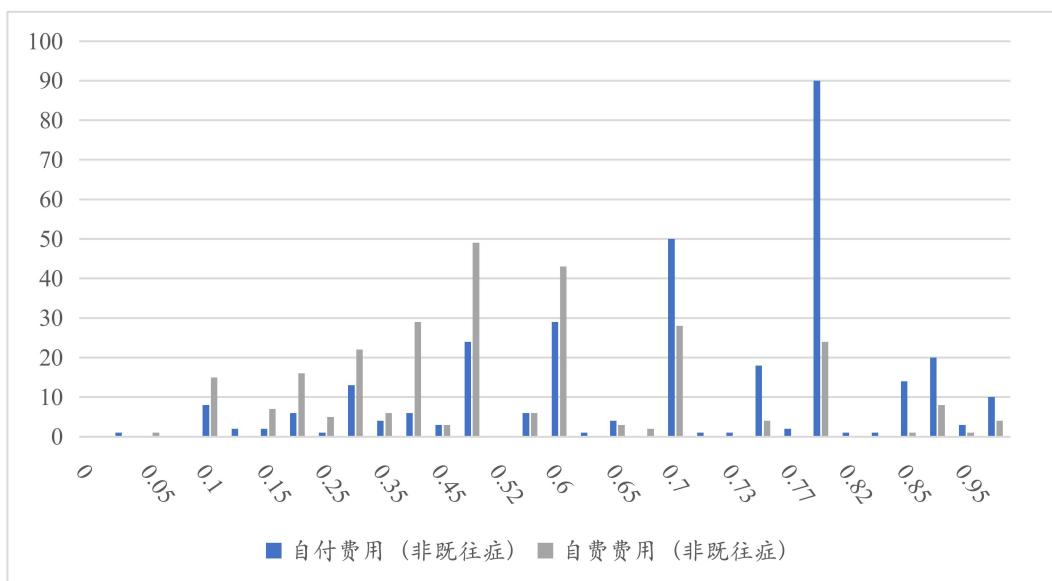


图 2-14 普惠险支付比例设置情况

自付费用的支付比例主要集中在 50%、60%、70%以及 80%；自费费用的支付比例主要分布在 30%~80%之间。除直接设定支付比例之外，有约 16%的产品在自付外的费用的支付比例设定依照医疗费用变化，产生的医疗费用越高，支付比例越高。

②既往症患者支付比例

在数值的设定上，普惠险自付费用健康体的支付比例大多设置在 10%-100%，既往症患者支付比例均值约为 35.5%；自费费用健康体支付比例主要分布在 10%-100%，既往症患者支付比例均值约为 25.27%。

3.普惠险保额设置

对于普惠险保额的设置与免赔额类似，通常分为各项责任分别设置保额、多项责任共享保额和不设置保额三种情况。普惠险对费用的保额设置分布多在 10 万元到 200 万元之间，主要集中在 50 万元、100 万元、150 万元和 200 万元。

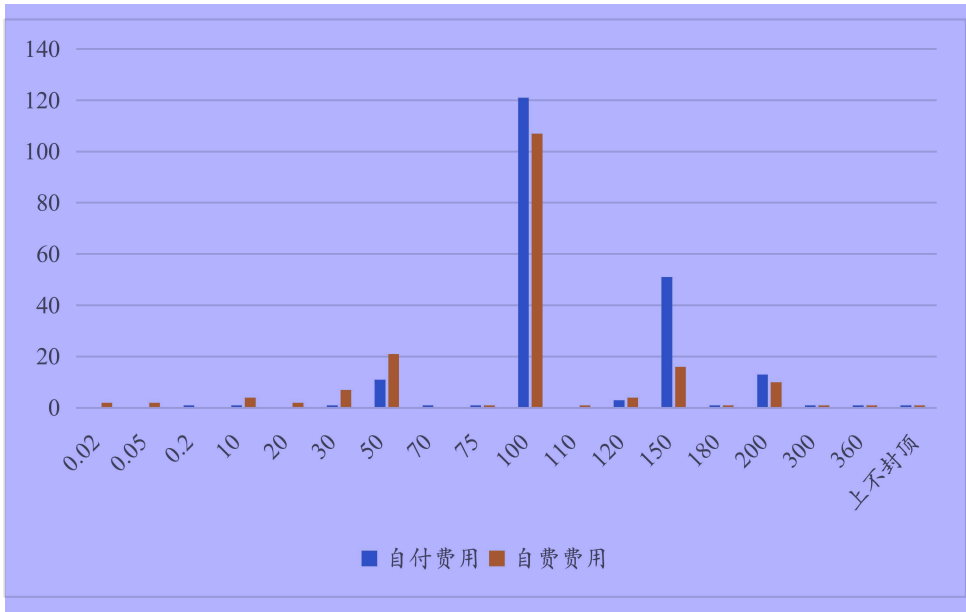


图 2-15 普惠险保额设置情况 (万元)

另有约 4%的普惠险多项责任共享保额，例如四川遂宁的“惠遂保”自付自费、特药三项责任共享 200 万元保额；成都“惠蓉保”，自付自费、特药三项责任共享 100 万元保额；“淄博齐惠保”自付自费共享 150 万保额。另有浙江丽水的“浙丽保”自付费用和自费费用不设保额封顶线，上不封顶。

(三) 产品保费收支情况

2020 年是普惠险元年，2020 年我国共有 23 省 179 个地市上线普惠险，累计超 4000 万人参保，保费收入超 50 亿元^[27]。2021 年共有 28 省 244 个地市上线普惠险，覆盖 1.4 亿人次，保费收入 140 亿元^[28]。2022 年保费收入 178 亿元²⁹。

2020 年、2021 年、2022 年我国基本医疗保险基金收入分别为 24846 亿元、28710.28 亿元、30922.17 亿元，普惠险保费收入分别为当年医保基金收入的 0.2%、0.49%、0.58%（见图 2-16）。

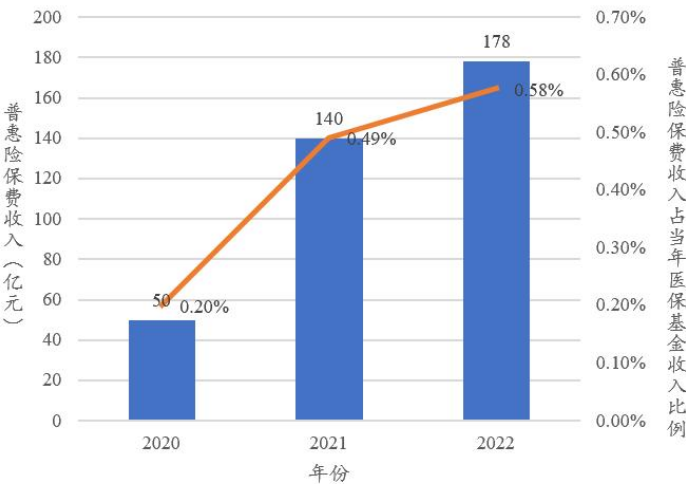


图 2-16 2020~2022 年普惠险保费收入及占当年医保基金收入情况

从赔付角度来看，由于普惠险产品信息披露的不完整性，基于数据可获得，对普惠险产品进行追踪调查，得到以下五种普惠险 2022 年度运行情况和 2021 年度相比较，可以看出这五种普惠险 2022 年度的赔付率都有所增长，其中“西湖益联保”赔付率超过 100%。由于浙江省在《关于进一步推进商业补充医疗保险促进共同富裕示范区建设的通知》提出，浙江省各款普惠险的赔付率要达到协议赔付率 90%以上，因此浙江省的普惠险赔付率相对较高。

表 2-7 部分普惠险 2022 年参保人数、保费收入、赔付情况

省份	地市	产品名称	2021 年度参保人数 (万人)	2022 年度参保人数 (万人)	2021 年平均保费 (元)	2022 年平均保费	2021 年保费收入 (万元)	2022 年保费收入 (万元)	2021 年赔付金额 (万元)	2022 年赔付金额 (万元)	2021 年实际赔付率	2022 年实际赔付率
浙江	湖州	南太湖健康保	175	197.27	100	85	17522	16767.95	14822	18200	84.59 %	92.14%

浙江	嘉兴	嘉兴大病无忧	268	277.126	100	100	26800	27712.6	22100	24555.37	82.46%	88.61%
浙江	衢州	惠衢保	238	186.12	100	100	23762	18611.54	15600	16754.16	65.65%	90.02%
浙江	杭州	西湖益联保	470	496.5	125	125	58768	70507.45	37800	72844.66	64.32%	103.31%
浙江	绍兴	越惠保	471	325.8075	100	100	47143	32580.75	11005	29435.58	23.34%	93.00%

表 2-8 部分普惠险规定经办费率

地市	保险名称	规定经办费率	地市	保险名称	规定经办费率
浙江衢州	惠衢保	25%以内	浙江湖州	南太湖健康保	7%以内
浙江绍兴	越惠保	10%~15%	浙江嘉兴	嘉兴大病无忧	10%~15%
浙江丽水	浙丽保	5%以内	浙江宁波	天一甬宁保	10%~15%
广东深圳	重疾险	5%以内	江苏南通	医保南通保	10%以内
广东肇庆	肇福保	8%以内	山东潍坊	潍坊惠民保	5%以内
广东广州	穗岁康	8%以内	山东菏泽	惠菏保	15%以内

五、普惠险特药保障

(一) 特药保障情况

通过梳理 2023 年 12 月底前普惠险的特药目录情况，其中有特药保障的普惠险数量有 172 种，占比 85.15%。对比 2022 年特药保障开展情况，具有特药保障的产品数量增多。可以看出，大部分普惠险均包含特药保障，占全国普惠险数量的 80%以上，且新增普惠险也大多数包含特药保障。

1.特药保障免赔额情况

不同的产品对于其特药保障免赔额的设定也有所不同。通过梳理，在目前的普惠险产品中特药保障的免赔额在 0-2 万之间，且大部分产品将其特药免赔额设置为 0 元。

除此之外，为进一步减轻家庭就医负担和提高参保率，部分普惠险采取共用免赔额和针对连续续保民众的差异化免赔额的措施。从共用免赔额来看，主要分为以家庭为单位差异化设置免赔额和家庭共享免赔额两种情况，如“淄博齐惠保”

以家庭为单位差异性设置免赔额金额，规定家庭成员第一个免赔额为 2 万，第二位 1 万，第三位及剩余成员 0 元，来吸引用户，提高参保率。宁惠保可以家庭共享免赔额，即家庭直系亲属成员（不超过 7 人）参保的，在同一保质期内各责任免赔额以家庭合并累计。以及针对连续续保民众所采取的降低免赔额措施，有助于进一步提高续保率，如四川遂宁的惠遂保：首次参保免赔额为 1.8 万，续保用户免赔额为 1.5 万。

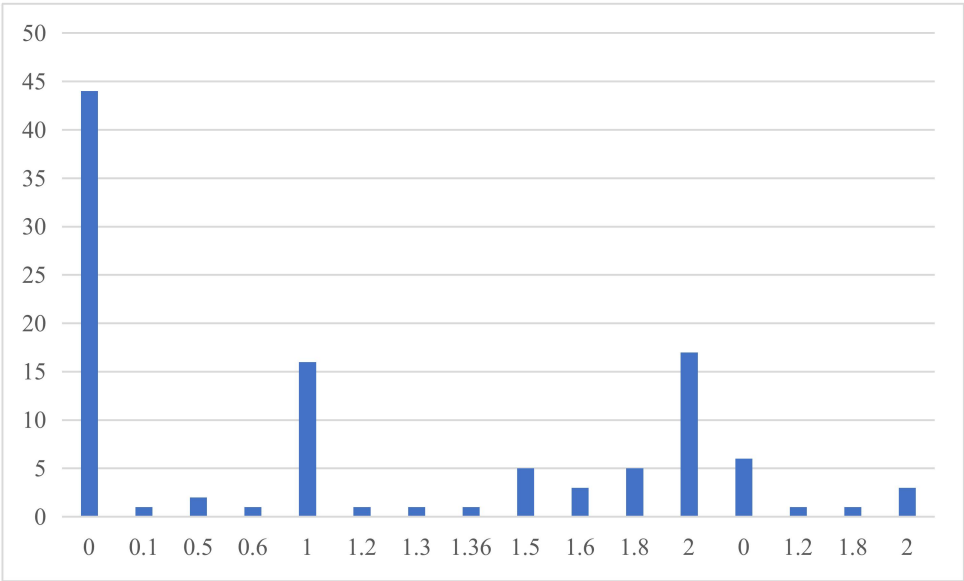


图 2-17 普惠险中特药免赔额分布情况（万元）

2.特药保障支付比例情况

对特药保障中的支付比例进行梳理，其中 61 种普惠险在支付比例上无条件限制，支付比例在 30%-100%之间，但大部分普惠险产品会对健康人群和既往症的支付比例进行区分，其中对于既往症患者的支付比例多在 0-60%之间，且设定既往症患者支付比例集中在 30%，而对于非既往症人群的支付比例集中在 80%。除通过区分既往和非既往症人群外，部分普惠险产品以特药费用和患者年龄分段设置不同的报销比例，如山东淄博的“淄博齐惠保”：当特药费用在 2-5 万时报销 60%，5-10 万报销 70%，10-20 万报销 80%，20 万以上报销 90%。当患者年龄在 22 岁以下时提高各段报销比例，2-5 万报销 70%，5-10 万报销 80%，10 万以上报销 90%。以及一些产品会在支付比例上设置连续参保用户报销比例高于首次参保用户，以此来吸引顾客连续参保，如浙江舟山舟惠保：2024 年规定连续参保不足 3 年的人员报销比例为 50%，连续三年参保的报销比例为 55%；广东

河源市民保：特药报销比例为 80%，续保客户提升至 85%等。

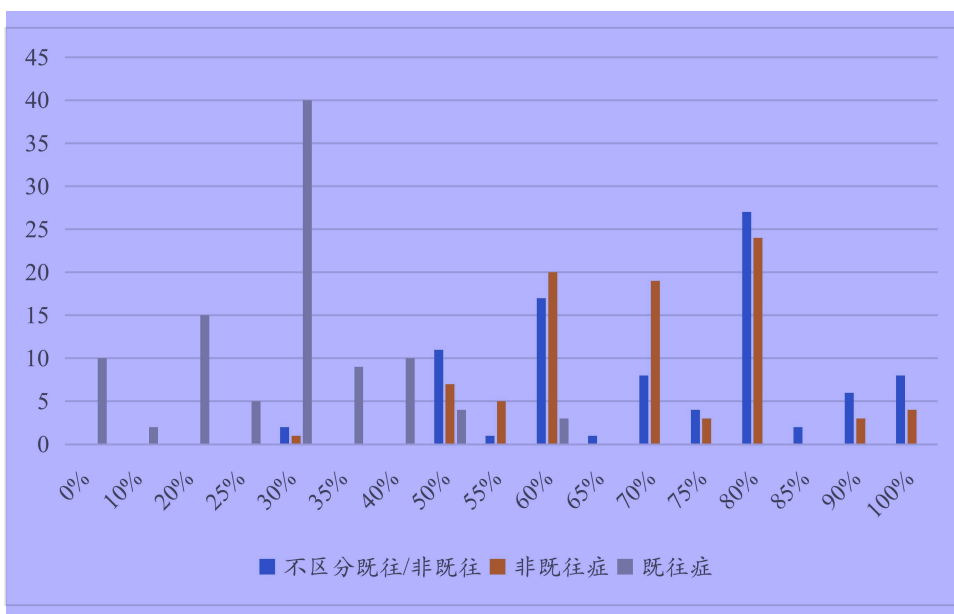


图 2-18 普惠险中特药支付比例分布情况

3.特药保障保额情况

通过对普惠险特药保障金额进行梳理，保额大部分集中在 100 万，其中共有 106 款产品特药保障金额为 100 万，占比 61.63%。部分普惠险在保额上也对参保人群进行的分类，设置连续参保的用户保额高于首次参保的用户，如浙江舟山的“舟惠保”，首次参保用户保额 50 万，连续参保用户保额 60 万等。同支付比例和免赔额一样，部分产品也会对于既往症和非既往症的保额进行区分，设置非既往症的保额高于既往症人群保额。

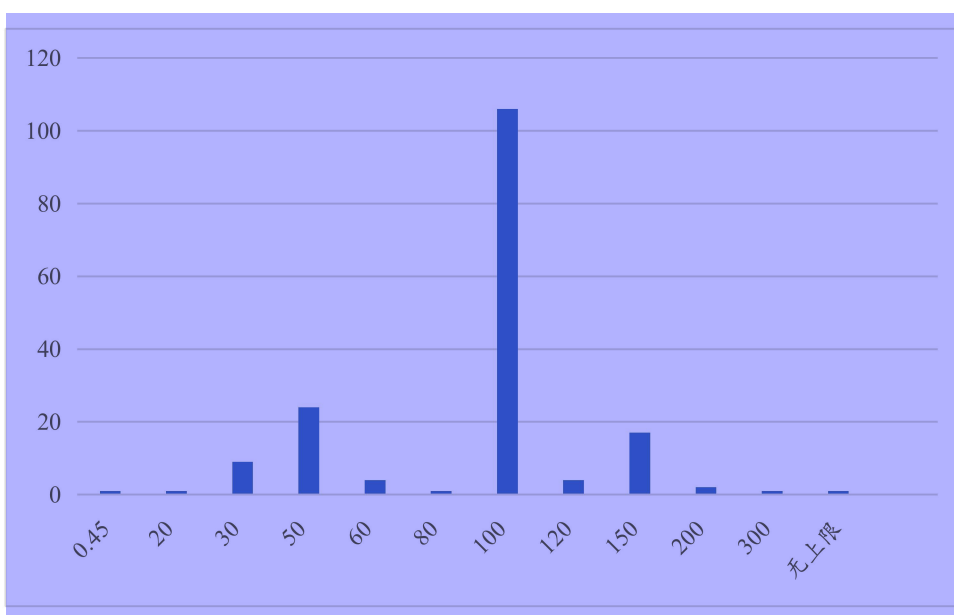


图 2-19 普惠险特药保额分布情况（万元）

4.特药赔付情况

从理赔规模来看，目前特药的理赔具有较高的集中度，赔付集中在特药目录中的部分药品；而整个特药理赔规模仅占惠民保所有赔付规模的 8%~9%，一般不超过 10%，典型地区的惠民保特药的赔付情况见下图。可以看出其实特药赔付比例占普惠险总体理赔较低。

基于数据的披露程度较低，相关创新药品和创新药械的赔付数据可获得性不高。根据保险行业发布的报告，2021 年全国惠民保的药品中赔付金额前五名的药品分别为可瑞达（帕博丽珠单抗）、爱博新（哌柏西利）、爱普盾（肿瘤电场治疗）、欧狄沃（纳武利尤单抗）、则乐（甲苯磺酸尼拉帕利），占特药总赔付金额的 67%。而赔付人数前五名的药品分别为爱博新（哌柏西利）、可瑞达（帕博丽珠单抗）、则乐（甲苯磺酸尼拉帕利）、欧狄沃（纳武利尤单抗）、百泽安（替雷利珠单抗），占总赔付人数的 65%^[30]。通过统计分析特药的 2023 年理赔金额数据情况，赔付金额 Top5 的产品分别为爱普盾（肿瘤电场治疗）、可瑞达（帕博丽珠单抗）、英飞凡（度伐利尤单抗注射液）、泰圣奇（阿替利珠单抗注射液）、普吉华（普拉替尼胶囊），这 5 个产品的赔付金额占特药总理赔金额的 51% 左右。

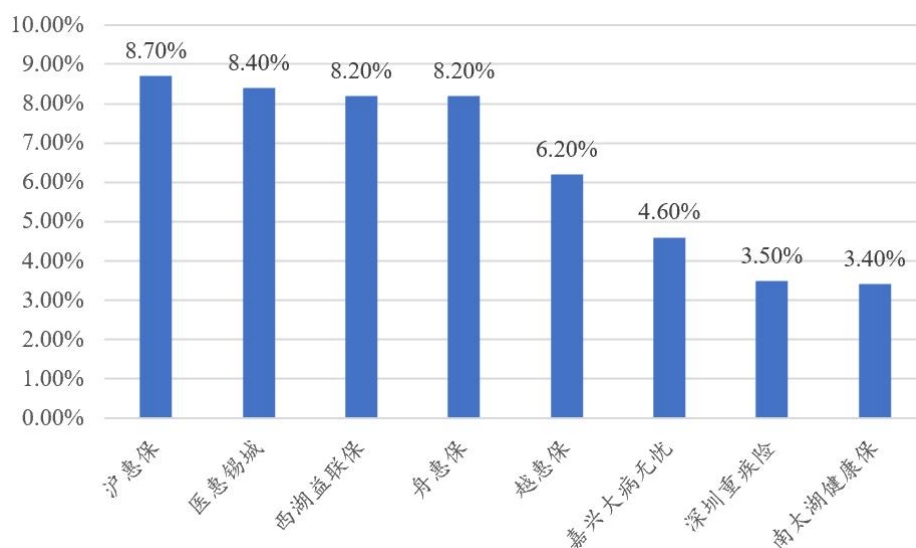


图 2-20 8 款惠民保产品特药赔付金额在赔付总额中的占比

(二) 普惠险特药纳入现状分析

1.特药数量增多，保障范围扩大

对纳入研究的普惠险药品目录进行梳理，目前上市的普惠险中共纳入 546

个药品（其中包括部分特殊食品、创新疗法和医疗器械）。其中特药保障范围除药品之外、新技术、新疗法也被部分普惠险纳入特药保障范围内，如深圳的鹏城保特药部分包含“港澳药械通”药品。目前，广东省药品监督管理局、广东省卫生健康委员会已发布五批粤港澳大湾区内地临床急需进口港澳药品医疗器械目录，共 29 种药品和 22 种器械，这些引进的药品包括抗肿瘤新型原研药、罕见病用药、儿童用药、中毒急救药物、慢性病用药物等；医疗器械包括眼科辅助用械、辅助听觉用械、外科手术用械等。国家发布的关于推动港澳药械通的相关政策，将内地药品监管体系与港澳药品监管体系有效衔接起来，方便港澳居民在内地就医。以及北京普惠健康保在其特药责任中纳入 65 种海外特药，指定其购药医院范围，即在海南博鳌乐城指定医疗机构就诊并开具的特定药品。

此外，部分创新疗法如爱普盾（肿瘤电场治疗）；特殊食品如苯丙酮尿症患者治疗所需特殊疗效食品；特殊医疗器械如人工耳蜗植入体、智能心电衣等也被纳入特药目录的保障范围，这在一定程度上，提高了创新药品、疗法和医疗器械的可及性，满足患者多样化的就医用药需求。

本研究从药品的治疗领域、医保准入情况、纳入普惠险数量、创新药品占比情况等角度对药品目录进行梳理。

表 2-9 我国普惠险特药治疗领域分布情况

类型	数量
恶性肿瘤	296
罕见病	65
免疫疾病	34
抗感染药	30
消化道及代谢用药	23
精神疾病	19
慢性病	16
肌肉骨骼系统和结缔组织疾病	10
心血管疾病	8
血液和造血器官疾病	8
眼和附器疾病	6
呼吸系统疾病	4
泌尿生殖系统疾病	4
皮肤和皮下组织疾病	2
其他	13

从药品的治疗领域来看，目前纳入全国普惠险的 538 个药品中，主要以恶性

肿瘤用药和罕见病用药为主。恶性肿瘤用药数量达到 296 个，药品数量最多，占比达 55%；罕见病用药 65 个，占比达 12%。

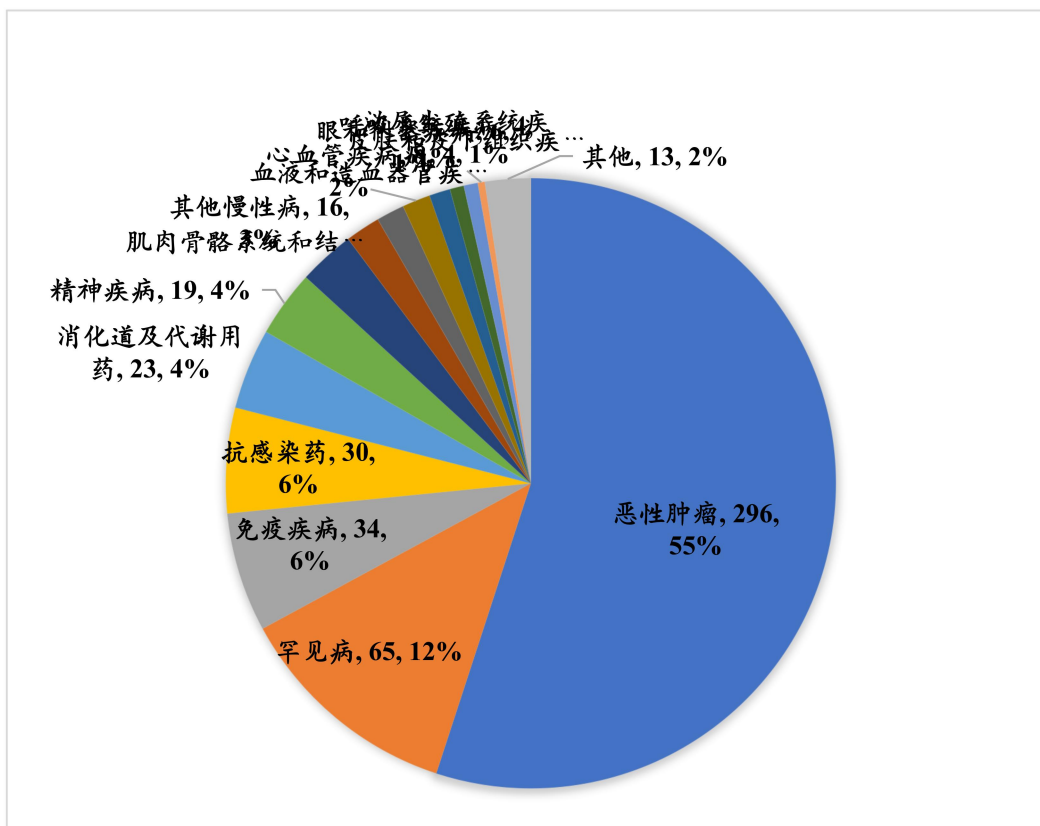


图 2-21 我国普惠险特药治疗领域分布情况

2. 创新药品

目前有部分普惠险产品在进行药品谈判的过程中着重强调创新药品的准入，创新药品由于尚在专利期内往往价格较为高昂，并且由于其创新的特点存在着一定的不可替代性。根据“浙丽保”2021 年药品谈判申报公告^[1]，公开要求纳入药品谈判申报的药品需要满足三点：①纳入我省周边地市商业补充医疗保险保障范围的高值药品，经申请纳入本次“2021 年浙丽保”药品谈判；②属于临床必需、疗效确切的抗恶性肿瘤药品；③2019 年以后新批准的国家 1 类新药。“浙丽保”2022 年药品谈判申报公告^[31]的药品准入条件在 2021 年要求的基础上增加了第四条：全民健康补充医疗保险工作领导小组认为需要纳入的其他药品。综合来看，“浙丽保”倾向于高值药品、恶性肿瘤用药、以及近年的国家 1 类新药。本研究梳理了 2019 年批准的 1 类新药，分析该类药品的普惠险纳入情况、药品治疗领域情况。

表 2-10 2019 年后批准的国家 1 类新药纳入普惠险情况

年份	药品通用名	治疗疾病	是否纳入普惠险
2019	注射用卡瑞利珠单抗	恶性肿瘤	是
2019	聚乙二醇洛塞那肽注射液	糖尿病	否
2019	本维莫德乳膏	银屑病	否
2019	可利霉素片	抗感染药	否
2019	甘露特纳胶囊	阿尔兹海默症	否
2019	甲磺酸氟马替尼片	恶性肿瘤	是
2019	替雷利珠单抗注射液	恶性肿瘤	是
2019	甲苯磺酸尼拉帕利胶囊	恶性肿瘤	是
2019	注射用甲苯磺酸瑞马唑仑	麻醉药	否
2020	泽布替尼胶囊	恶性肿瘤	是
2020	奥布替尼片	恶性肿瘤	是
2020	甲磺酸阿美替尼片	恶性肿瘤	是
2020	盐酸恩沙替尼胶囊	恶性肿瘤	是
2020	氟唑帕利胶囊	恶性肿瘤	是
2020	索凡替尼胶囊	恶性肿瘤	是
2021	奥雷巴替尼片	恶性肿瘤	是
2021	艾米替诺福韦片	乙肝	否
2021	普拉替尼胶囊	恶性肿瘤	是
2021	艾诺韦林片	艾滋病	否
2021	帕米帕利胶囊	恶性肿瘤	是
2021	阿兹夫定片	艾滋病	否
2021	海曲泊帕乙醇胺片	贫血	否
2021	赛沃替尼片	恶性肿瘤	是
2021	甲苯磺酸多纳非尼片	恶性肿瘤	是
2021	利司扑兰口服溶液用散	罕见病：脊髓性肌萎缩症（SMA）	是
2021	康替唑胺片	抗感染药	否
2021	甲磺酸伏美替尼片	恶性肿瘤	是
2021	西格列他钠片	糖尿病	否
2021	注射用磷酸左奥硝唑酯二钠	抗感染药	否
2021	海博麦布片	胆固醇	否
2021	注射用磷丙泊酚二钠	麻醉药	否
2021	优替德隆注射液	恶性肿瘤	是
2021	苹果酸奈诺沙星氯化钠注射液	抗感染药	否
2021	甲苯磺酸奥马环素片	抗感染药	否
2021	注射用甲苯磺酸奥玛环素片	抗感染药	否
2021	恩沃利单抗注射液	恶性肿瘤	是
2021	注射用维迪西妥单抗	恶性肿瘤	是
2021	瑞基奥仑塞注射液	恶性肿瘤	是
2021	派安普利单抗注射液	恶性肿瘤	是

2021	赛帕利单抗注射液	恶性肿瘤	是
2021	注射用泰它西普	系统性红斑狼疮	是
2021	舒格利单抗注射液	恶性肿瘤	是
2021	坤心宁颗粒	中成药	否
2021	芪蛭益肾胶囊	中成药	否
2021	玄七健骨片	中成药	否
2021	银翘清热片	中成药	否
2021	虎贞清风胶囊	中成药	否
2021	解郁除烦胶囊	中成药	否
2022	奥木替韦单抗注射液	狂犬病	否
2022	斯鲁利单抗注射液	恶性肿瘤	是
2022	卡度尼利单抗注射液	恶性肿瘤	是
2022	普特利单抗注射液	恶性肿瘤	是
2022	佩索利单抗注射液	银屑病	是
2022	阿布昔替尼片	皮炎	是
2022	替戈拉生片	食管炎	是
2022	维立西呱片	心力衰竭	否
2022	瑞维鲁胺片	恶性肿瘤	是
2022	非奈利酮片	肾病	否
2022	多格列艾汀片	糖尿病	否
2022	盐酸托鲁地文拉法辛缓释片	抑郁症	是
2022	林普利塞片	恶性肿瘤	是
2022	甲苯磺疏胺注射液	肺癌气管阻塞	否
2022	淫羊藿素软胶囊	恶性肿瘤	是
2022	广金钱草总黄酮胶囊	尿结石症	否
2022	参葛补肾胶囊	中成药	否
2023	艾诺米替片	HIV-1 感染	否
2023	琥珀酸莫博赛替尼胶囊	非小细胞肺癌	是
2023	先诺特韦片/利托那韦片组合包装	新冠病毒感染	否
2023	氢溴酸氘瑞米德韦片	新冠病毒感染	否
2023	盐酸凯普拉生片	十二指肠溃疡、反流性食管炎	否
2023	阿得贝利单抗注射液	小细胞肺癌	是
2023	谷美替尼片	非小细胞肺癌	是
2023	来瑞特韦片	新冠病毒感染	否
2023	艾贝格司亭 a 注射液	中性粒细胞减少症	是
2023	葎草花粉变应原皮肤点刺液	葎草花粉过敏原检测	否
2023	黄花蒿花粉变应原皮肤点刺液	黄花蒿花粉过敏原检测	否
2023	白桦花粉原皮肤点刺液	白桦花粉过敏原检测	否

2023	奥磷布韦片	慢性丙型肝炎	是
2023	泽贝妥单抗注射液	淋巴瘤	是
2023	甲磺酸贝福替尼胶囊	非小细胞肺癌	是
2023	伏罗尼布片	肾细胞癌	是
2023	参郁宁神片	抑郁症	否
2023	安奈拉唑钠肠溶片	十二指肠溃疡	否
2023	伊鲁阿克片	非小细胞肺癌	是
2023	磷酸瑞格列汀片	2 型糖尿病	否
2023	奥特康唑胶囊	外阴阴道假丝酵母菌病	否
2023	培莫沙肽注射液	贫血	否
2023	拓培非格司亭注射液	中性粒细胞减少症	否
2023	伊基奥仑赛注射液	骨髓瘤	是
2023	培莫沙肽注射液	肾脏病	否
2023	托莱西单抗注射液	高胆固醇血症	否
2023	舒沃替尼片	非小细胞肺癌	是
2023	纳鲁索拜单抗注射液	骨巨细胞瘤	是
2023	小儿紫贝宣肺糖浆	支气管炎	否
2023	注射用埃普奈明	骨髓瘤	否
2023	纳基奥仑赛注射液	白血病	是
2023	伯瑞替尼肠溶胶囊	非小细胞肺癌	是
2023	地达西尼胶囊	失眠	否
2023	索卡佐利单抗注射液	宫颈癌	否
2023	氟可来昔替尼片	银屑病	否
2023	甲苯磺酸利特替替尼胶囊	斑秃	否
2023	通络明目胶囊	中成药	否

根据上表，2019 年后我国批准上市的国家 1 类新药共有 102 个，以恶性肿瘤用药为主，共 46 个，占比 45.10%；罕见病用药 1 个；其他药品包含艾滋病用药、麻醉药、抗感染药、中成药等。102 个药品中共有 49 个药品纳入普惠险特药目录，除治疗罕见病脊髓性肌萎缩症（SMA）的利司扑兰口服溶液用散和注射用泰它西普等 6 个药品外，其他 43 个药品均为恶性肿瘤用药，一类创新中恶性肿瘤药品纳入普惠险的占比为 91.3%。可见，药品的创新性是普惠险产品在特药纳入过程中的一个重要考量维度。

3. 医保准入

① 普惠险是基本医保的有效衔接

从整个普惠险药品目录的角度来看，恶性肿瘤用药占比十分突出，2022 年纳入普惠险前 5 名的药品均为医保自费费用的恶性肿瘤原研药。且这 5 个药品均

是 2020 年获得医保谈判资格的药品，在医保谈判过程中由于价格等因素没有成功进入医保目录的药品，亟需商业保险对这类药品的医疗费用作出补充。

同时也可以看出近年来我国药品创新研发能力显著提升。2022 年普惠险药品目录前 50 的产品中有 20 个为国产药品，占比 40%，其中包含创新疗法肿瘤电场治疗产品“爱普盾”等。

表 2-11 2022 年 12 月份纳入普惠险特药目录前 50 的药品情况

商品名	通用名	治疗疾病	仿制/ 原研	进口/ 国产	是否已在 国内上市	2021 医 保目录	2020 医 保目录	纳入惠民 保数量
欧狄沃	纳武利尤单抗注射液	恶性肿瘤	原研	进口	是	目录外	目录外	147
英飞凡	度伐利尤单抗注射液	恶性肿瘤	原研	进口	是	目录外	目录外	146
爱博新	哌柏西利胶囊	恶性肿瘤	原研	进口	是	目录外	目录外	144
赫赛莱	恩美曲妥珠单抗	恶性肿瘤	原研	进口	是	目录外	目录外	144
泰圣奇	阿替利珠单抗注射液	恶性肿瘤	原研	进口	是	目录外	目录外	142
唯可来	维奈克拉片	恶性肿瘤	原研	进口	是	目录外	目录外	119
可瑞达	帕博利珠单抗	恶性肿瘤	原研	进口	是	目录外	目录外	117
擎乐	瑞派替尼片	恶性肿瘤	原研	进口	是	目录外	目录外	114
普吉华	普拉替尼胶囊	恶性肿瘤	原研	国产	是	目录外	目录外	113
安适利	维布妥昔单抗	恶性肿瘤	原研	进口	是	目录外	目录外	109
费蒙格	地加瑞克	恶性肿瘤	原研	进口	是	目录外	目录外	101
倍利妥	注射用贝林妥欧单抗	恶性肿瘤	原研	国产	是	目录外	目录外	99
兆珂	达雷妥尤单抗注射液	恶性肿瘤	原研	进口	是	谈判	目录外	88
爱普盾	肿瘤电场治疗	恶性肿瘤	原研	进口	是	目录外	目录外	87
爱谱沙	西达本胺片	恶性肿瘤	原研	国产	是	谈判	谈判	87
艾瑞卡	注射用卡瑞利珠单抗	恶性肿瘤	原研	国产	是	谈判	谈判	84
沃瑞沙	赛沃替尼	恶性肿瘤	创新药	国产	是	目录外	目录外	82
百泽安	替雷利珠单抗	恶性肿瘤	原研	国产	是	谈判	谈判	80
拓益	特瑞普利单抗注射液	恶性肿瘤	原研	国产	是	谈判	谈判	80
利普卓	奥拉帕利片	恶性肿瘤	原研	进口	是	谈判	谈判	80
逸沃	伊匹木单抗注射液	恶性肿瘤	原研	进口	是	目录外	目录外	80
奕凯达	阿基仑赛注射液	恶性肿瘤	仿制	国产	是	目录外	目录外	79

耐立克	奥雷巴替尼片	恶性肿瘤	创新药	国产	是	目录外	目录外	76
倍诺达	瑞基奥仑赛注射液	恶性肿瘤	创新药	国产	是	目录外	目录外	72
迈维宁	注射用盐酸美法仑	恶性肿瘤	原研	进口	是	目录外	目录外	67
泰瑞沙	甲磺酸奥希替尼片	恶性肿瘤	原研	进口	是	谈判	谈判	63
达伯坦	佩米替尼片	恶性肿瘤	原研	进口	是	目录外	目录外	63
择捷美	舒格利单抗注射液	恶性肿瘤	创新药	国产	是	目录外	目录外	60
艾瑞康	羟乙磺酸达尔西利片	恶性肿瘤	创新药	国产	是	目录外	目录外	59
乐卫玛	甲磺酸仑伐替尼胶囊	恶性肿瘤	原研	进口	是	谈判	谈判	54
泰吉华	阿伐替尼片	恶性肿瘤	创新药	进口	是	目录外	目录外	53
适加坦	富马酸吉瑞替尼片	恶性肿瘤	创新药	进口	是	目录外	目录外	52
艾尼妥	注射用替莫唑胺	恶性肿瘤	仿制	国产	是	目录外	目录外	50
凯洛斯	注射用卡非佐米	恶性肿瘤	仿制	国产	是	目录外	目录外	50
希冉择	雷莫西尤单抗注射液	恶性肿瘤	原研	进口	是	目录外	目录外	50
阿美乐	甲磺酸阿美替尼片	恶性肿瘤	创新药	国产	是	谈判	谈判	45
唯择	阿贝西利片	恶性肿瘤	原研	进口	是	谈判	目录外	45
安可坦	恩扎卢胺	恶性肿瘤	原研	进口	是	谈判	谈判	43
朗斯弗	曲氟尿苷替匹嘧啶片	恶性肿瘤	原研	进口	是	目录外	目录外	43
安维汀	贝伐珠单抗注射液	恶性肿瘤	原研	进口	是	常规乙类	谈判	42
海芮思	艾度硫酸酯酶 β 注射液	罕见病	原研	进口	是	目录外	目录外	41
凯泽百	达妥昔单抗 β 注射液	恶性肿瘤	创新药	进口	是	目录外	目录外	41
安尼可	派安普利单抗注射液	恶性肿瘤	创新药	国产	是	目录外	目录外	39
拓舒沃	艾伏尼布片	恶性肿瘤	创新药	进口	是	目录外	目录外	38
苏远	曲氟尿苷替匹嘧啶片	恶性肿瘤	原研	国产	是	目录外	目录外	38

爱必妥	西妥昔单抗注射液	恶性肿瘤	原研	进口	是	谈判	谈判	36
恩维达	恩沃利单抗注射液	恶性肿瘤	创新药	国产	是	目录外	目录外	36
多泽润	达可替尼片	恶性肿瘤	原研	进口	是	谈判	目录外	33
艾博定	克拉屈滨注射液	恶性肿瘤	仿制药	国产	是	目录外	目录外	32
达攸同	贝伐珠单抗注射液	恶性肿瘤	仿制	国产	是	常规乙类	谈判	32

对 2023 年 12 月份特药目录情况进行整理，发现在纳入普惠险数量前 50 的特药均为 2022 年医保目录外或谈判药品，有 43 种药品为医保外药品，即医保外药品占多数。从治疗疾病类别来看，恶性肿瘤用药占比十分突出，前 50 名中除一个治疗罕见病、一个治疗遗传病和一个治疗 A 型血友病的药品之外其他 47 中药品均为治疗恶性肿瘤的药品。同样说明特药目录中纳入的特药更倾向于医保外药品和治疗恶性肿瘤的药品。

表 2-12 2023 年 12 月份纳入普惠险特药目录前 50 的药品情况

药品	通用名	治疗疾病	仿制/ 原研	进口/ 国产	是否已在 国内上市	2022 医 保目录	2021 医 保目录	2020 医 保目录	纳入惠民 保数量
泰圣奇	阿替利珠单抗注射液	恶性肿瘤	原研	进口	是	目录外	目录外	目录外	166
英飞凡	度伐利尤单抗注射液	恶性肿瘤	原研	进口	是	目录外	目录外	目录外	161
欧狄沃	纳武利尤单抗注射液	恶性肿瘤	原研	进口	是	目录外	目录外	目录外	161
普吉华	普拉替尼胶囊	恶性肿瘤	原研	国产	是	目录外	目录外	目录外	149
倍利妥	注射用贝林妥欧单抗	恶性肿瘤	原研	国产	是	目录外	目录外	目录外	147
达伯坦	佩米替尼片	恶性肿瘤	原研	进口	是	目录外	目录外	目录外	138
希冉择	雷莫西尤单抗注射液	恶性肿瘤	原研	进口	是	目录外	目录外	目录外	133
可瑞达	帕博利珠单抗	恶性肿瘤	原研	进口	是	目录外	目录外	目录外	131
爱谱沙	西达本胺片	恶性肿瘤	原研	国产	是	谈判	谈判	谈判	129
爱普盾	肿瘤电场治疗	恶性肿瘤	原研	进口	是	目录外	目录外	目录外	125
优罗华	注射用维泊妥珠单抗	恶性肿瘤	改良型	进口	是	目录外	目录外	目录外	110
睿妥	塞普替尼胶囊	恶性肿瘤	创新药	进口	是	目录外	目录外	目录外	104
逸沃	伊匹木单抗注射液	恶性肿瘤	原研	进口	是	目录外	目录外	目录外	103
泰吉华	阿伐替尼片	恶性肿瘤	创新药	进口	是	目录外	目录外	目录外	100
拓舒沃	艾伏尼布片	恶性肿瘤	创新药	进口	是	目录外	目录外	目录外	99
择捷美	舒格利单抗注射液	恶性肿瘤	创新药	国产	是	目录外	目录外	目录外	99
迈维宁	注射用盐酸美法仑	恶性肿瘤	原研	进口	是	目录外	目录外	目录外	97
艾瑞利	注射用阿得贝利单抗	恶性肿瘤	创新药	国产	是	目录外	目录外	目录外	97
倍诺达	瑞基奥仑赛注射液	恶性肿瘤	创新药	国产	是	目录外	目录外	目录外	92
因他瑞	林普利塞片	恶性肿瘤	创新药	国产	是	目录外	目录外	目录外	92
奕凯达	阿基仑赛注射液	恶性肿瘤	仿制	国产	是	目录外	目录外	目录外	90

贝博萨	奥加伊妥珠单抗	恶性肿瘤	创新药	进口	是	目录外	目录外	目录外	87
希维奥	塞利尼索片	恶性肿瘤	创新药	进口	是	目录外	目录外	目录外	86
开坦尼	卡度尼利单抗注射液	恶性肿瘤	创新药	国产	是	目录外	目录外	目录外	85
凯泽百	达妥昔单抗 β 注射液	恶性肿瘤	创新药	进口	是	目录外	目录外	目录外	81
拓达维	注射用戈沙妥珠单抗	恶性肿瘤	创新药	进口	是	目录外	目录外	目录外	81
拓益	特瑞普利单抗注射液	恶性肿瘤	创新药	国产	是	谈判	目录外	目录外	79
兆珂	达雷妥尤单抗注射液	恶性肿瘤	原研	进口	是	谈判	谈判	目录外	78
适加坦	富马酸吉瑞替尼片	恶性肿瘤	创新药	进口	是	目录外	目录外	目录外	78
安尼可	派安普利单抗注射液	恶性肿瘤	创新药	国产	是	目录外	目录外	目录外	78
汉斯状	斯鲁利单抗注射液	恶性肿瘤	创新药	国产	是	目录外	目录外	目录外	78
优赫得	注射用德曲妥珠单抗	恶性肿瘤	改良型	进口	是	目录外	目录外	目录外	76
唯择	阿贝西利片	恶性肿瘤	原研	进口	是	谈判	谈判	目录外	74
达佑泽	那西妥单抗注射液	恶性肿瘤	创新药	进口	是	目录外	目录外	目录外	68
利普卓	奥拉帕利片	恶性肿瘤	原研	进口	是	谈判	谈判	谈判	65
海芮思	艾度硫酸酯酶 β 注射液	罕见病	原研	进口	是	目录外	目录外	目录外	60
苏远	曲氟尿苷替匹嘧啶片	恶性肿瘤	原研	国产	是	目录外	目录外	目录外	60
泰瑞沙	甲磺酸奥希替尼片	恶性肿瘤	原研	进口	是	谈判	谈判	谈判	59
恩维达	恩沃利单抗注射液	恶性肿瘤	创新药	国产	是	目录外	目录外	目录外	59
凯丽隆	琥珀酸瑞波西利片	恶性肿瘤	创新药	进口	是	目录外	目录外	目录外	58
麟平	布罗索尤单抗注射液	遗传病	创新药	进口	是	目录外	目录外	目录外	51
艾瑞卡	注射用卡瑞利珠单抗	恶性肿瘤	原研	国产	是	谈判	谈判	谈判	48
朗斯弗	曲氟尿苷替匹嘧啶	恶性肿瘤	原研	进口	是	目录外	目录外	目录外	48
科赛拉	注射用盐酸曲拉西利	恶性肿瘤	创新药	进口	是	目录外	目录外	目录外	48
舒友立乐	艾美赛珠单抗注射液	A 型血友	创新药	进口	是	目录外	目录外	目录外	47

		病							
康可期	阿可替尼胶囊	恶性肿瘤	创新药	进口	是	目录外	目录外	目录外	45
誉妥	赛帕利单抗	恶性肿瘤	创新药	国产	是	目录外	目录外	目录外	43
罗圣全	恩曲替尼胶囊	恶性肿瘤	创新药	进口	是	目录外	目录外	目录外	42
安卫力	琥珀酸莫博赛替尼胶囊	恶性肿瘤	创新药	进口	是	目录外	目录外	目录外	41
艾博定	克拉屈滨注射液	恶性肿瘤	仿制药	国产	是	目录外	目录外	目录外	40

②普惠险药品更新情况

作为基本医保的补充保障，医保政策的变化直接影响特药保障的成本，二者可以说是“此消彼长”的关系，若有更多的替代药品进入医保目录，患者更倾向于直接在院内通过基本医保进行结算报销而使用医保内的药品，对于特药责任本身的赔付，会产生较大的降低作用。例如爱博新(乳腺癌常用特药)在 2022 年后的用药量在各地惠民保中出现普遍下滑，主要是因为唯择、艾瑞康等乳腺癌竞品进入医保，医保的大量使用降低了医生和患者对于爱博新的需求。

通过对现存普惠险进行特药目录梳理，与 2022 年特药目录情况进行比较，发现退出特药目录产品数量最多的前 6 种药品均是 2022 年国家谈判药品目录中的药品，退出数量最高的药品爱博新退出了 85 个产品的特药目录。由此可见，普惠险的特药目录与医保药品目录保障相衔接。

表 2-13 特药目录退出数量前十药品情况

排名	药品	通用名	退出普惠险数量	2022 年医保	2021 年医保
1	爱博新	哌柏西利胶囊	85	谈判	目录外
2	赫赛莱	注射用恩美曲妥珠单抗	80	谈判	目录外
3	唯可来	维奈克拉片	65	谈判	目录外
4	擎乐	瑞派替尼片	64	谈判	目录外
5	安适利	注射用维布妥昔单抗	58	谈判	目录外
6	费蒙格	注射用醋酸地加瑞克	56	谈判	目录外
7	百泽安	替雷利珠单抗注射液	47	谈判	谈判
8	多泽润	达可替尼片	46	谈判	谈判
9	艾瑞卡	注射用卡瑞利珠单抗	42	谈判	谈判
10	安森珂	阿帕他胺片	42	谈判	谈判

第二节 本章小结

中国银行保险监督管理委员会将“普惠险”等新型商业健康险定义为城市定制型商业医疗保险。“普惠险”具有“一城一策”、低门槛、低保费、高保额的特点。

截至 2023 年 12 月,国内仍然处于在保状态的普惠险产品共计 215 款。其中,广东、山东、江苏、浙江、四川 5 个省份的普惠险产品数量超过 10 个,以广东省的数量最多,共有 28 款。部分城市出现“一城多策”,但这样做会分散当地的参保率,难以形成一个稳定的基金池以抗衡逆向选择的风险。目前普惠险的参保率仍处于较低的水平,普惠险平均参保率为 19.95%,参保率最高的普惠险产品为丽水的“浙丽保”,参保率高达 92%。值得注意的是,浙江省金华市推出的“选缴保费法”大病商业补充保险激发了金华市基本医疗保险参保人的积极性,参保率达 99.9%。

普惠险的“低门槛”体现在:曾经被传统商业医疗保险排除在外高龄群体,既往症人群以及职业具有一定风险的人群均可获得普惠险保障,可参保人群范围扩大。但是也有 4 款普惠险(1.86%)不允许既往症人群参保,“湘惠保”限制最高参保年龄为 70 岁。

普惠险的“低保费”体现在:在当前 215 款产品中,有 137 款产品采用固定保费模式,占当前所有普惠险产品的 63.72%;采用阶梯式保费缴费模式的产品有 78 款,占当前普惠险所有产品的 36.38%。普惠险均价为 111.582 元,仅占 2022 度全国人均可支配收入 36883 元/年的 0.3025%。缴费可通过线上(微信小程序、支付宝等)和线下缴费(医保局窗口、保险公司)。值得注意的是,当前共有 109 款产品支持医保个人账户缴费及家庭成员共济缴费,占当前在保状态普惠险的 50.70%。

普惠险的“高保额”体现在:以百元保费撬动百万保额。普惠险的保障范围涉及医保目录内的自付费用,医保目录外的自费费用以及部分特定高额药品费用,目前半数的普惠险产品保障范围涉及三类费用,部分产品仅保障其中两类费用,极少数产品仅保障一类费用。其中大多数产品保障范围涵盖医保目录内的自付费用,涵盖自付费用的产品共有 225 款,占比 96.15%;涵盖特药的产品共有 203

款，在占比 86.75%，涵盖自费费用的产品共有 180 款，占比 76.92%。

目前普惠险的免赔额计算方式有两类，一是多数产品采用的按年度计算固定免赔额，包括目录内自付费用、目录外自费费用、特定高额药品费用分别计算各自保障范围下的免赔额；其中自付费用的免赔额主要集中在 1.5 万元和 2 万元；自费费用免赔额的设置集中在 2 万元，特定高额药品费用的免赔额集中在 0 元、2 万元。还有部分产品计算各项保障范围下的费用累加计算免赔额。另外有少数产品采用其他设定方式，包括每次就医免赔额、三天免赔、以当地大病保险起付线为标准、基本医保职工、居民参保人设定差异化免赔额。普惠险产品支付比例的设定主要区分健康人群与患有既往症的人群，健康人群的自付费用的支付比例主要集中在 70%、75%以及 80%；自费费用的支付比例主要分布在 50%~80%之间；特定高额药品费用的支付比例较多分布在 60%~80%、以及 100%。既往症患者的支付比例多数为 30%左右。普惠险对三类费用的保额设置分布在 10 万元到 200 万元之间，主要集中在 50 万元、100 万元和 150 万元。

第三章 普惠险实施效果评估

2020 年是普惠险发展元年，本研究基于当前上市的 215 款普惠险产品进行梳理，基本厘清了全国普惠险的产品特点、运营模式和组织架构等问题，本部分根据普惠险产品条款设计通过构建评估指标体系对当前 215 款普惠险产品进行综合评分，目的是了解各个普惠险当前的发展情况，以期对产品可持续发展提供合理建议。

第一节 评价指标体系构建原则

本研究通过衡量普惠险发展的各方面的内容, 根据普惠险发展过程所呈现的特点, 同时基于现有文献对普惠险评估体系构建原则和方法, 本研究将普惠险评价体系设为保障能力和保障水平两个维度进行评估。

保障水平维度主要以普惠险保障覆盖广度、普惠险保障覆盖深度两个一级指标为评估方向，目的是为了评估普惠险保障责任条款对参保人的保障程度。两个一级指标下，设有 11 个更加细化的二级评估指标。

保障能力维度主要以普惠险服务便捷性、参保条件普惠性以及产品运营可持续性为评估方向，目的是为了评估普惠险保障配套服务对参保人的保障程度。三个一级指标下，设有 9 个更加细化的二级评估指标。

要说明的一点是，本部分将按照保障范围实施分档缴费的普惠险进行分别评估。需要按照保障范围进行分别评估的普惠险如表所示。

表 3-1 按照保障范围实施分档缴费的普惠险产品

数量	省	市	产品名称	数量	省	市	产品名称
1	辽宁	大连	工惠保 A	26	吉林	吉林	吉康保 A
2	辽宁	大连	工惠保 B	27	吉林	吉林	吉康保 B
3	辽宁	大连	工惠保 C	28	陕西	陕西	惠秦保 A
4	浙江	杭州	民惠保 A	29	陕西	陕西	惠秦保 B
5	浙江	杭州	民惠保 B	30	广东	广州	广州惠民保 A
6	浙江	杭州	民惠保 C	31	广东	广州	广州惠民保 B
7	江苏	常州	常州惠民保 A	32	山东	烟台	惠民保 B
8	江苏	常州	常州惠民保 B	33	山东	烟台	惠民保 A
9	江苏	常州	常州惠民保 C	34	广东	汕尾	善美保 A
10	广东	梅州	保尚保 A	35	广东	汕尾	善美保 B
11	广东	梅州	保尚保 B	36	江苏	泰州	泰州市民保 A
12	广东	梅州	保尚保 C	37	江苏	泰州	泰州市民保 B

13	广东	梅州	保尚保 D	38	江苏	镇江	镇江惠民保 A
14	广东	潮州	潮州市民保 A	39	江苏	镇江	镇江惠民保 B
15	广东	潮州	潮州市民保 B	40	重庆	重庆	重庆渝快保 A
16	广东	云浮	云浮惠民保 A	41	重庆	重庆	重庆渝快保 B
17	广东	云浮	云浮惠民保 B	42	河南	安阳	安阳惠民保 A
18	四川	德阳	德 e 保 A	43	河南	安阳	安阳惠民保 B
19	四川	德阳	德 e 保 B	44	河南	安阳	安阳惠民保 C
20	海南	海南	惠琼保 A	45	广东	阳江	阳江市惠民保 A
21	海南	海南	惠琼保 B	46	广东	阳江	阳江市惠民保 B
22	福建	福建	八闽保 A	47	宁夏	宁夏	平安宁康保 A
23	福建	福建	八闽保 B	48	宁夏	宁夏	平安宁康保 B
24	重庆	重庆	重庆渝惠保 A	49	安徽	阜阳	惠皖保·阜阳 A
25	重庆	重庆	重庆渝惠保 B	50	安徽	阜阳	惠皖保·阜阳 B

第二节 普惠险评估指标评分标准

基于公开渠道收集的普惠险的信息资料,按照各项指标实际数据分布情况设定不同分档、分类标准以及评分标准,并基于设定的评分标准运用 spss23 按照因子分析法,对普惠险一级指标赋予相应的权重,最终得到普惠险综合评分。评分标准需要根据一级指标特点进行设定,根据数据集中程度划分成相应档位,根据相应评分标准分档数以“1”为总分,每个档位分数间隔尽量以等分形式呈现。赋分的主要目的是为了对普惠险的文字指标予以数字量化,可以更加直观的了解普惠险运行状况,为后续优化方向提供依据。

一、普惠险保障责任广度评估指标

普惠险保障责任覆盖广度主要从保障责任条款所覆盖的保障内容进行设计,具体包含:基本医保目录内保障情况、基本医保目录外保障情况、健康增值服务、特殊人群保障情况以及支持药店购买特定高额药品的数量。4 个二级指标根据保障范围大小、涵盖健康增值服务的种类和支持药店购买特定高额药品的数量的多少赋予一定的分值,分值越高,表明在当前赋分标准下,普惠险保障责任覆盖范围更广。根据不同指标的特点进行分档,分为 3 档的赋分方式为 0, 0.5, 1; 分为 4 档的赋分方式为 0, 0.35, 0.7 和 1; 分为 5 档的赋分方式为 0, 0.25, 0.5, 0.75 和 1。

(1) 基本医保目录内保障按照保障住院、门诊；仅保障住院、不保障目录内费用分为 3 档。

(2) 基本医保目录外保障照：保障住院、门诊、保障住院、仅保障部分住院以及不保障目录外费用分为 4 档。

(3) 健康增值服务、特殊人群保障情况根据保障条款中健康增值服务所包含的类型分为 5 档。本研究将健康增值服务类型分为四类：信息收集、风险评估、健康干预以及健康管理后续服务，得分越高表明其涵盖健康服务种类越全面，参保人受益面越大。

(4) 外购高额特定药品的数量根据允许外购特药数量的集中程度进行分档，根据支持外购药数量集中在 14 种、20 种，同时结合两种特殊情况，其一，不支持院外购买特药；其二，支持院外购买特药且无目录限制分为 5 档：无外购特药责任的普惠险；允许外购药种类在 14 种以内的普惠险；允许药店购药种类范围在 14-20 种；允许药店购药种类范围目录限制下，但是药品种类超过 21 种的普惠险；允许药店购药种类无目录限制的普惠险。

二、普惠险保障责任深度评估指标

普惠险保障责任覆盖深度主要从参保人享受待遇角度出发，具体包含：免赔额、报销比例和封顶线三个方面。赋分越高，表明在设定评估体系下参保人可获得的赔付待遇相对越好。该类指标根据不同指标的特点进行分档，分为 3 档的赋分方式为 0, 0.5, 1；分为 4 档的赋分方式为 0.25, 0.5, 0.75 和 1；分为 5 档的赋分方式为 0, 0.25, 0.5, 0.75 和 1。需要注意的是，该类一级指标下评分标准分为 4 档的赋分方式与“保障广度”中同样分为 4 档的评分标准略有差异，主要原因是该级指标下特药报销比例和综合封顶线不存在“0”的情况。

(1) 根据保障责任将免赔额指标按照基本医保目录内免赔额、基本医保目录外免赔额以及特药保障免赔额分为 3 档。基本医保目录内免赔额、基本医保目录外免赔额以及特药保障免赔额按照免赔额分布集中程度分别将纳入的 221 款普惠险免赔额按照保障责任分别分为 5 档。以基本医保目录内免赔额分档方式为例：该类责任下免赔额集中分布在 1 万元, 1.5 万元, 1.8 万元，同时结合一种特殊情况即该类保险不保障特药责任，将基本医保目录内免赔额按照未保障该项责

任；1 万元以下，1-1.5 万元；1.5-1.8 万元；1.8 万元以上共分为 5 档。

(2) 根据保障责任将报销比例按照基本医保目录内报销比例、基本医保目录外报销比例以及特药保障报销比例分为三类。基本医保目录内报销比例、基本医保目录外报销比例以及特药保障报销比例按照报销比例数据分布集中程度分别将纳入的 221 款普惠险报销比例评分标准分为 5 档、5 档、4 档。

三、服务便捷性评估指标

服务便捷性从参保人医药费用理赔是否支持一站式结算和购药时是否支持院外购药两个层面进行评估，指标评分标准总体分为两种情形，未实现一站式结算的普惠险和已经实现一站式结算的普惠险；支持院外购药的普惠险和购药渠道范围涵盖医院和药店的普惠险。2 档赋分按照 0.5 和 1 方式进行，得分越高，表明普惠险服务便捷性越高。

四、普惠险参保普惠性评估指标

该一级指标下分为评分标准分为 4 档的赋分情况也为 0.25，0.5，0.75 和 1，主要原因是筹资适应性和参保条件不存在“无”的情况，所以未从 0 分开始予以赋值。

(1) 筹资适应性主要反映普惠险保费水平与参保人筹资能力能力之前的适应性，用保费金额与当年城镇居民可支配收入的比值来衡量。具体计算公式为：

$$\text{筹资适应性} = \frac{\text{保费金额}}{\text{当年城镇居民可支配收入}} \times 1000$$

根据筹资适应性数据集中分布情况，将其分为 4 档：筹资适应性比值小于 1 的普惠险；筹资适应性比值在 1-2 之间的普惠险；筹资适应性比值在 2-3 之间的普惠险；筹资适应性比值超过 3 的普惠险；筹资适应性比值越小，表明居民对普惠险筹资的可接受程度越高，也表明普惠险筹资水平与当地居民筹资能力越适应。

(2) 支持医保个人账户支付的普惠险不仅具有活化个人账户资金的作用，实际上减少了参保群体现金支出，间接降低了参保人的参保负担。该指标按照是否支持医保个人账户结算，分为 2 档，2 档分别予以 0.5 分和 1 分。

(3) 根据普惠险对参保条件的设定，将参保条件分为 4 档：无条件限制；允许既往症人群参保，但是报销比例降低；允许既往症人群参保，但是不予理赔；不予理赔。参保条件限定越少，表明普惠险人群覆盖度越高，表明其普惠性越好。

五、普惠险产品运营可持续性

该一级指标下,分为2档的赋分方式为0和0.5;分为3档的赋分方式为0.25, 0.5, 0.75;分为4档的赋分方式为0.25, 0.5, 0.75和1;分为5档的赋分方式为0, 0.25, 0.5, 0.75和1。

(1) 参保率、赔付率及普惠险运营时间三个指标,用以评估普惠险运行状态、基金使用效率以及实际保障结果。参保率根据实际获得参保率数据的集中程度共分为5档,通过公开数据获得的普惠险参保率主要集中在25%附近、50%附近、75%附近,对于未获得的参保率普惠险赋予0,此处0分并不代表该款普惠险参保率极低,仅代表该款普惠险数据获取缺失,该款普惠险在数据统计时间内未能公布。赔付率赋分方式与参保率相类似。而运营时间按照已经运营的时长分为3档,连续运营时间长短在一定程度上反映了普惠险产品合理性、参保群众满意度以及产品未来的可持续发展情况。

(2) 政府参与程度,根据政府相关部门是否参与普惠险产品设计,是否在官网发布相关文件或者是对商保相关政策进行官方解释分为两类,分别是政府指导型普惠险和纯商业型普惠险保险,评分越高,表明政府支持力度角度越高,认为其可持续性相对较好。

表 3-2 普惠险指标构建及评分标准

维度构建	一级指标	二级指标	赋值标准
保障水平	1.普惠险保障覆盖广度	基本医保目录内保障情况	1.保障住院、门诊=1; 2.仅保障住院=0.5; 3.不保障目录内费用=0
		基本医保目录外保障情况	1.保障住院、门诊=1; 2.仅保障住院=0.7; 3.仅保障部分住院=0.35; 4.不保障目录外费用=0
		健康增值服务、特殊人群的保障	1.健康管理服务覆盖体检、评估、健康干预、持续管理四种类型=1分; 2.健康增值服务涉及三类=0.75 或者设置有其他特殊人群赔付的情况; 3.健康增值服务涉及两类=0.5; 4.健康增值服务涉及一类=0.25; 5.无健康管理服务的=0。
		支持外购高额特定药品的数量	1.无外购特药责任=0分; 2.≤14种=0.25分; 3.14-20种=0.5分; 4.目录限制下,超过21种=0.75分; 5.无目录限制=1分
	2.普惠险保障覆盖深度	基本医保目录内免赔额设置	1.不理赔=0分; 2.1.8万元以上=0.25; 3.1.5-1.8万元=0.5; 4.1-1.5万元=0.75; 5.≤1万元=1
		基本医保目录外免赔额设置	1.不理赔=0分; 2.2万元以上=0.25; 3.1.5-2万元=0.5; 4.1-1.5万元=0.75; 5.≤1万元=1

		按照普惠险特药目录保障的药品免赔额设置	1.不设特药目录=0; 2.2 万元以上=0.25; 3.1-2 万元免赔额=0.5; 4.0-1 免赔额等于 0.75; 5.不设置免赔额=1
		基本医保目录内报销比例	1.不设赔付比例=0; 2.赔付比例小于 0.7=0.25; 3.0.7-0.75=0.5 分; 4.0.75-0.8=0.75; 5.0.8-1=1
		基本医保目录外报销比例	1.不设赔付比例=0; 2.赔付比例小于 0.5=0.25; 3.0.5-0.6=0.5 分; 4.0.6-0.7=0.75; 5.0.7-1=1
		普惠险特药目录报销比例	1.小于 0.6=0.25; 2.0.6-0.7=0.5; 3.0.7-0.8=0.75; 4.0.8-1=1
		综合封顶线	1.100-200 万元=0.25; 2.200-250 万元=0.5; 3.250-300 万元=0.75; 4.超过 300 万元=1
保障能力	3.服务便捷性	支持住院、门诊一站式结算	1.是=1 分; 2.否=0.5 分
		高额特定药品购药渠道	1.仅限院内=0.5 分; 2.院内+指定药店=1 分
	4.普惠险参保普惠性	是否支持医保个账购买	1.是=1 分; 2.否=0 分
		筹资适应性	1.≤1=1 分; 2.1-2 (包含) =0.75 分; 3.2-3=0.5 分; 4. > 3=0.25 分
		既往症患者参保条件	1.无条件限制=1 分; 2.允许既往症人群参保, 但是报销比例降低=0.75 分; 3.允许既往症人群参保, 但是不予理赔=0.5 分; 4.不予理赔=0.25 分
	5.产品运营可持续性	参保率	(75%, 100%]=1; (50%, 75%]=0.75; (25%,50%]=0.5; [1%,25%]=0.25,未公布=0
		赔付率	(75%, 100%]=1; (50%, 75%]=0.75; (25%,50%]=0.5; [1%,25%]=0.25,未公布=0
		运营时间	1.连续运营 3 年及以上=0.75; 2.连续运营 2 年=0.5; 3.运营时间 1 年=0.25
		政府参与程度	1.政府指导=1; 2.纯商业=0.5

第三节 普惠险指标检验及权重计算

一、信度检验

信度指评价指标体系的一致性程度或可能靠性程度, 常用 Cronbach's α 系数衡量。Cronbach's α 的值为 0-1, 值越大, 表明内部一致性可信度越高。在实际研究中 Cronbach's α 信度系数至少要大于 0.5。在对 221 款普惠险指标按照上述评价指标体系进行评价后, 运用 spss26 验证所构建的指标进行信度检验, Cronbach's α 信度系数为 0.544, 大于 0.5, 表明该指标体系建立基本符合实际研究要求。

表 3-3 普惠险评价指标体系信度检验

克隆巴赫 Alpha	基于标准化项的克隆巴赫 Alpha	项数
.544	.546	20

二、效度检验

效度检验的目的是检测工作的测定结果与预期结果的符合程度，效度测量常用因子分析方法进行。因子分析需要进行 KMO（Kaiser-Meyer-Olkin）检验和 Bartlett 球形度检验，当 KMO 值大于 0.5 或 Bartlett 球形检验卡方统计量的显著性检验小于 0.05 时，可认为所构建的评估指标具有结构强度。表 3-4 和表 3-5 所示结果为一、二级指标 KMO 值检验结果和 Bartlett 球形检验，结果表明一、二级指标 KMO 均大于 0.5，同时 Bartlett 球形度检验显著性 $p < 0.05$ ，不仅说明指标评价体系具有较好的结构强度，也证明数据适合进行因子分析。

表 3-4 一级指标 KMO 和 Bartlett 检验

KMO 取样适切性量数		0.557
Bartlett 球形度检验	近似卡方	154.805
	自由度	10
	显著性	0.000

表 3-5 二级指标 KMO 和 Bartlett 检验

KMO 取样适切性量数		0.711
Bartlett 球形度检验	近似卡方	1561.162
	自由度	190
	显著性	0.000

三、权重计算

普惠险评估体系指标设计计划从保障水平和保障能力两个维度对普惠险实施效果进行评估。在评估前对一级指标进行因子分析，以明确对普惠险评估分为两个维度的可行性。因子分析结果如表 3-4 和表 3-5 所示，方差解释率值说明了信息提取水平，结果显示两个维度概括评估普惠险全部指标体系的解释率达到 65.37%，符合当总方差解释率大于 50% 时，因子分析有效的要求。因子载荷系数用于衡量因子(维度)和题项对应关系，结果显示将保障责任覆盖广度和深度作为保障水平的评估指标具有一定的合理性，将服务便捷度、参保普惠性、产品运营可持续性三个作为保障能力的评估指标具有一定的合理性。

表 3-6 总方差解释率

成分	初始特征值			提取载荷平方和			旋转载荷平方和		
	总计	方差百分比	累积%	总计	方差百分比	累积%	总计	方差百分比	累积%
1	1.892	37.834	37.834	1.892	37.834	37.834	1.654	33.078	33.078
2	1.385	27.703	65.537	1.385	27.703	65.537	1.623	32.459	65.537
3	0.731	14.628	80.165						
4	0.572	11.431	91.596						
5	0.420	8.404	100.000						

表 3-7 旋转后的成分矩阵^a

	成分	
	1	2
保障范围覆盖广度	0.700	0.210
保障范围覆盖深度	0.840	-0.319
服务便捷性	0.417	0.633
参保条件普惠性	-0.072	0.850
普惠险产品可持续性	0.226	0.762

提取方法：主成分分析法

旋转方法：凯撒正态化最大方差法。

a. 旋转在 3 次迭代后已收敛。

利用成分矩阵和总方差解释所提供的信息，将载荷数除以对应的特征根开方，计算得出各一级指标在两个主成分线性组合中的系数，再将方差贡献率看作不同主成分的权重进行加权平均，通过归一化后得出各一级指标的权重，最后将一级指标的权重平均分给各二级指标，初步得出各指标权重。表为根据上述方法计算所得的一级指标和二级指标的权重。

表 3-8 普惠险评价指标体系一级指标权重和二级指标权重

维度构建	一级指标	一级指标权重	二级指标	二级指标权重
保障水平	1.普惠险保障覆盖广度	22.17%	基本医保目录内保障情况	5.54%
			基本医保目录外保障情况	5.54%
			健康增值服务、特殊人群的保障	5.54%
			支持外购高额特定药品的数量	5.54%
	2.普惠险保障覆盖深度	14.28%	基本医保目录内免赔额设置	2.04%
			基本医保目录外免赔额设置	2.04%
			按照普惠险特药目录保障的药品免赔额设置	2.04%
			基本医保目录内报销比例	2.04%
			基本医保目录外报销比例	2.04%
			普惠险特药目录报销比例	2.04%
			综合封顶线	2.04%

保障能力	3.服务便捷性	24.94%	支持住院、门诊一站式结算	12.47%
			高额特定药品购药渠道	12.47%
	4.普惠险参保普惠性	16.51%	是否支持医保个账购买	5.50%
			筹资适应性	5.50%
			既往症患者参保条件	5.50%
	5.产品运营可持续性	22.10%	参保率	5.52%
			赔付率	5.52%
			运营时间	5.52%
			政府参与程度	5.52%

第四节 普惠险评估结果

基于构建的普惠险评估指标体系，综合普惠险保障覆盖的广度和深度评分加权后得到普惠险保障水平得分，本部分仅选取排名前 20 的普惠险结果进行呈现，结果如表所示。

表 3-9 保障水平得分排名前 20 的普惠险得分情况

排序	省	市	产品名称	保障水平得分
1	重庆	重庆	重庆渝惠保 B	0.32
2	重庆	重庆	重庆渝快保 B	0.31
3	河北	唐山	惠唐保	0.29
4	江苏	连云港	连惠保	0.29
5	广东	广州	广州惠民保 B	0.27
6	广东	梅州	保尚保 D	0.27
7	广东	珠海	大爱无疆	0.27
8	山东	日照	暖心保	0.27
9	辽宁	大连	工惠保 C	0.26
10	江苏	江苏	江苏医惠保 1 号	0.26
11	江苏	南京	南京宁惠保	0.26
12	江苏	常州	常州惠民保 C	0.26
13	山东	临沂	临沂保	0.26
14	湖南	湖南	爱民保	0.26
15	广东	广州	穗岁康	0.25
16	广东	深圳	专属医疗险	0.25
17	湖南	岳阳	巴陵 e 惠保	0.25
18	江苏	苏州	苏惠保	0.25
19	江西	上饶万年县	万年县万福保	0.25
20	海南	海南	惠琼保 B	0.25

基于构建的普惠险评估指标体系，综合普惠险提供服务的便捷性、参保普惠性、产品运营可持续性评分加权后得到普惠险保障能力得分，本部分仅选取排名

前 20 的普惠险结果进行呈现，结果如表所示。

表 3-10 保障能力得分排名前 20 的普惠险得分情况

排名	省	市	产品名称	保障能力得分
1	浙江	嘉兴	嘉兴大病无忧	0.58
2	浙江	杭州	西湖益联保	0.57
3	浙江	舟山	舟惠保	0.57
4	浙江	温州	益康保	0.55
5	浙江	衢州	惠衢保	0.55
6	广东	广州	穗岁康	0.54
7	浙江	绍兴	越惠保	0.54
8	广东	珠海	大爱无疆	0.54
9	上海	上海	沪惠保	0.54
10	浙江	丽水	浙丽保	0.53
11	浙江	湖州	南太湖健康保	0.53
12	广东	梅州	保尚保 A	0.50
13	浙江	台州	台州利民保	0.50
14	山东	威海	威你保	0.48
15	江苏	南京	南京宁惠保	0.48
16	甘肃	兰州	金城惠医保	0.48
17	广东	梅州	保尚保 D	0.47
18	广东	梅州	保尚保 B	0.47
19	山东	青岛	琴岛 e 保	0.47
20	广东	深圳	重疾险	0.47

结合普惠险保障水平和保障能力，计算普惠险最终综合得分，本部分仅选取排名前 20 的普惠险综合评分结果进行呈现，结果如表所示。并将普惠险评估结果绘制于图 3-1 中，图 3-1 依据保障水平和保障能力中位数将综合评分图划分为四个象限。第一象限所代表的“高保障水平和高保障能力”普惠险在当前评估体系下认为其运行合理、可持续性较强，有力的发挥了普惠险在多层次医疗保障中的作用。

表 3-11 根据指标体系得出的排名前 20 的普惠险基本情况

排名	省	市	产品名称	综合得分
1	广东	珠海	大爱无疆	0.807
2	浙江	嘉兴	嘉兴大病无忧	0.806
3	广东	广州	穗岁康	0.792
4	浙江	温州	益康保	0.776

5	浙江	杭州	西湖益联保	0.764
6	重庆	重庆	重庆渝惠保 B	0.750
7	广东	梅州	保尚保 D	0.742
8	浙江	丽水	浙丽保	0.742
9	山东	日照	暖心保	0.738
10	重庆	重庆	重庆渝快保 B	0.736
11	江苏	南京	南京宁惠保	0.735
12	浙江	舟山	舟惠保	0.732
13	浙江	台州	台州利民保	0.721
14	浙江	湖州	南太湖健康保	0.719
15	浙江	衢州	惠衢保	0.718
16	浙江	绍兴	越惠保	0.711
17	河北	唐山	惠唐保	0.709
18	山东	威海	威你保	0.707
19	江苏	江苏	江苏医惠保 1 号	0.703
20	福建	三明	三明普惠医联保	0.702

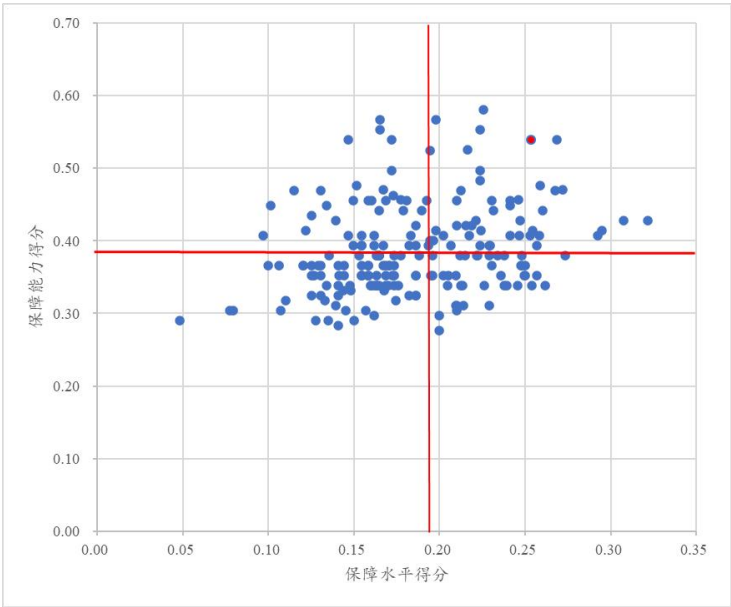


图 3-1 全国普惠险保障水平和能力综合评分结果

第四章 典型地区普惠险情况分析

第一节 典型地区医疗费用结构分析

本专题利用 G 市和 Z 市医疗费用数据, 从医保政策范围内外费用分布、社会保险补偿情况、门诊住院费用分布、药品材料以及诊疗项目费用分布等角度分析我国医疗费用构成, 并为普惠险的保障定位和在优化发展提供现实基础。

一、G 市医疗费用结构分析

(一) G 市社会医疗保险待遇保障体系

1. 基本医疗保险

G 市基本医疗保险包括城镇职工基本医疗保险和城乡居民基本医疗保险; 补充医疗保险方面, 城镇职工由职工重大疾病医疗补助、职工补充医疗保险以及城乡居民大病医疗保险。

在基本医疗保险方面, G 市城镇职工基本医疗保险住院保障待遇和城乡居民基本医疗保障住院保障待遇如表中所示。2018-2020 年间, 职工基本医疗保险待遇年度支付限额随在职职工年平均工资进行调整, 城镇职工基本医疗保险年度最高支付限额为 G 市上一年度在职职工年平均工资的 6 倍, 城乡居民基本医疗保险则在三级医疗机构住院待遇的报销比例上有所提高。

表 4-1 G 市城镇职工基本医疗保险住院待遇

定点医疗机构等级	每次住院起付标准/元		报销比例		年度最高限额/万元
	在职职工	退休人员	在职职工	退休职工	
一级	400	280	90%	93%	59.17 万元 (2018 年)
二级	800	560	85%	89.50%	
三级	1600	1120	80%	86%	

表 4-2 G 市城乡居民基本医疗保险住院待遇

定点医疗机构等级	每次住院起付标准/元		报销比例		年度最高限额/万元
	未成年人/中小學生	其他居民	未成年人中小學生	其他居民	
一级	150		90%	90%	28.18 万元
二级	300		85%	80%	

		70% (2018 年)	60% (2018 年)
三级	500	80%	70%
		(2019 年-2020 年)	(2019 年-2020 年)

2.补充医疗保险

在补充医疗保险方面，G 市职工和居民补充医疗保险共 3 种，分别为：

1) 职工重大疾病医疗补助，以 G 市当年在岗职工月平均工资为基数，按照每人每月 0.26% 进行缴费。其保障情况为在一个职工医保年度内，统筹基金支付额累计超过最高支付限额(封顶线)后,参保人所发生的住院及二类门诊特定病种基本医疗费用，由重大疾病医疗补助基金按 95% 比例支付，一类门诊特定病种、普通门诊基本医疗费用由重大疾病医疗补助基金按相应规定的标准支付，累计最高支付限额为上年度 G 市在岗职工年平均工资的 3 倍。

2) 职工补充医疗保险，以 G 市当年在岗职工月平均工资为基数，按照每人每月 0.5% 进行缴费其保障情况为：在一个职工医保年度内，职工补充医疗保险参保人因病住院或者进行二类门诊特定病种治疗发生的符合规定范围内的医疗费用中，属于统筹基金最高支付限额以下所对应的个人自付医疗费用，累计 2000 元以上部分由职工补充医疗保险金支付 70%。

3) 居民大病医疗保险，大病医疗保险从城乡居民医保基金中划拨，无需个人另行缴纳费用。保障情况如表中内容所示。相比于 2018 年-2019 年，2020 年居民大病保险在 3.6 万元以上，基本医疗保险统筹基金最高支付限额以下的个人自付费用报销比例提高 15%。

表 4-3 G 市居民大病医疗保险保障情况

G 市居民大病医疗保险 (2018 年)		
大病起付线	报销比例	封顶线
1.8 万元	起付线~3.6 万元，支付比例 60%； 3.6 万元~统筹基金最高支付限额，支付比例 60% 超过统筹基金最高支付限额，支付比例 90%	40 万元/年 连续 2 年及以上的参保人，年度最高支付限额提高至 45 万元

结合我国当前医保政策执行和报销的基本准则，即我国社会医疗保险“三大目录”基本医疗保险药品目录、诊疗项目目录、医疗服务设施目录绘制社会基本医疗保险范围报销情况。目前在保障阶段的 215 款普惠险保障责任，普惠险保障范围可归结为基本医保个人自付①-③和个人自费部分。

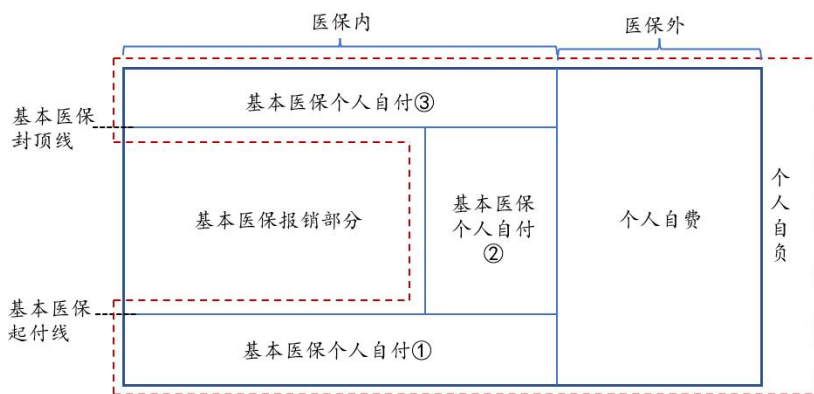


图 4-1 社会基本医疗保险报销范围

（二）G 市住院医疗费用结构

1.从基本医保政策范围角度分析 G 市住院费用结构

我国社会医疗保险“三大目录”是当前医保政策执行和报销的基本准则，本部分从基本医保政策范围的角度分析 G 市住院费用结构。在基本医疗保险药品目录、诊疗项目目录、医疗服务设施目录这“三大目录”中支出的医疗费用为基本医疗费用，基本医保政策范围外需要支付的医疗费用为基本医保目录外费用。结合 G 市住院费用分布，发现 G 市参保人住院费用主要集中分布在医保目录内，在 2018-2020 年间该部分住院费用基金报销比例和基本医保统筹基金报销比例基本持平，2020 年为 65.12%与 2018 年和 2020 年相比略有下降；医保目录外医疗费用支出占住院医疗总费用不超过 20%，其中 2020 年医保目录外费用占比与 2018 年、2019 相比略有增加。其中，基金报销比例的含义为包含基本医保统筹基金、职工重大疾病医疗补助、职工补充医疗保险、居民大病保险等在内的所有基金报销费用占住院医疗总费用的比例。

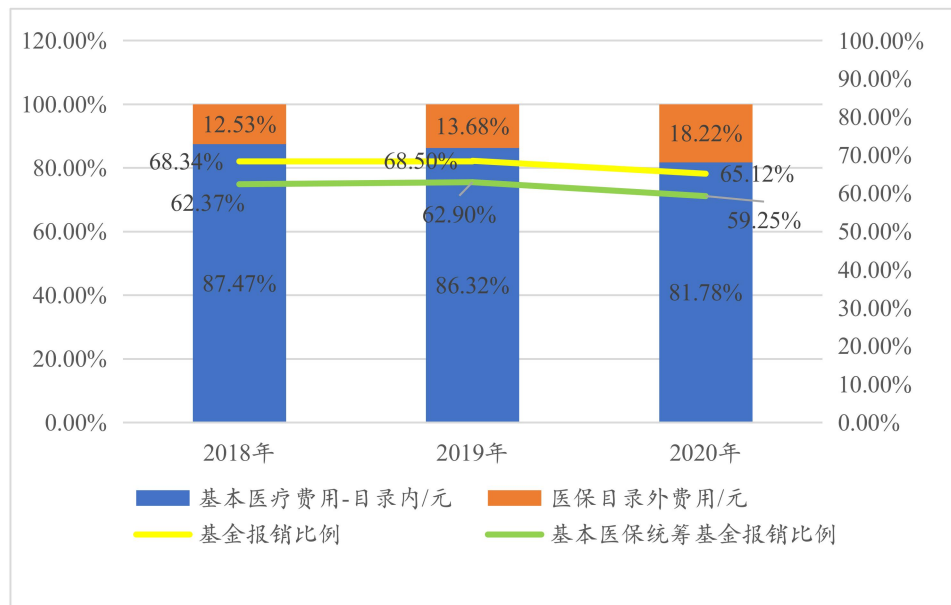


图 4-2 2018-2020 年 G 市住院费用结构分布

2.从医保基金支付角度分析 G 市住院医疗费用结构

当前我国基本医疗保险参保人分为职工基本医保参保人和居民医保参保人两类，两类参保人在筹资渠道、筹资水平上略有差异，本部分将从医保基金支出角度分析 G 市住院医疗费用结构。2018 年-2020 年 G 市住院费用结构分布相似，本部分以 2018 年 G 市住院费用结构分布为例进行说明。2018 年 G 市基本医疗保险缴费人数为 1247.7 万人，其中职工参保人 751.95 万人、居民参保人 495.75 万人，职工基本医疗保险基金（含重大疾病医疗补助及补充医疗保险）收入 439.97 亿元，基金总支出 327.17 亿元；居民基本医疗保险基金（含大病医疗保险金）基金总收入 39.03 亿元，基金总支出 34.17 亿元。其中，G 市基本医疗保险参保人住院费用由基本医保基金支付比例超过 60%，由职工重大疾病医疗补助、职工补充医疗保险、居民大病医疗保险以及其他基金支付比例为 5.97%，经医保基金报销后仍然需要个人负担（自付费用与自费费用之和）部分的占整个住院总费用的 31.66%，且自付费用比例高于自费费用，即个人承担费用中医保目录内费用占比高于医保目录外。

图 4-3 为 2018 年 G 市职工和居民参保人住院费用结构，G 市职工参保人住院费用个人负担为 24.41%显著低于居民参保人个人负担（50.92%）。

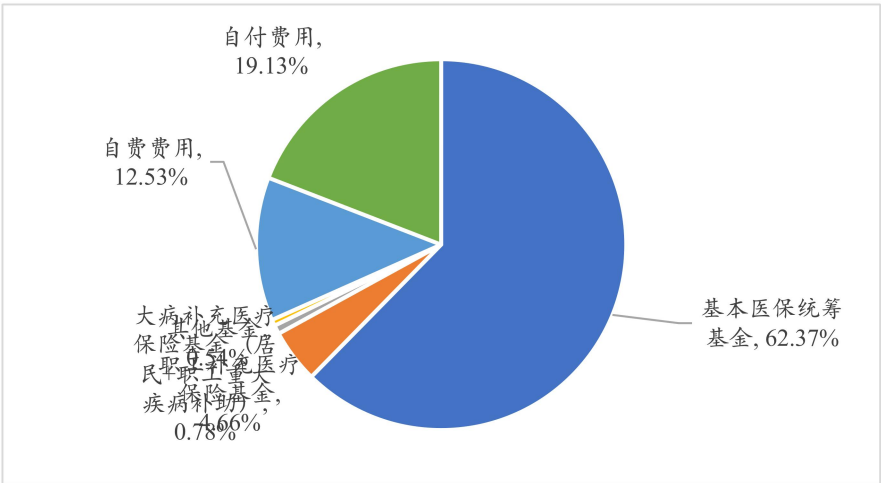
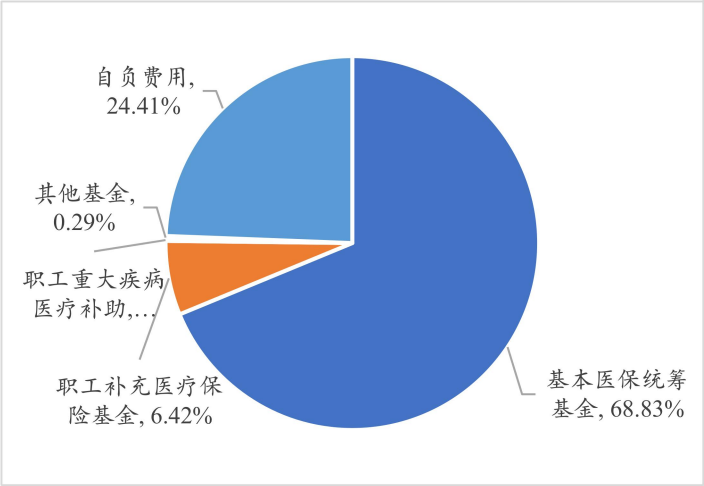
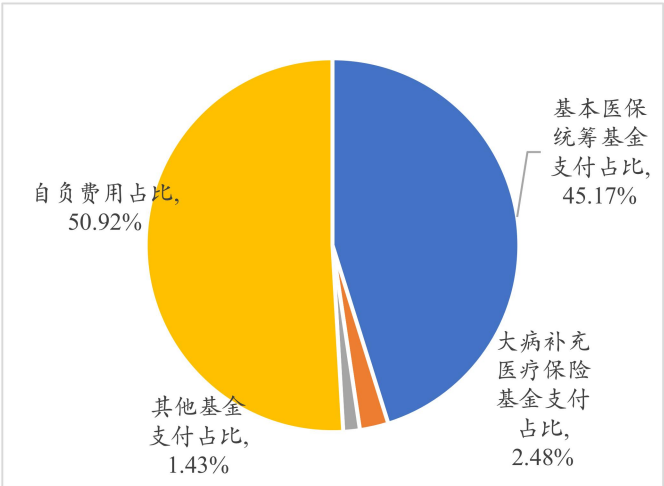


图 4-3 2018 年 G 市基本医保参保人住院费用支付情况

图 4-4 2018 年不同类型 G 市基本医疗保险参
保人费用结构（图左：职工，图右：居民）

3.从不同项目角度分析 G 市住院费用结
构

住院费用主要包括药品、材料、检查、
诊疗、放射、手术、床位以及其他分类项
目,以 G 市 2018-2020 年基本医疗保险参
保人住院费用为分析对象,发现 2018 年



住院费用种仅药品和材料两项支出占住院总费用的比例为 46.96%，值得注意的是
三年以来药品费用占比逐年下降，材料费支出占比近三年略有上涨。而在个人
负担费用中，药品费用占个人负担费用的 11%，材料个人负担占个人负担费用的

19%，其他分类费用中主要包含：诊疗、手术费用、床位费、放射费等，该多分类下的个人负担费用占总个人负担费用的 67%。

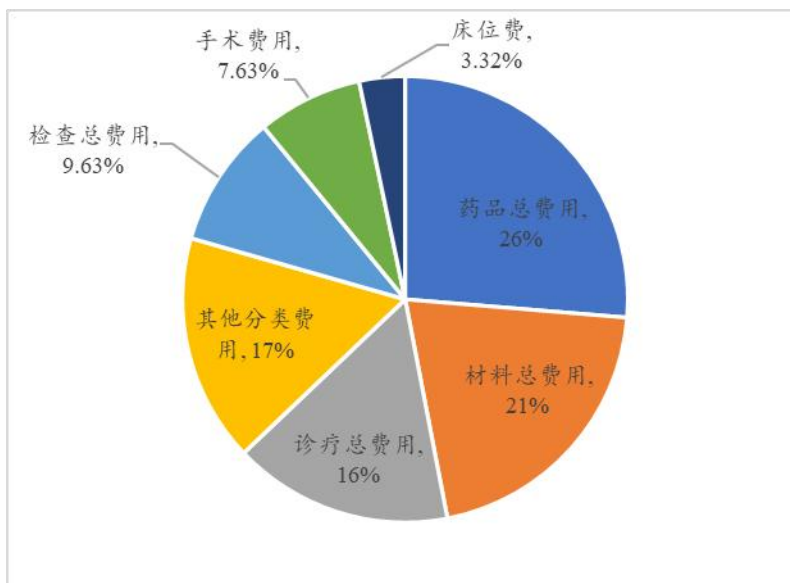


图 4-5 2018 年 G 市不同类型住院费用占比

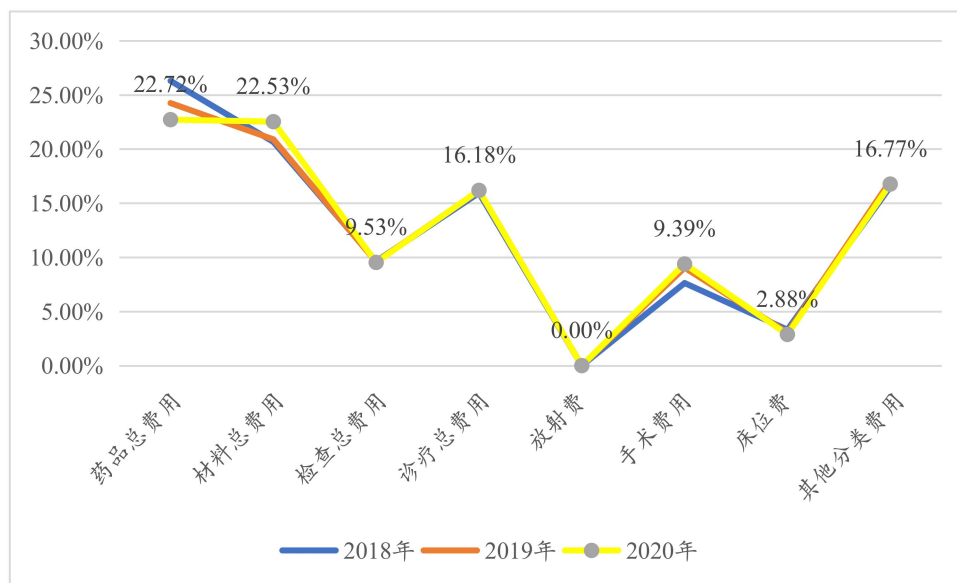


图 4-6 2018 年-2020 年 G 市不同类型住院费用

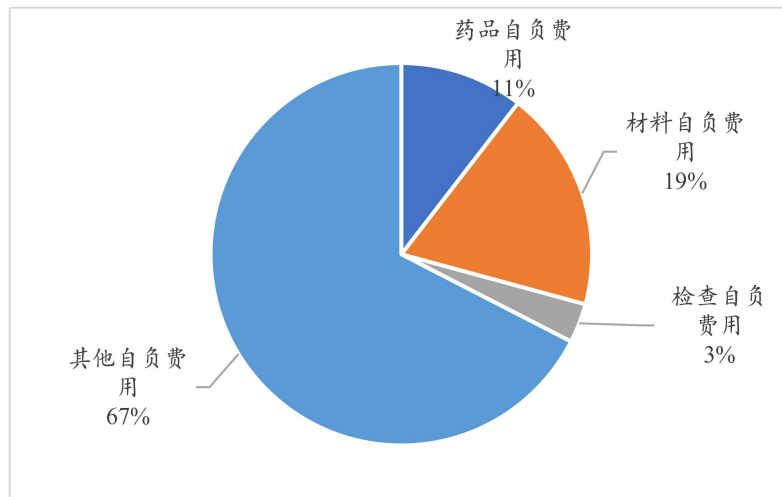


图 4-7 2018 年 G 市住院费用患者个人负担费用分布情况

综上所述，从医保基金支出来看，80%以上的住院费用发生在基本医保“三大目录”中，医保基金的报销比例也稳定在 60%左右；从不同医疗项目明细支出来看，药品和耗材在住院费用支出的占比较高，两项支出占住院总费用的比例为 46.96%；从参保人角度来看，基本医疗保险参保人在各项医保基金报销后，仍需要个人承担 31.66%的住院医疗费用。而 G 市穗岁康保障范围主要针对经医保基金报销后仍然需要个人负担的费用，即穗岁康会降低个人需要承担的医疗费用，使个人负担在总医疗费用中的占比降低；由于职工参保人和居民参保人获得的补偿比存在一定的差异，当职工参保人在与居民参保人在花费相同的情况下，居民参保人更容易达到普惠险的起付标准，从这一层面上讲普惠险不仅降低了患者个人负担，还弥补了职工参保人和居民参保人待遇差。

（三）穗岁康保障范围与待遇水平

1. 穗岁康保障范围

G 市“穗岁康”为 G 市医疗保障局指导，专门针对 G 市基本医疗保险参保人定制开发，由中国人寿、平安养老、中国人民财产保险股份有限公司和中国太平洋人寿股份有限公司共同承保的城市定制型商业补充医疗保险。2020 年 12 月“穗岁康”商业补充健康保险正式上线，参保人数达 366.9 万人，参保率达 28.23%；保费定价 180 元，保费收入共计 6.6 亿元；全年赔付金额 4.7 亿元，赔付率达 62.06%。2022 年“穗岁康”商业补充健康保险对待遇水平做出优化，在定额保费 180 元的基础上将免赔额下调 2000 元，具体待遇水平如下表 4-4 所示，2022 年参保人数

379.61 万人，参保率约为 29.2%。在参保条件上，“穗岁康”参保条件宽松，无年龄、健康状况、职业以及既往症限制，同时还支持医保个账支付保费和医疗费用报销一站式结算。

表 4-4 “穗岁康”普惠型商保保障范围

保障责任	保障范围	待遇水平		
		免赔额/万元	报销比例/%	赔付上限/万元
保障责任一	住院和门特基本医疗费用	1.6	80	100
保障责任二	住院合规药品费用和检查费用	1.6	70	100
保障责任三	门诊合规药品费用	创新、国谈药品	60	30
		其他药品	50%	
保障责任四	特殊医用耗材费用（18 周岁以下 的 1 型糖尿病患者）	0	70	5.5
	指定精神分裂症	0	100%	——
	见义勇为人身伤害医疗费用	0	100%	10
	指定病种筛查费用	0	80%	0.01

2. 穗岁康待遇水平

(1) 基本医疗保险参保人个人负担有所下降

本部分对根据 G 市住院费用明细数据，推算出“穗岁康”对有住院记录的患者赔付情况，本部分估计中认为有住院记录的患者均参保“穗岁康”且本部分数据中仍以 2018 年 G 市住院费用明细数据进行估算。由表可知，涉及住院范围保障主要有责任一和二，责任一保障范围为基本医保起付线及起付线以下的费用和共付段需要个人自付的部分；保障责任二待遇保障范围为乙类药品个人先行自付的部分、超社会基本医疗保险封顶线的药品费用、基本医疗保险药品目录外药品费用、社会医疗保险目录外且不属于负面清单的药品和检查费用。要达到普惠险责任一或者责任二设置的免赔额 1.6 万元，个人自负费用至少要达到 16000 元以上，2018 年达到这个费用段的住院人群占比为 20.89%。

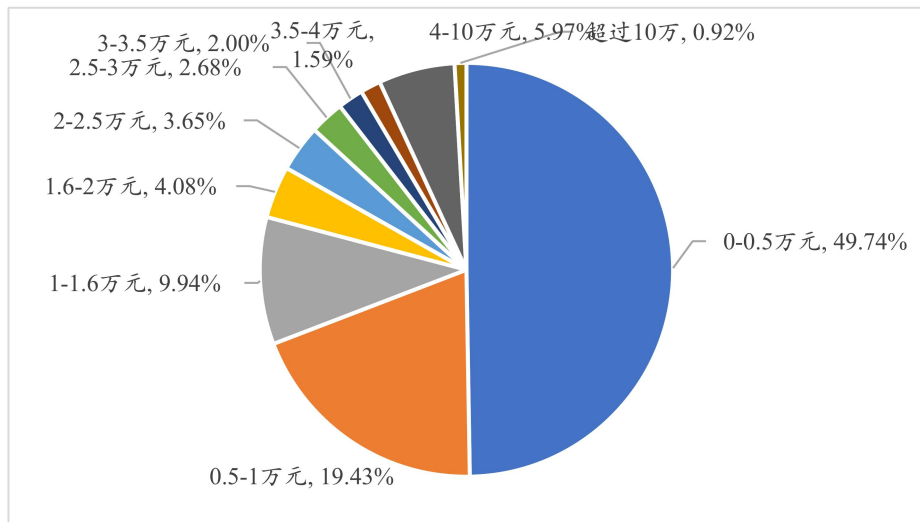


图 4-8 2018 年 G 市个人自负费用分布

针对该 20.89% 达到保障责任中免赔额以上人群，模拟穗岁康待遇水平，假设条件为：（1）2018 年所有产生住院费用的参保人均参保“穗岁康”；（2）对住院参保人的个人识别编码进行标化，以当年同一患者累加住院费用进行测算穗岁康待遇水平。

2018 年 G 市城乡居民参保人有住院行为的基本医疗保险参保人共计 425314 人次。满足保障责任范围一的参保人共计 21916 人，共计产生 2.33 亿元赔付金额；满足保障责任范围二参保人共计 1375 人，共发生住院行为 7884 次，共计产生 0.17 亿元的赔付金额，责任一与责任二累计为患者节约资金 2.50 亿元。

2018 年 G 市城镇职工参保人有住院行为的基本医疗保险参保人共计 784278 人次，涉及 469476 人。满足保障责任范围一的参保人共计 8506 人，穗岁康将赔付共计 0.94 亿元；满足保障责任二参保人共计 4370 人，共发生住院行为 30506 次，共计产生 0.50 亿元赔付金额，责任一和责任二累计为患者节约资金 1.44 亿元。

综上，住院费用个人负担由原先占住院总费用的 31.66% 降为 29.31%。G 市医疗费用结构发生如图所示变化。

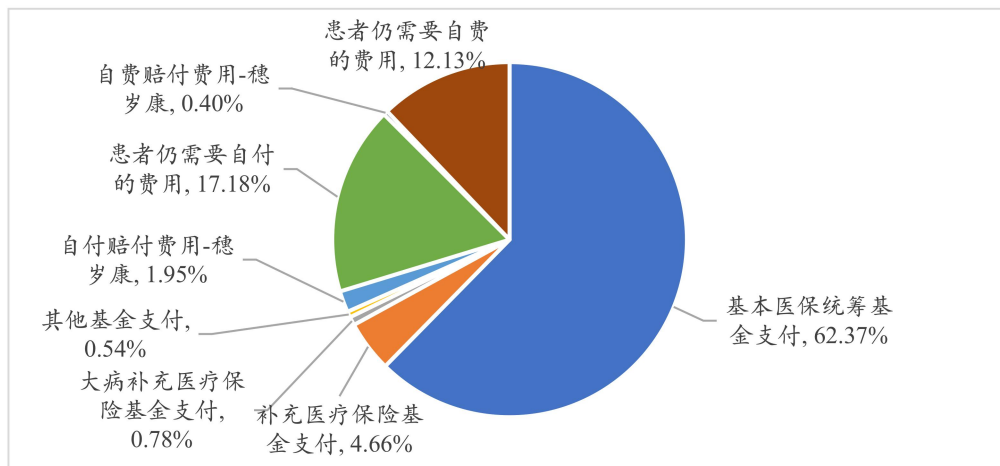


图 4-9 穗岁康赔付后医疗费用构成变化

(2) 既往症患者个人负担有所改善

当前，在保障状态的普惠险中仅 16.55% 的产品无既往症限制，“穗岁康”即为其中之一。本部分通过分析普惠险中既往症个人负担变化情况，进一步看穗岁康保障待遇水平。其中，普惠险中既往症主要包括以下几类疾病：1) 恶性肿瘤（含白血病、淋巴瘤）；2) 肝肾疾病：肾功能不全、肝硬化及肝功能不全；3) 心脑血管及糖脂代谢疾病：缺血性心脏病（含冠心病、心肌梗死）、慢性心功能不全三级以上、脑血管疾病、高血压（3 级）、糖尿病且伴有并发症、4) 肺部疾病：慢性肺阻塞疾病、慢性呼吸衰竭；5) 其他疾病：系统性红斑狼疮、再生障碍性贫血等。以 G 市基本医疗保险参保人 2018 年住院数据对以上病种进行标化，发现以上 5 大类既往症的次均住院费用均接近或高于 G 市次均住院费用，获得“穗岁康”赔付后恶性肿瘤、肝肾疾病、心脑血管及糖脂代谢疾病、肺部疾病、其他疾病个人负担分别降低 6.82%、2.26%、9.39%、0.20% 和 4.91%。

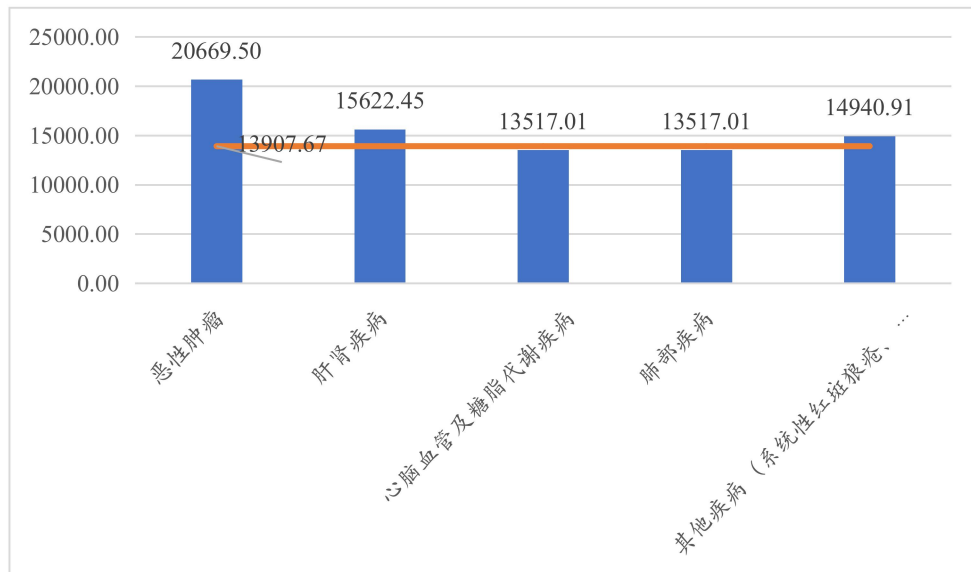


图 4-10 G 市 5 大类既往症的次均住院费用与 G 市次均住院费用对比

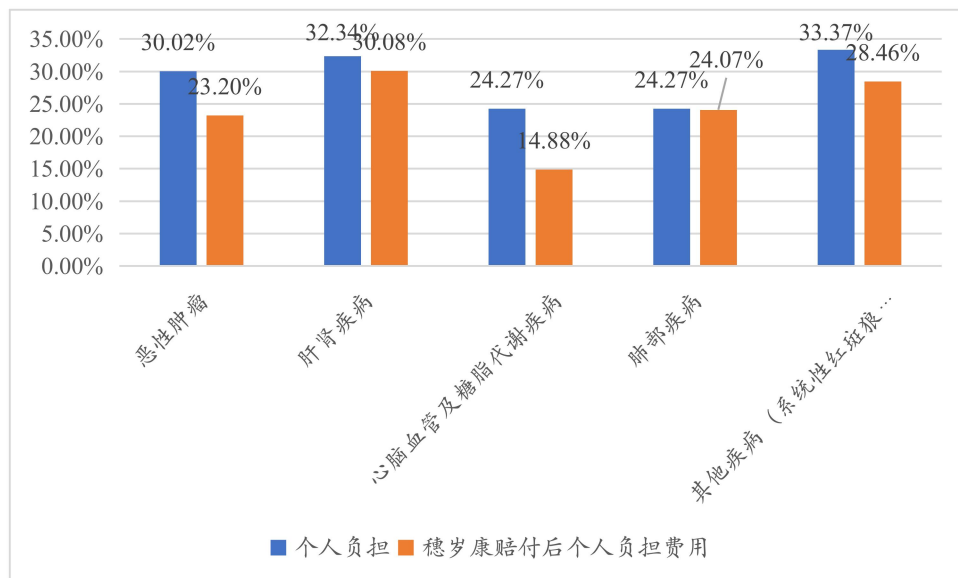


图 4-11 不同病种个人负担变化情况

(3) 医疗费用与穗岁康赔付比例成正相关

下图结果为 2018 年 G 市住院医疗总费用与穗岁康赔付比例关系，该图由 2018 年 G 市全样本数据中抽样 285 个患者住院明细数据，计算“穗岁康”赔付占住院医疗总费用的比例绘制得到。由图显示结果可知，整体而言，穗岁康报销比例与患者医疗费用支出成正相关。

但是我们也不难发现，费用较高的患者，其参保人获得的赔付比例不一定越高，结合穗岁康德保障范围、G 市基本医疗保险和补充医疗保险报销基本情况，

从穗岁康的赔付责任角度看：穗岁康责任一范围内主要的针对的是在完成基本医疗保险和补充医疗保险报销后，满足起付线 1.6 万元的情况相对较难，且第二项责任一般只是针对合规药品和检查费用保障，而非占比在住院费用中占比最多的药品和耗材。因此患者一旦产生非上述保障责任范围的费用，穗岁康就无法进行赔付。

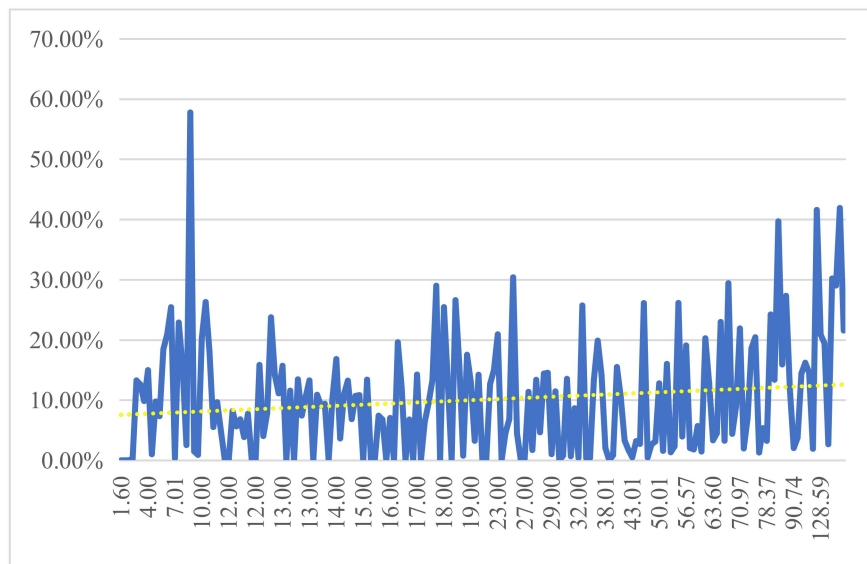


图 4-12 穗岁康赔付与住院总费用关系图

(4) 一定程度上缓解了家庭的灾难性卫生支出

灾难性卫生支出的计算涉及两个指标，一个是家庭医疗卫生自付费用（作为分子）、另一个是家庭经济情况，作为分母。世界银行推荐使用家庭卫生支出占家庭非食品支出的 40% 作为是否发生灾难性卫生支出的标准，或者以家庭卫生支出占家庭总支出的 15% 作为标准^[32]。

G 市 2018 年居民人均可支配收入为 59982 元/年，以三口之家计算家庭可支配收入，为 179946 元/年，人均食品支出 13549 元/年，因此 G 市家庭非食品性支出 139299 元/年。根据灾难性卫生支出判断标准，G 市参保人自付费用不应该超过非食品支出的 40% 或者不应该超过家庭总支出的 15% 作为标准，因此 G 市家庭灾难性卫生支出在人均可支配收入水平上最小值为 55719.6 元/年。

从赔付前后灾难性卫生支出人数变化角度讲，当前住院个人自付费用超过 55719.6 元的人数为 9372 人，该费用人群获得普惠险赔付的人数为 8730 人，获赔人数占比 93.15%。经普惠险赔付后个人自付费用不再符合灾难性医疗卫生支出的人数为 4903 人，因参保普惠险而获赔且医疗自负费用不再属于灾难性医疗

支出的人数占比为 52.31%，可见普惠险在防止低、中收入人群因病返贫具有一定积极作用。

从赔付前后患者个人负担变化情况讲，在满足家庭灾难性卫生支出的患者中，其个人负担比例高于 2018 年 G 市全市住院费用平均个人负担占比（31.66%）。上文结果显示患者住院费用负担越高，其赔付比例越高，患者个人负担下降更明显。对于个人自费用超过 10 万元的患者中，经过穗岁康赔付后个人负担比例下降 17.72%，显著降低该部分患者在医疗费用中的支出。

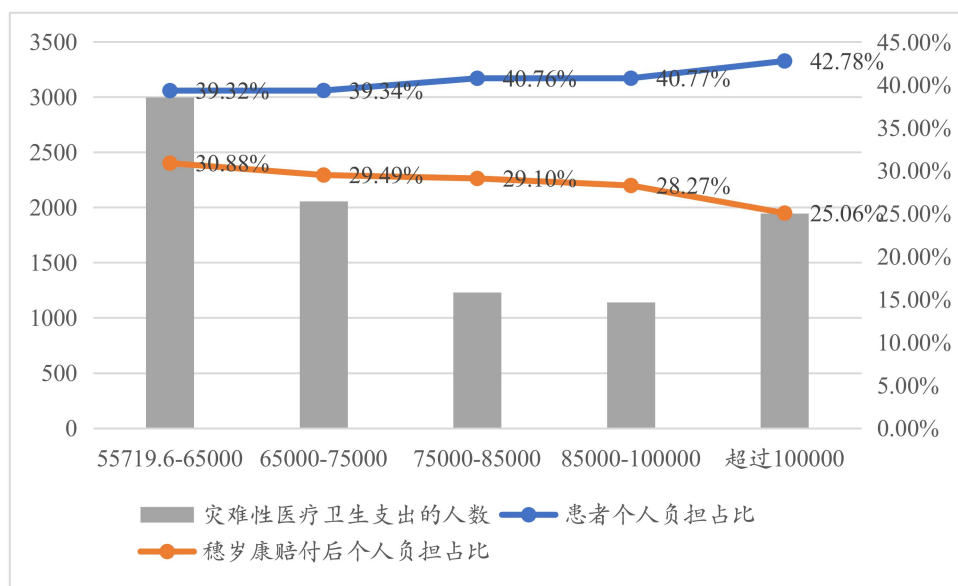


图 4-13 灾难性医疗支出穗岁康赔付前后个人负担情况

二、Z市医疗费用结构分析

Z市实行“基本+大病+附加补充（普惠险）”的多层次医疗保障体系。本研究使用2018-2020年Z市门诊住院医疗费用的全样本数据分析基本医疗保险、大病保险、普惠险纳入保障的费用分布情况，基于医疗费用结构分析Z市“大爱无疆”附加补充医疗保险在多层次医疗保障体系中的站位。

（一）Z市社会医疗保障体系

1. 基本医疗保险

根据《基本医疗保险办法》（珠府〔2016〕47号），在Z市符合基本医保“三大目录”的医疗费用，除部分药品、诊疗项目需要个人先支付一部分费用外，其他医疗费用统称为核准医疗费用。

（1）住院

参保人住院治疗发生的核准医疗费用，基本医保支付时设起付标准、最高支付限额和支付比例，具体见下表：

表 4-5 Z市基本医保住院核准医疗费用待遇政策

参保类型			起付标准			最高支付限额			支付比例
			一级医院	二级医院	三级医院	参保时间 6 个月以内	参保时间 6-12 个月	参保时间 12 个月以上	
一档	在职职工		300	500	1000	2 万	8 万	30 万	92%
	退休职工								94%
二档	灵活就业人员、非本市户籍职工								
	居民	城乡居民							
		学生和未成年人	150	250	500				

其中，参保人同一社保年度累计住院4次以上，第5次住院起（含第5次）起付标准按相应标准的50%确定；参保人在同一医院连续住院的，每3个月支付一次起付标准（特别规定除外）。单价在2000元以上的一次性材料费，由参保人个人先自费10%，剩余部分纳入住院核准医疗费用按20%的比例支付。

（2）门诊

根据《Z市社会基本医疗保险普通门诊统筹暂行办法》，参保人在选定的门

诊统筹定点医疗机构就医所发生的门诊费用由门诊统筹基金支付 70%，个人自付 30%。费用范围包括：（一）普通门诊诊查费。（二）符合基本医疗保险支付范围的药品、医疗服务设施费用。（三）三大常规、生化、黑白 B 超、心电图以及其它符合国家规定的社区卫生服务中心应提供的诊疗项目费用。《Z 市基本医疗保险门诊特定病种管理办法》规定门特不设起付线，针对每个病种设定每社保年度支付限额及支付比例。

2. 大病保险

2021 年 Z 市医保局发布《关于 Z 市补充医疗保险（大病保险）待遇及管理有关问题的通知》（珠医保〔2021〕112 号）^[33]规定，大病保险从职工基本医疗保险基金和城乡居民基本医疗保险基金中分别筹资，按职工大病保险和城乡居民大病保险分别管理。医保年度内发生住院、门诊特定病种核准医疗费用累计自付 10000 元以上的费用、以及医保年度内累计住院核准医疗费用 40-60 万元的费用，由大病保险报销 80%（困难群体参保人为 85%）。

（二）Z 市医疗费用结构

1. 门诊住院费用构成

本研究利用 2018-2020 年 Z 市公立医疗机构的全样本数据进行，区分住院、普通门诊以及门诊特定病种三类费用类型，分析基本医保职工参保人、基本医保居民参保人各年度产生的各类费用金额及占比，具体情况如下表所示：

表 4-6 2018-2020 年 Z 市职工、居民住院、门诊、门慢特医疗费用结构（万元）

类别	年份	总费用	住院费用	住院费用占比	普通门诊	普通门诊占比	门慢特	门慢特占比
职工	2018	296621.00	222573.20	75.04%	28060.78	9.46%	45987.03	15.50%
	2019	346139.60	269518.50	77.86%	28042.01	8.10%	48579.07	14.03%
	2020	309438.30	230766.40	74.58%	26435.62	8.54%	52236.27	16.88%
居民	2018	40664.77	40548.73	99.71%	4.36	0.01%	111.69	0.27%
	2019	122198.30	108233.10	88.57%	7790.80	6.38%	6174.44	5.05%
	2020	99190.82	88695.49	89.42%	3591.06	3.62%	6904.26	6.96%
总数	2018	337285.80	263122.00	78.01%	28065.13	8.32%	46098.72	13.67%
	2019	468337.91	377751.60	80.66%	35832.80	7.65%	54753.51	11.69%
	2020	408629.10	319461.90	78.18%	30026.68	7.35%	59140.53	14.47%

从医疗费用总额来看，2019 年的费用总额相较于 2018 年同比增长 38.85%；2020 年费用有所回落，同比下降 12.75%，从各项费用占比来看，2018-2020 年 Z

市门诊住院费用构成相似度较高，具体见下图：

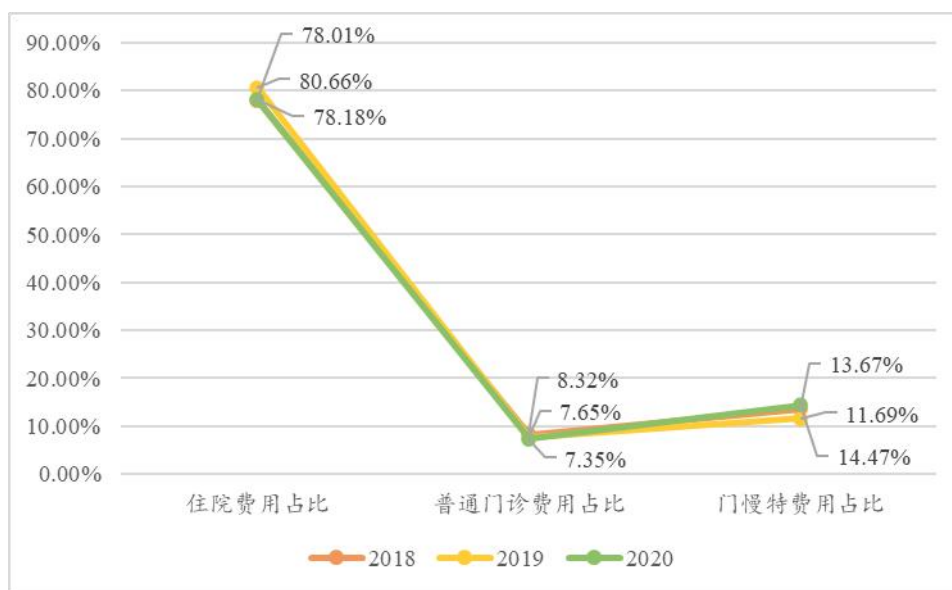


图 4-14 2018-2020 三年 Z 市医疗费用结构

三年间住院医疗费用在总费用中占比在 78.01%到 80.66%之间，普通门诊医疗费用占比在 7.35%到 8.32%之间，门慢特费用占比在 11.69%到 14.47%之间。2018 到 2019 年，Z 市住院医疗费用占比提升，门诊医疗费用占比下降，2019-2020 年住院费用占比有所下降，门诊费用占比提升。

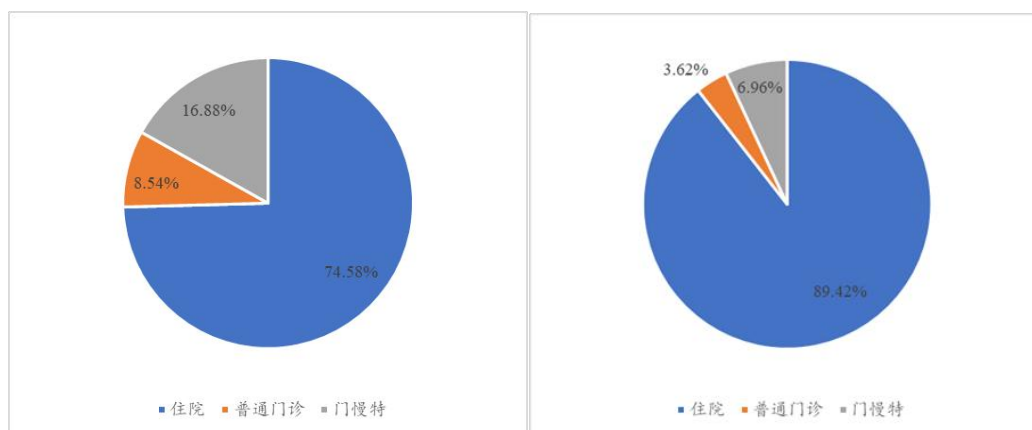


图 4-15 2020 年 Z 市职工居民医疗费用结构（左职工；右居民）

2020 年 Z 市职工参保人的医疗总费用为 30.9 亿元，居民参保人的医疗总费用为 9.92 亿元，远低于职工参保人；居民参保人的费用结构中住院费用占比高达 89.42%，职工住院费用占比为 74.58%；职工门慢特、普通门诊医疗费用占比高于居民参保人。

2. 医保政策范围内外费用构成

2018-2020 年 Z 市平均就诊人数 500480 人，本研究根据医疗费用类型属于基本医保支付费用、大病保险支付费用或参保人个人负担的目录内自付费用、目录外患者自费费用分析各个类型费用的金额及其占比，具体见下表：

表 4-7 2018-2020 年 Z 市医保报销范围内外医疗费用构成（万元）

类型	年份	基本医保支付费用	基本医保支付费用占比	大病保险支付费用	大病保险支付费用占比	自付费用	自付费用占比	自费费用	自费费用占比	医保范围内费用	医保范围内费用占比	总费用
职工	2018	219926.49	74.14%	5575.22	1.88%	53537.13	18.05%	17582.19	5.93%	279038.8	94.07%	296621
	2019	258659.71	74.73%	9162.36	2.65%	57000.72	16.47%	21316.76	6.16%	324822.8	93.84%	346139.6
	2020	229689.86	74.23%	7859.83	2.54%	49528.2	16.01%	22360.38	7.23%	287077.9	92.77%	309438.3
居民	2018	30771.62	75.67%	567.84	1.40%	7069.34	17.38%	2255.98	5.55%	38408.8	94.45%	40664.78
	2019	92372.93	75.59%	2876.33	2.35%	20777.85	17.00%	6171.23	5.05%	116027.1	94.95%	122198.3
	2020	75302.87	75.92%	2720.61	2.74%	15370	15.50%	5797.34	5.84%	93393.48	94.16%	99190.82
总数	2018	250698.11	74.33%	6143.06	1.82%	60606.47	17.97%	19838.17	5.88%	317447.6	94.12%	337285.8
	2019	351032.64	74.95%	12038.69	2.57%	77778.57	16.61%	27487.99	5.87%	440849.9	94.13%	468337.9
	2020	304992.73	74.64%	10580.44	2.59%	64898.2	15.88%	28157.72	6.89%	380471.4	93.11%	408629.1

根据上表，三年间 Z 市各项费用的分布占比例差距在 1%到 2%之间，四类费用的结构差距较小。其中基本医疗支付费用占比最高，均分布在 74%左右；大病保险支付费用占比分布在 1.82%-2.59%之间；自付费用占比分布在 15.88%到 17.97 之间，医保政策范围内费用占比为 93.11%-94.13%。自费费用占比分布在 5.87%-6.89%之间；2020 年费用结构如下图所示：

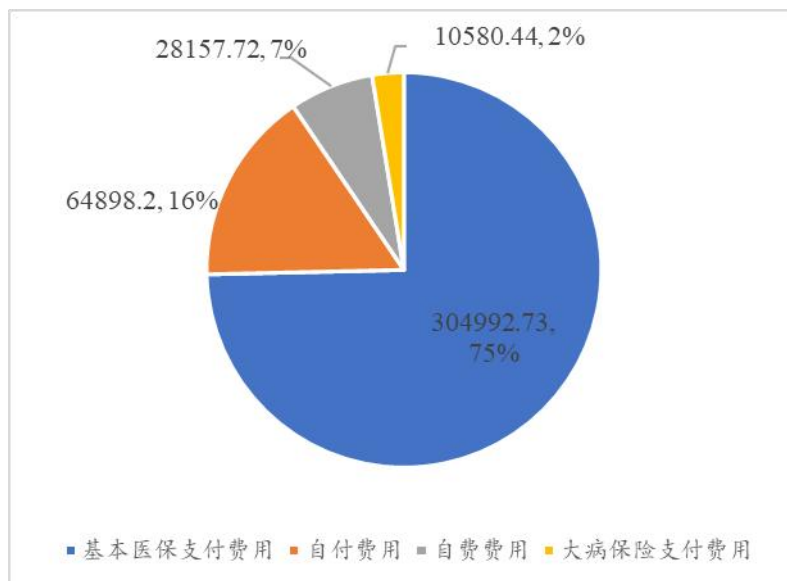


图 4-16 Z 市 2020 年医疗费用分布结构（万元）

其中医保政策范围内费用包括基本医保支付费用、自付费用、大病保险支付

费用，占比高达 93%，目录外的自费费用占比仅达 7%。在基本医保、大病保险对医保政策范围内的费用进行补偿后，Z 市基本医保全体参保人整体承担的医保目录内自付费用仍要高于目录外自费费用，两项费用的占比差距约为 9%。

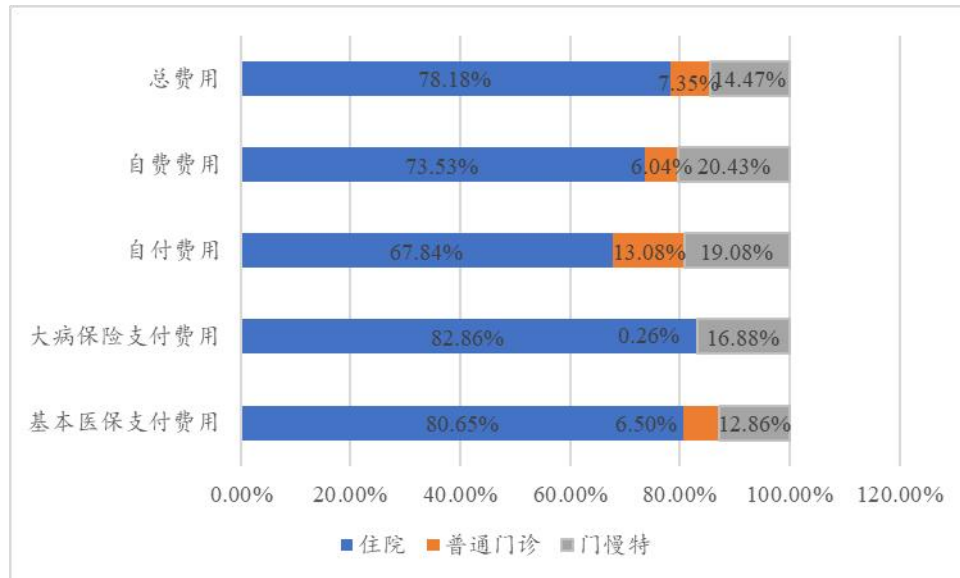


图 4-17 2020 年 Z 市医疗费用结构

根据上图，以 2020 年数据为例，医疗总费用中住院费用占比为 78.18%，普通门诊费用占比为 7.35%，门慢特费用占比为 14.47%；以总费用中门诊住院结构为标准，对比基本医保、大病保险、个人自付、个人自费费用的门诊住院费用分布情况，可以得出，基本医保报销费用中门诊住院的费用占比与总费用比较接近，表明基本医保对门诊住院的实际补偿待遇相对平衡；大病保险的补偿主要集中在住院费用和门慢特费用，对普通门诊的费用补偿较少，与大病保险仅针对住院、门慢特提供补偿的保险条款相匹配；在参保人需要个人承担的费用中，自付费用中门诊费用占比相对较高，包括普通门诊与门慢特费用，表明目前基本医保、大病保险对目录内的费用保障更加侧重于住院费用；自费费用主要特点是门慢特费用占比较高，普通门诊的待遇相对平衡，住院的实际补偿待遇优于门慢特。综上，参保人需要承担的费用中，相较于住院费用，目录内普通门诊与门慢特费用、目录外门慢特费用的补偿待遇存在一定的提升空间。

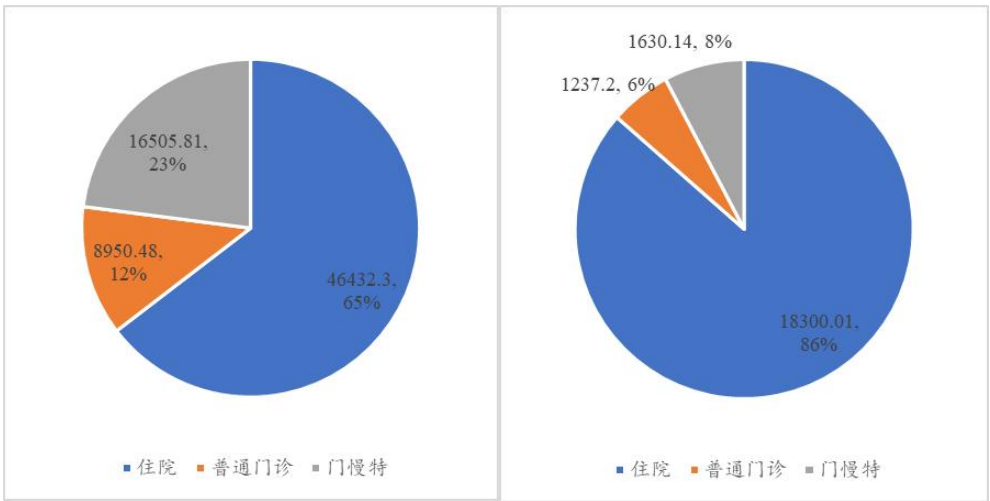


图 4-18 2020 年 Z 市基本医保参保人个人负担费用结构（左职工；右居民）

针对参保人个人需要承担的自负费用，不同类型的参保人的门诊住院的费用结构存在一定差异。2020 年 Z 市职工参保人需要承担的自负费用总额为 7.19 亿元，其中住院费用占比 65%，普通门诊费用占比 12%。门慢特费用占比 23%；同年居民参保人的自负费用总额为 2.12 亿元，其中住院费用占比 86%，普通门诊费用占比 6%，门慢特费用占比 8%。对比 2020 年职工、居民的总医疗费用的门诊住院费用结构，居民个人负担费用与总医疗费用的结构相似；职工的个人负担费用中普通门诊与门慢特费用占比较高，该类费用待遇存在一定的提升空间。

（三）“大爱无疆”附加补充医疗保险

1. “大爱无疆”保险待遇

Z 市“大爱无疆”附加补充医疗保险是由政府支持引导，商业保险公司承办开发的非营利性保险，与 Z 市基本医疗保险、大病保险对接互补，对基本医保和大病保险报销后的个人负担部分进行再次保障，进一步减轻参保人患重大疾病后的医疗费用负担。Z 市基本医保参保人可以使用 Z 市基本医疗保险个人账户资金或现金自愿购买 Z 市“大爱无疆”附加补充医疗保险，保费 190 元/年。“大爱无疆”附加补充医疗保险的产品保障内容包括恶性肿瘤自费项目补偿、个人负担医疗费用补偿、国家谈判药品门诊费用补偿等七项^[34]，具体见下表：

表 4-8 Z 市附加补充医疗保险“大爱无疆”2022 年产品责任细则

序号	类别	内容	待遇
1	超高额医疗费用补偿	被保险人社保年度内发生基本医疗保险范围内的住院核准医疗费用	60 万元以上、100 万元以内(含 100 万元)的部分,支

			付 90%
2.	恶性肿瘤自费项目补偿	(一) 自费药补偿 被保险人已由 Z 市基本医保认定为恶性肿瘤病种的, 使用治疗性自费药品费用	累计在 1 万元以上、30 万元(含 30 万元)以内的部分, 支付 90% (既往症首年支付比例调整为 60%)
		(二) PET-CT 检查项目补偿 被保险人投保年度内新确诊恶性肿瘤或复发(含转移)的, 可各享受一次 PET-CT 检查项目补偿, 其检查费用(不含显影剂)	支付 60%。
3.	个人负担医疗费用补偿	被保险人投保年度内住院(含中额费用门特、高额费用门特和门诊专项)发生费用范围内的个人负担医疗费用	累计 3 万元(本市户籍特困人员、低保对象累计 1 万元以上、100 万元以内(含 100 万元)的部分, 支付 90%。
4.	国家谈判药门诊费用补偿	被保险人投保年度门诊(不含中额费用门特、高额费用门特和门诊专项)使用国家谈判药品的个人负担医疗费用	累计在 3 万元以上、30 万元以内(含 30 万元)的部分, 支付 60%。
5.	定额现金补偿	被保险人投保年度内首次确诊本项目产品规定的重大疾病的, 或首次确诊新型冠状病毒感染肺炎(重症)的	一次性定额补偿 2 万元
6.	特定病种筛查项目补偿	被保险人符合肺癌、结肠癌、直肠癌、胃癌、食管癌、乳腺癌、鼻咽癌筛查标准的, 投保年度内在指定医院进行指定病种的检查项目产生的检查	支付 90%
7.	见义勇为人身医疗费用项目补偿	被保险人在投保年度内经本市有关部门认定为本市行政区域内见义勇为者, 因见义勇为遭受人身伤害, 在救治期间的医疗费、护理费等医疗费用中个人负担的部分	支付 100%, 年度最高支付限额 50 万元

2. “大爱无疆”对医疗费用结构影响

目前 2018-2020 年的 Z 市数据仅包含总费用、自付、自费、基本医保支付费用、大病保险支付费用的金额, 本研究受数据可得性的限制, 以“大爱无疆”补充医疗保险责任 3 为例, 针对个人负担医疗费用补偿的费用进行测算, 从宏观角度分析“大爱无疆”补充医疗保险赔付后医疗费用结构的变化, 从微观角度分析不同费用段的参保人能够享受到的补偿金额。

(1) “大爱无疆”补充医疗保险赔付总费用占比

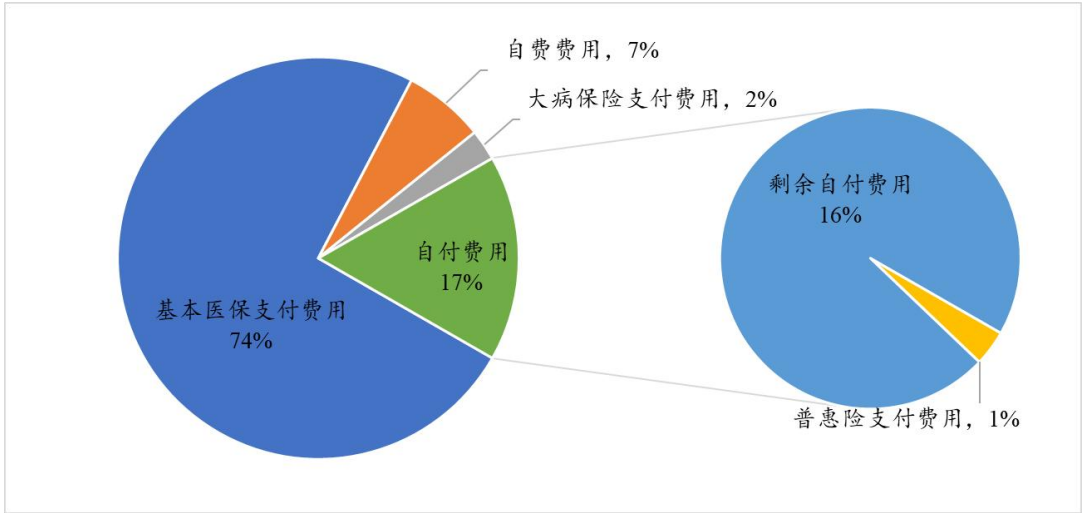


图 4-19 “大爱无疆” 赔付后医疗费用结构分布

根据上图，从宏观角度来看，Z 市普惠险责任三赔付后对整体医疗费用的结构影响较小，仅对参保人自付费用中 1% 的费用额度，这与普惠险的保障条款密切相关，3 万元免赔额的设定仅将一部分产生高额医疗费用的参保人纳入赔付范围内，且按比例进行支付。

(2) 不同费用段参保人获赔金额

从参保人的角度出发，个人需要承担的不同费用段的分布的参保人数量不同，且不同费用段的参保人能够获得的普惠险赔付金额也不同，各费用段的人数分布具体见下表：

表 4-9 2018-2021 年 Z 市基本医保参保人个人负担费用分布

年份	10000 元以下	10001-20000 元	20001-30000 元	30001-40000 元	40001-50000 元	50001-60000 元	60001 元以上
2018	434488	8662	2511	1050	455	227	358
2019	504789	11956	3917	1484	762	444	1147
2020	512356	9828	3479	1471	753	401	898
2021	341418	3228	945	347	156	83	151

2018-2021 年，Z 市基本医保参保人中个人负担费用一万元以下的人数占比均超过 95%，对 Z 市基本医保参保人而言，需要个人承担的自负医疗费用越高时，大爱无疆补充医疗保险能够赔付的费用也越多，个人负担费用 3 万元以上的人数分布及普惠险人均赔付费用如下图所示：

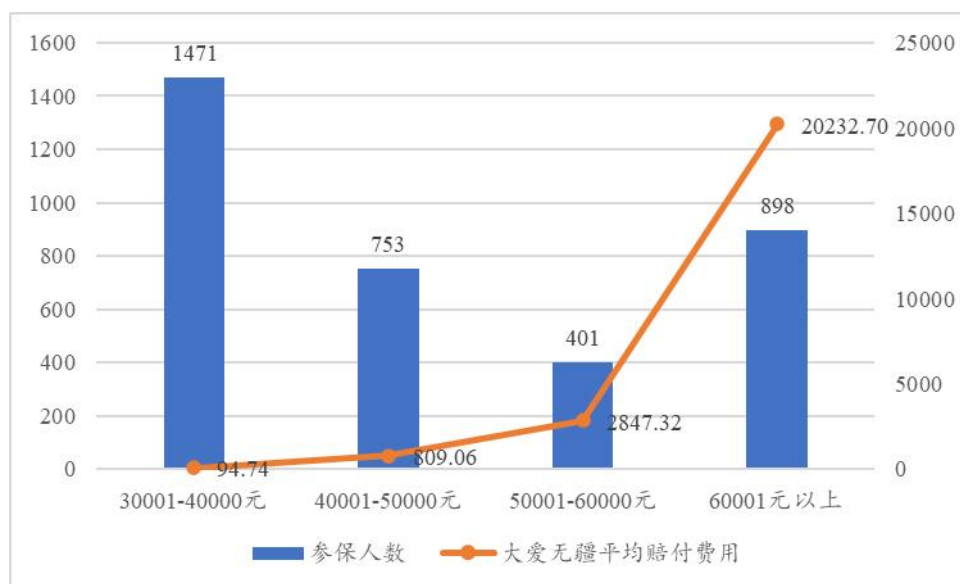


图 4-20 2020 年 Z 市个人负担 3 万元以上的人数分布及“大爱无疆”赔付费用

“大爱无疆”补充医疗保险的保障责任规定，个人承担的自付费用超过三万元的参保人可以纳入责任三保障范围内。从参保人需要承担的个人自付费用来看，费用越高的人群获赔金额越高，且当个人负担费用超过 5-6 万元时，获赔金额有明显的上升趋势。

根据灾难性卫生支出判断标准，当参保人自负费用超过非食品支出的 40% 即达到灾难性支出。Z 市 2018 年全年全体居民人均可支配收入 48107 元^[35]，2018 年 Z 市全体居民人均食品支出 10775 元^[36]；2019 年 Z 居民人均可支配收入 52495 元^[37]，2019 年 Z 市全体居民人均食品支出 11427 元^[38]；2020 年 Z 居民人均可支配收入 55936 元^[39]，2020 年 Z 市全体居民人均食品支出 11359 元^[40]，以三口之家计算家庭可支配收入及食品支出占比，Z 市例年家庭灾难性支出费用如下表：

表 4-10 2018-2020 年 Z 市居民灾难性支出费用

年份	人均可支配收入	家庭可支配收入	人均食品支出	家庭食品支出	家庭灾难性支出
2018	48107	144321	10775	32325	44798.4
2019	52495	157485	11427	34281	49281.6
2020	55936	167808	11359	34077	53492.4

以 2020 年数据为例，针对 Z 基本医保参保人中个人负担费用达到家庭灾难性支出的人群，分析在大爱无疆保险赔付前后参保人个人负担的变化程度。2020 年 Z 市共有 1123 人的个人负担费用达到家庭灾难性支出，个人负担费用分布在 5.35 万元到 133.4 万元之间；大爱无疆赔付后，共有 940 人个人负担费用达到家庭灾难性支出，个人负担费用分布在 5.35 万元到 77.2 万元之间。各费用段人数如下图所示：

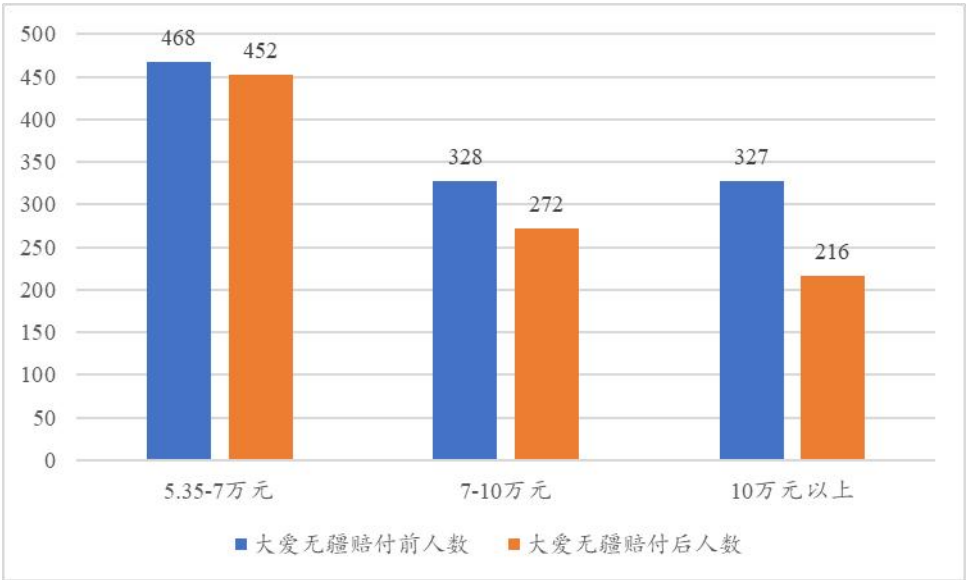


图 4-21 大爱无疆赔付前后灾难性支出人数变化

综上，从宏观角度出发“大爱无疆”赔付费用占比较小，对医疗费用总盘子影响微弱；但从参保人实际享受待遇的微观层面出发，该普惠险主要针对高额费用进行补偿，基金的赔付力度随个人负担费用的增长有所提高，对高额费用段的参保人的保障最为明显，对缓解“灾难性支出”参保人因病返贫的问题产生一定效果。

(3) 高费用负担参保人的医疗费用结构

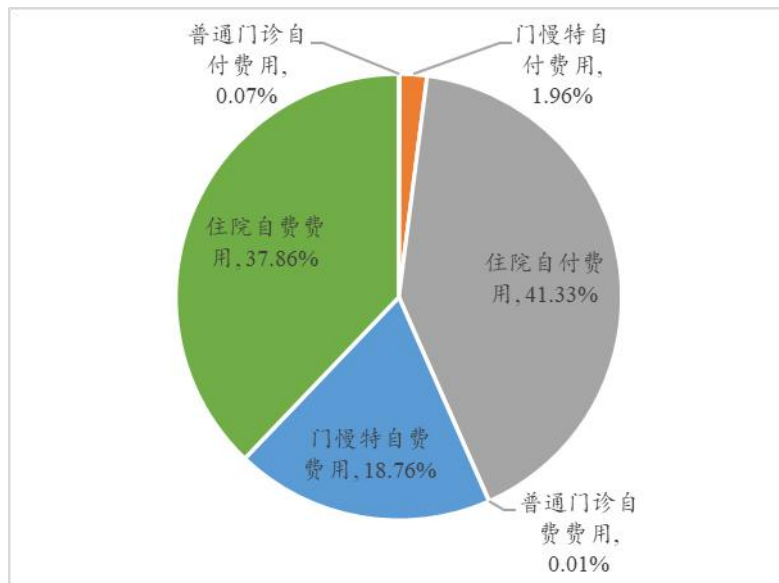


图 4-22 2020 年个人负担费用超过“家庭灾难性支出”的参保人费用结构

从个人负担费用来看，高费用段的参保人自负费用主要由目录内的住院自付费，目录外的住院、门慢特自费费用构成。从自负费用与总费用的结构分布来看，高费用段参保人的个人自负费用中目录内住院自付费用、目录外门慢特自费费用占比较高，上述两类费用的保障待遇存在一定的提升空间，需要普惠险对其提供相应的保障，目前乙市“大爱无疆”补充医疗保险责任二对目录外的恶性肿瘤自费药品费用和 PET-CT 检查费用提供补偿。

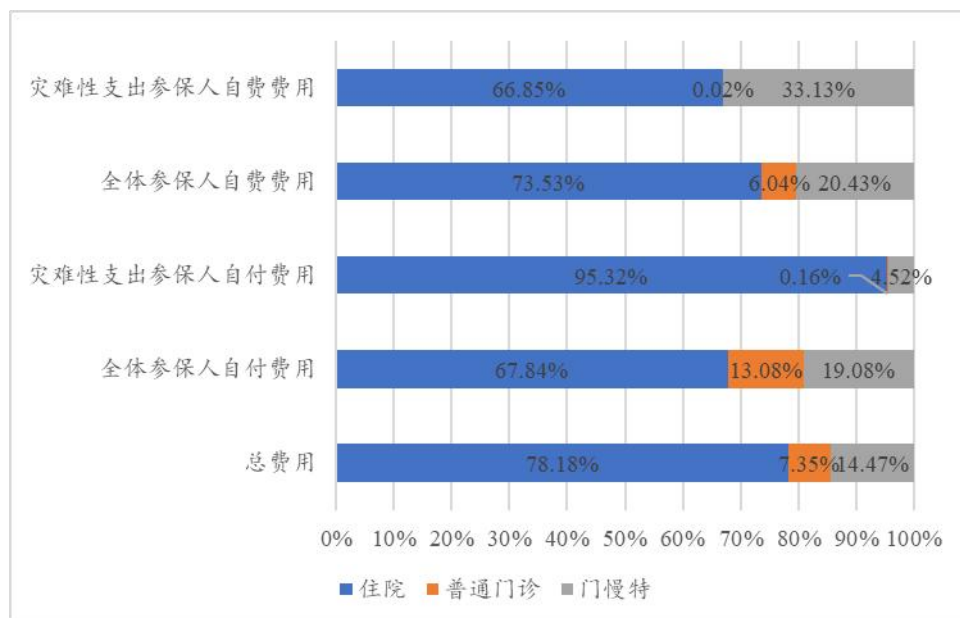


图 4-23 2020 年参保人个人负担费用达到“家庭灾难性支出”各类费用分布

第二节 穗岁康的发展现状

一、穗岁康的政策现状

截止到 2023 年 6 月，目前国内仍然处于在保状态的普惠险产品共计 215 款。通过横向对比穗岁康和其他普惠险产品，对于穗岁康更好的发展具有借鉴意义。下面将从以下参保条件、缴费机制和待遇政策三方面来具体展开对比。

（一）参保条件

通过梳理普惠险参保条件的限制情况得知，参保条件中允许既往症参保，但是既往症报销比例降低的普惠险的数量占比最多。为 50.33%；不允许既往症参保的占比最低，为 3.97%。相较于其他产品，穗岁康对既往症人群的待遇无限制，允许既往症人群参保，并且对既往症人群来说不存在报销比例限制，所有类型的参保人待遇一致。

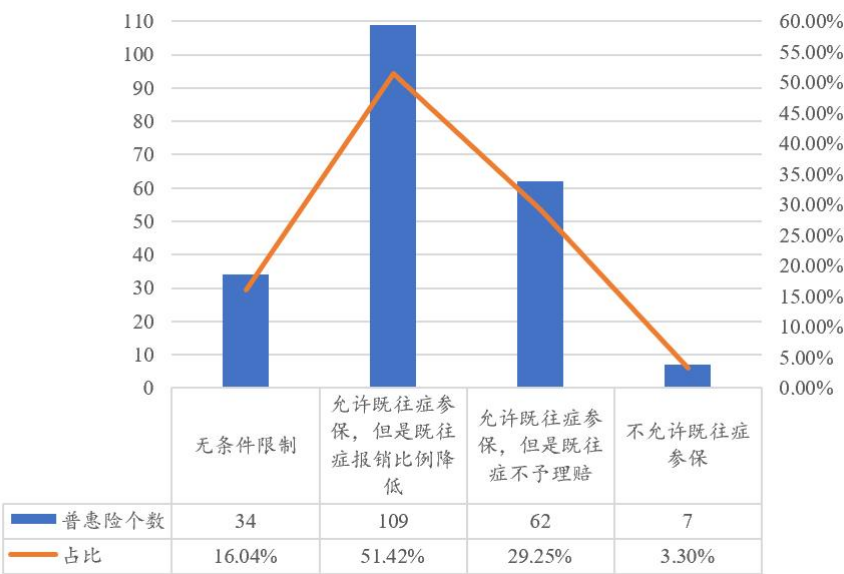


图 4-24 普惠险参保条件限制情况

（二）缴费机制

1.缴费水平：缴费水平中等偏高

当前 215 款普惠险产品中，保费的平均值为 103.06 元，仅占 2021 度全国人均可支配收入 35128 元/年的 0.2934%。2021 年和 2022 年穗岁康的保费均为 180 元，在全国的普惠险产品中属于中等偏上水平。

2.缴费水平：固定缴费模式居多

通过梳理全国普惠险保费的缴费方式基本情况得知,用阶梯式保费缴费模式的产品有 44 款,其中在采用阶梯式保费模式的普惠险产品中,按照年龄段,保障范围和保障年限实施分档缴费。而 162 款产品采用固定保费模式,占比为 76.42%,穗岁康在 2021 和 2022 年均采用固定保费的缴费方式。具体情况见下表。

表 4-11 普惠险缴费方式基本情况

普惠险缴费方式		普惠险数量	举例
固定保费缴费		162 (76.42%)	穗岁康、南京宁惠保、天一甬宁保等
阶梯式 缴费	按年龄	22 (10.38%)	宁波工惠保、湖北城惠保
	按保障范围	27 (12.74%)	德 e 保、善美保等
	按保障年限	1 (0.47%)	深圳专属医疗
总计		215	

3.缴费渠道：线上和线下相结合，以线上为主

普惠险为互联网医疗保险时代下的产物,215 款普惠险产品,几乎所有产品均支持线上微信小程序缴费,部分普惠险产品也支持参保人使用支付宝、本地宝、云闪付 App 或者代理人专属二维码等程序进行缴费,还有部分普惠险产品也允许参保人进行线下缴费,支持医保个人账户缴费的线下缴费窗口一般设置在医疗保障局缴费窗口。在当前 215 款普惠险产品中,77 款产品支持医保个人账户缴费及家庭成员共济缴费,占当前在保状态普惠险的 36.32%。穗岁康的投保方式和缴费均可以在线上和线下实现,以线上为主,并且支持职工医保个人账户为本人及其直系亲属缴纳保费,老年参保群体的直系亲属可通过添加被保险人方式为老年人参保,或协助老年人进行线上参保,提高参保的便捷。具体各省市普惠险使用个账进行保费缴纳的基本情况见下图。

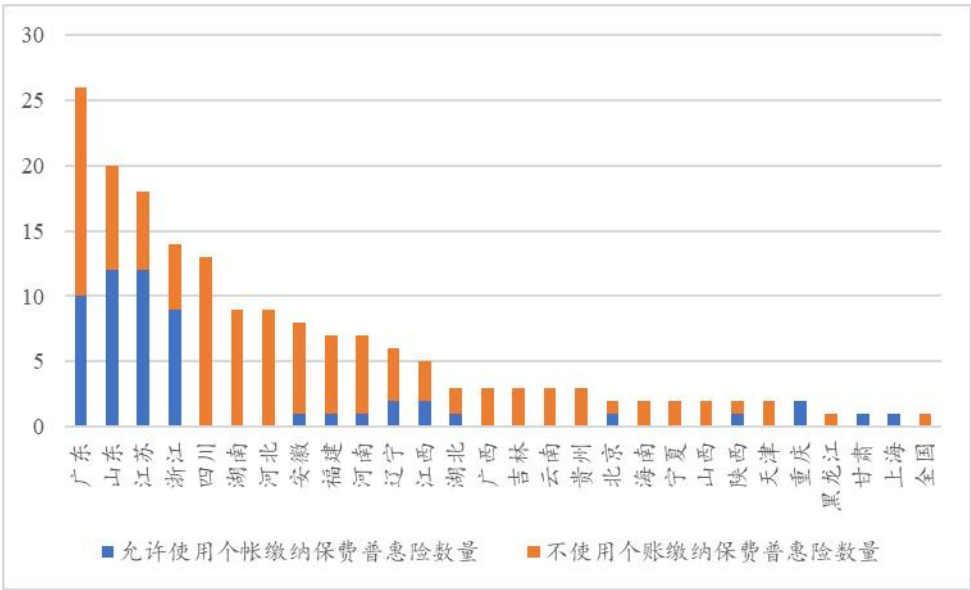


图 4-25 各省市普惠险个账开通缴纳保费数量

(三) 待遇政策

目前全国普惠险的保障范围主要集中分为三类，一是保障自付费用、自费费用以及特定高额药品费用，共 79 款，占比 46%；二是保障自付费用、特定高额药品费用，共 61 款，占比 35%；三是保障自付费用、自费费用，共 22 款，占比 13%。穗岁康的保障范围集中在自付费用和自费费用，其保障范围在全国普惠险中占比较低，属于 22 款其中之一。

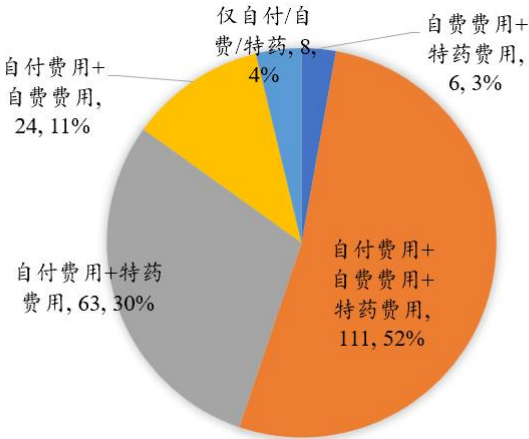


图 4-26 215 款普惠险保障范围

穗岁康具体的待遇保障内容分为四部分，主要可划分为自付费用、自费费用。具体保障条款见表。

表 4-12 G “穗岁康”保障责任

待遇	类型	保障范围	年度免赔额
----	----	------	-------

待遇一	住院+门特（目录内自付）	住院和门特基本医疗费用补偿	免赔额 1.6 万元，赔付比例 80%，保额 100 万元
待遇二	住院（目录内外自费）	住院合规药品费用和检验检查费用补偿	免赔额 1.6 万元，赔付比例 70%，保额 100 万元
待遇三	门特+普通门（急）诊（目录内、外）	门诊合规药品费用补偿	协议期内谈判药品、符合制定适应症范围的创新药品：免赔额 1.6 万元，赔付比例 60%，保额 30 万元
			其他合规药品：免赔额 4.5 万元，赔付比例 50%，保额 30 万元
待遇四	特定人群补偿	特殊医用耗材费用补偿、精神分裂症长效针剂、见义勇为人身伤害费用补偿、指定病种筛查费用补偿	

1.免赔额

从全国普惠险产品来看，自付费用的免赔额集中在 1.5 万元和 2 万元；自费费用的免赔额集中在 2 万元。2021 年穗岁康规定自付费用和自费费用的免赔额为 1.8 万元，2022 年下调至 1.6 万元，相比全国产品而言，穗岁康自费费用的免赔额较低。

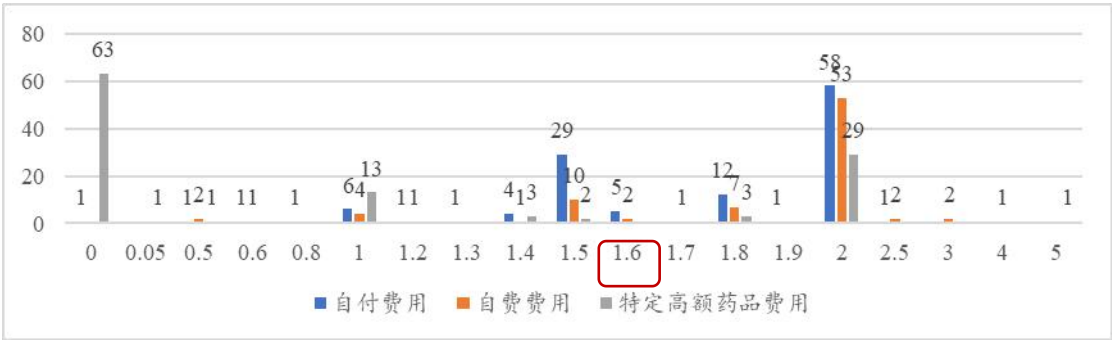


图 4-27 普惠险免赔额分布情况（万元）

2.保额

分析全国普惠险产品各项待遇保障的保额，其中自付费用、自费费用和特定高额费用的保额主要分布在 50 万元、100 万元、150 万元，但三类保障范围的保额大多数集中在 100 万元，穗岁康医保目录内外费用的保额也为 100 万元，与全国普惠险产品较一致。

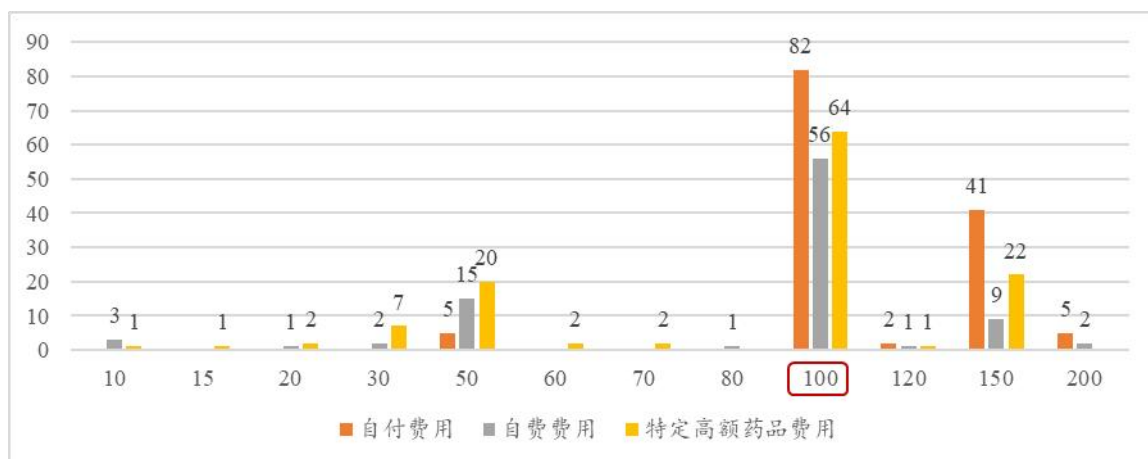


图 4-28 普惠险保额分布情况 (万元)

3. 赔付比例

全国普惠险产品中，38 款产品医保目录外费用的赔付比例在 60% 以下，62 款产品对特定高额药品的赔付比例设定为 80%。而对于不限定特定高额药品目录的穗岁康而言，其自费费用的赔付比例为 70%，相较于全国而言，穗岁康的自费费用的赔付比例处于较高水平。

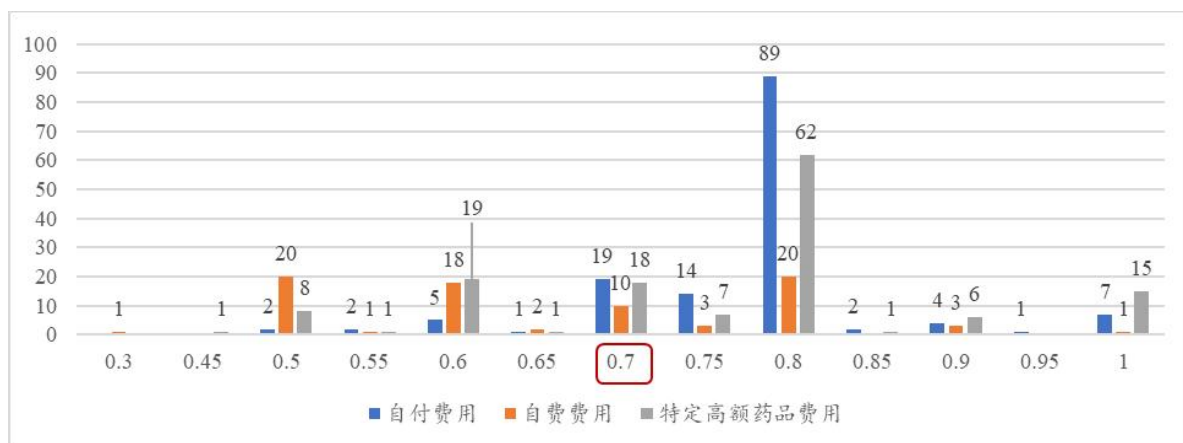


图 4-29 普惠险赔付比例分布情况

二、穗岁康运行情况

(一) 参保稳定，收支平衡

2020 年 12 月“穗岁康”商业补充健康保险正式上线，保费定价 180 元，当年参保人数 366.9 万，参保率达 28.23%；保费收入共计 6.6 亿元，赔付率达 70% 以上。“穗岁康”运行第二年，保费不变同时降低免赔额，参保人数 379.61 万，参保率达 29.2%；保费收入 6.83 亿元，上半年赔付支约出 2.6 亿元，同比增长 39.6%，支出速度增长显著，收支压力增加。

(二) 目录外赔付费用增速较高

2021 年，穗岁康参保人中共有 26332 人享受待遇，共赔付 4.67 亿元，赔付率约为 70.76%。从不同待遇的赔付支出来看，赔付费用主要产生在待遇一、待遇二，两项待遇的赔付支出占比达到 96.2%，待遇二占比最高为 69.6%，具体见表。

表 4-13 2021 年穗岁康各类待遇赔付情况统计表

待遇类型	人数	人次	赔付（万元）	赔付占比（%）
待遇 1	15410	133193	12420.7	26.6
待遇 2	17172	71340	32532.7	69.6
待遇 3-1	939	4416	967.5	2.1
待遇 3-2	320	2539	615.9	1.3
待遇 4	110	507	191.5	0.4
待遇 5	25	25	0.2	0.0
合计	26332	172020	46728.5	100

2022 上半年，穗岁康累计赔付 2.49 亿元，待遇享受人数共计 17156 人。待遇一与待遇二的赔付支出占比为 95.58%，其中待遇二的占比相较于 2021 年全年有所提升，占比达到 73.98%。

表 4-14 2022 年 1-6 月穗岁康各类待遇赔付情况统计表

待遇类型	人数	人次	赔付（万元）	赔付占比（%）
待遇 1	8066	18689	5374.81	21.60%
待遇 2	10033	10578	18409.88	73.98%
待遇 3-1	654	2055	531.15	2.13%
待遇 3-2	217	1318	493.88	1.98%
待遇 4	697	2765	75.25	0.30%
合计	17156	63657	24884.97	100%

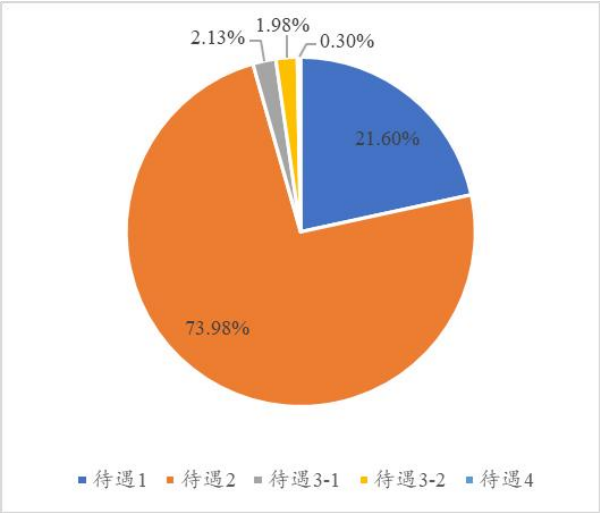


图 4-30 2022 上半年穗岁康各项待遇费用支出比例

从两年同期对比的角度来看，2021 年上半年穗岁康支出 1.79 亿元，2022 年上半年支出 2.49 亿元，同比增长 38.67%。根据商业健康保险的赔付趋势，下半年的赔付支出一般略高于上半年，上半年的赔付支出占比约为 40%，下半年的赔付支出占比约为 60%。由此可估计 2022 年全年待遇一的赔付金额约为 1.34 亿元，相较于 2021 年同比涨幅 8.18%；待遇二的赔付金额约为 4.6 亿元，相较于 2021 年同比涨幅 41.47%，待遇二的费用支出增长趋势明显。

（三）职工医保参保人的赔付支出占比高，且高费用人员较集中

同期对比 2021 年与 2022 年上半年“穗岁康”不同人员类型的赔付数据。首先，从横向分析来看，职工类型参保人的赔付支出高于居民类型参保人。2021 年上半年职工类型参保人的赔付支出占比近 60%，居民类型参保人占比仅为 41.39%，并且 2022 年上半年这一趋势将进一步加深。从赔付人数和人均赔付金额来看，职工类型人员获得赔付的人数以及人均赔付金额均高于居民类型。而对 2022 年上半年分待遇赔付数据进行分析发现，职工类型人员待遇二的赔付支出比较高，占比为 59%。“穗岁康”赔付支出主要集中在职工类型参保人，其对于穗岁康赔付支出压力较大。

其次，从纵向分析来看，相较于 2021 年上半年，2022 年同期“穗岁康”对职工和居民类型人员的赔付支出分别出现明显增加，并且职工赔付支出的占比呈现增加的趋势；并且从赔付支出和人均赔付支出来看，2022 年上半年均有所增加，相比于 2021 年同期，获得待遇享受的职工类型参保人及其人均赔付支出均有所增加。

表 4-15 “穗岁康”分人员类型的同期赔付情况

年份	人员类别	穗岁康赔付支出 (亿元)	占比	赔付人数	人均赔付支出 (元)
2021 年	职工	1.05	58.61%	6866	15318.68
	居民	0.74	41.39%	5292	14034.96
2022 年	职工	1.54	61.82%	9991	15401.07
	居民	0.95	38.18%	7287	13043.15

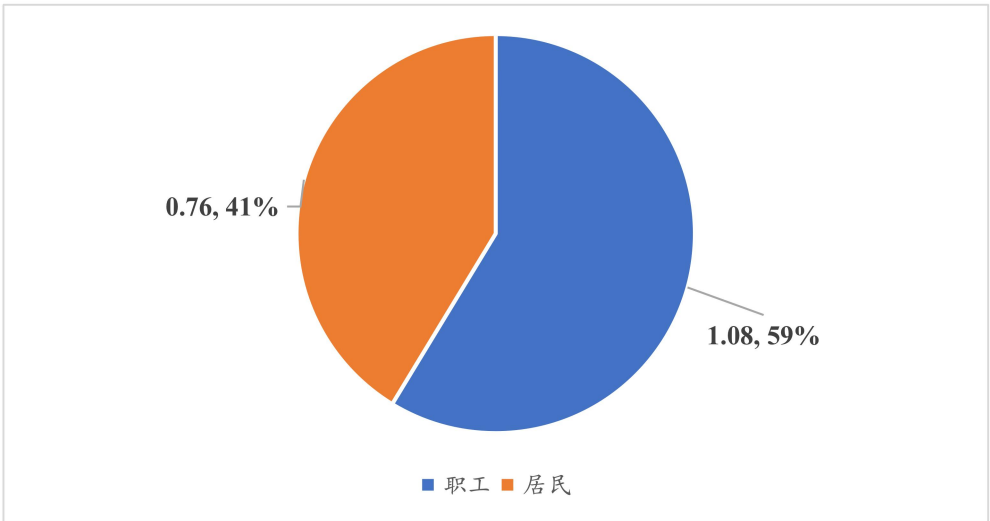


图 4-31 2022 年上半年职工和居民待遇二赔付支出金额及占比 (单位: 亿元)

从不同人员类型的个人负担费用来看，与 2021 年同期对比，2022 年上半年经穗岁康赔付后，个人负担费用达到灾难性支出的人数有所下降，可能是由穗岁康免赔额调整所导致。同时，居民类型参保人经穗岁康报销后所达到的灾难性支出人数要高于职工类型参保人。但从运行年份来看，2022 年职工类型参保人所达到灾难性支出的人数、不同负担费用段人数均超过 2021 年情况，而居民类型参保人的情况与之相反。最后，从高负担费用段人群来看，虽然职工类型参保人达到灾难性支出人数低于居民类型参保人，但高负担费用人群主要集中在职工类型参保人，并且这一趋势逐渐增强，比如 2021 年上半年，经穗岁康报销后，个人负担费用在 20 万至 30 万之间的人数仅 19 人，略低于职工类型参保人的 21 人，但在 2022 年上半年，职工类型参保人人数已达到 38 人，且超过居民类型参保人的 15 人。

表 4-16 2021 年和 2022 年上半年经“穗岁康”报销后灾难性支出人数及不同负担费用段人数情况

年份	人员类型	灾难性支出人数	穗岁康赔付后个人负担费用				
			10 万以上	10 万-20 万	20 万-30 万	30 万-40 万	40 万以上
2021 年	职工	444	159	131	19	3	6
	居民	676	230	208	21	1	—
2022 年	职工	468	208	153	38	12	5
	居民	612	229	210	15	4	—

综上，通过对比 2021 年和 2022 年上半年分人员类别理赔情况，职工医保参保人获得穗岁康赔付支出占比约 60%，并且从理赔人数、人均赔付支出等情况来看，职工类型参保人理赔情况均超过居民类型参保人。此外，职工类型参保人所

产生灾难性支出的人数有所增加，且高额费用人群主要发生于职工类型参保人。以上情况均呈现逐年上升趋势。

(四) 参保人中待遇享受人员占比较低，两年连续获赔人员的穗岁康基金支出占比达到 1/4 以上

根据上文，2021 年全年、2022 年上半年的待遇享受人数分别为 2.6 万人、1.7 万人，占当年参保人中的 0.71%和 0.45%。其中 4776 人两年连续获赔，仅为 2022 年全体参保人数的 0.1%，2021 年该类人群的赔付支出金额为 1.18 亿元，占穗岁康赔付支出总费用的 26%；2022 年上半年该类人群的赔付支出金额为 0.69 亿元，占穗岁康上半年赔付支出总费用的 27%。

表 4-17 2021 全年、2022 上半年不同费用段获赔人数

穗岁康赔付费用	21 年全体享受待遇人数	21 年连续获赔人员待遇享受人数	连续获赔人数占比	22 年上半年待遇享受人数
0-5 万元	26172	4172	15.94%	16200
5-10 万元	1355	415	30.63%	655
10-20 万元	421	136	32.30%	234
20-40 万元	107	39	36.45%	53
40-60 万元	12	7	58.33%	10
60-80 万元	4	3	75.00%	2
80 万元以上	3	2	66.67%	2

且不同费用段的连续获赔比例不同，赔付费用越高，连续获赔比例越大。2021 年共有 19 人享受穗岁康赔付达到 40 万元以上，其中 12 人在 2022 年继续享受待遇，占比达 63.16%；2021 年获赔金额在 5-40 万元间的人有 31.33%在 22 年连续获赔，21 年获赔金额在 5 万元以下的人群中仅有 15.94%的人在 22 年连续获赔，可见高赔付段的人群相对集中，基金支出的对象集中性较高；且高赔付人群连续获赔的概率更大，其他参保人获得感有待提升。具体见表 3-2-5。

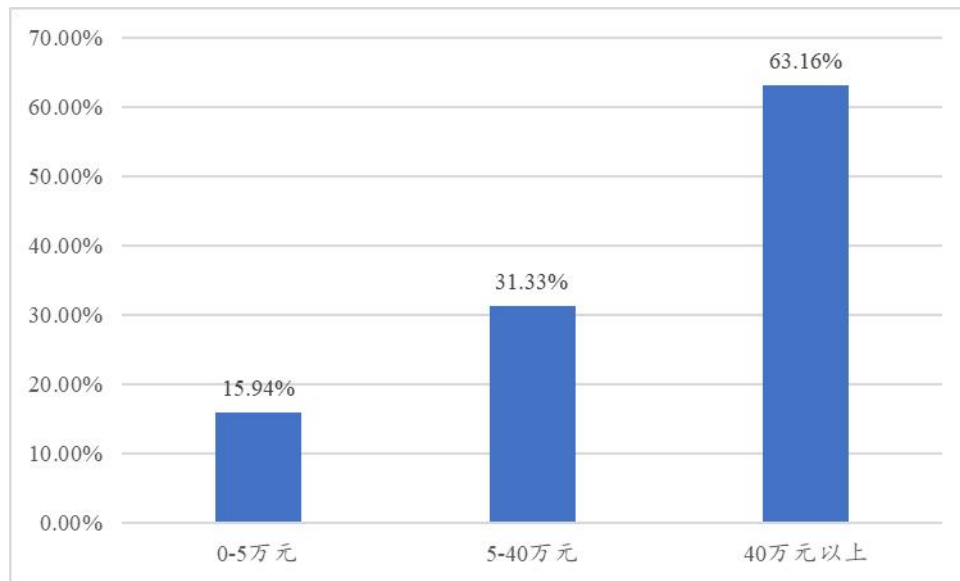


图 4-32 2021 年不同赔付费用段人群的连续获赔比例

(五) 灾难性支出人数有所降低，超高额费用人群负担仍较重

根据灾难性卫生支出判断标准, 2021 年 G 市居民家庭灾难性支出为 71330.4 元/年。首先, 从穗岁康整体赔付数据来看, 2021 年穗岁康参保人中共有 4266 人的自负费用达到家庭灾难性支出标准, 金额分布在 7.14 万元到 129.3 万元之间; 穗岁康赔付后家庭灾难性支出的人数减少到 3030 人, 金额分布 7.14 万元到 83.46 万元之间, 2021 年穗岁康已解决 1236 名参保人因病返贫的问题。



图 4-33 2021 年社会医疗保险报销后不同费用负担人群的穗岁康赔付金额及个人最终负担金额

根据上图, 对穗岁康待遇享受人员在经过社会医疗保险报销后个人承担的费用进行分段, 个人负担金额越高的人群穗岁康赔付的金额也越高, 其中社会医疗保险报销后个人需要承担 100 万元以上的人群, 穗岁康人均赔付金额达到 63.83 万元, 可见穗岁康的赔付呈现阶梯趋势。

同时,根据上图中穗岁康赔付后不同人群需要承担的个人最终支付费用可以看出,虽然个人负担比较高的人穗岁康相应的赔付金额也较高,超高额医疗费用人群仍有较高的医疗费用需要个人承担,例如A患者2021年的年度医疗费用总额为378万元,社会医疗保险基金报销74万元,穗岁康赔付103万元,个人最终仍需支付约200万元。

第三节 优化方向

针对穗岁康现阶段运行过程中存在问题,本研究基于全国普惠险经验做法,并结合G市的实际情况,为探索G市“穗岁康”制度优化提出相关建议。穗岁康制度优化主要可从扩大筹资渠道、优化保障内容、补偿高额费用人群三方面入手。

一、扩大筹资渠道

针对穗岁康现阶段赔付支出压力大、基金运行面临穿底风险等情况,通过扩大筹资渠道来扩大穗岁康的“入口”,以推动穗岁康的平稳运行,主要包括提高筹资水平和扩大参保人群两大方向。通过这两种方式来增加穗岁康的保费收入,提高参保率,从而能形成一个稳定的基金池以抗衡逆向选择的风险,并实现全体参保人之间的风险分散,从而实现穗岁康的可持续发展。

(一) 调整保费

通过提高筹资水平来增加穗岁康的保费收入,能够在一定程度上缓解穗岁康不断增加的赔付压力。目前,穗岁康180元保费在全国范围来说属于中等偏上,但与其他产品相比较,穗岁康所对应的保障范围以及保障水平比较高;并且随着G市居民自费费用以及人均可支配收入的不断增加,穗岁康的赔付出现明显增速,目前的保费水平难以保障未来逐渐增加的自费费用。因此本研究建议穗岁康可根据人均可支配收入的增长速度,结合居民对保费的适应性,可适当提高保费,缓解部分运行压力。

1. 保费水平比较

经分析得出,当参保人的年龄越高、个人收入越低时购买普惠险的意愿越低。结合按年龄缴费的结果,高年龄的群体保费会增长且幅度较大,可能导致该群体

的参保意愿降低，参保率下降。而老年人往往是疾病发病率较高、医疗费用负担较重的群体，从普惠险的参保率来看，缴费方式调整后 60 岁以下的参保人数量增加可能无法填补 60 岁以上参保的数量减少空缺，从而导致参保率下降；从保险定位而言，患病风险较高、医疗费用负担较重的高龄群体是重点保障的对象，可通过固定缴费模式来分散保险运行风险。目前“穗岁康”的参保人群年龄结构来说，“穗岁康”参保人群的年龄结构偏向年轻化，大部分人群的保险意识较强。采取固定费用的缴费模式能够将老年人产生赔付的风险分散至偏向健康的年轻人群，从整体来看更加有助于保险运行。

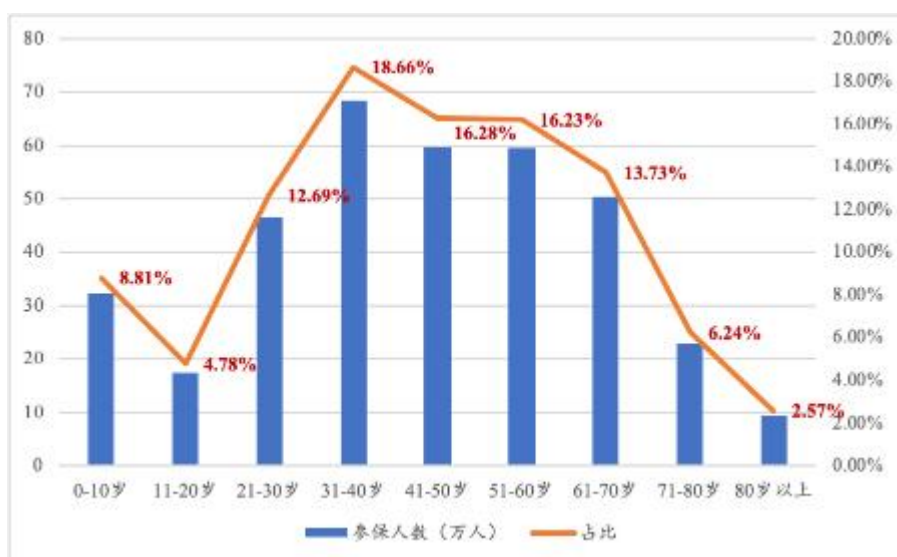


图 4-34 “穗岁康”各年龄段参保人占比与我国医药电商消费者年龄分布

其次，对比与穗岁康保障范围相近的产品，以固定缴费模式筛选保费水平超过穗岁康的产品，共有 8 款产品符合条件，分别为工惠保 C 款、佛医保、专属医疗险、珠海大爱无疆、医保南通保、北京普惠健康保、泰州市民保 B 款以及镇江惠民保 B 款。具体情况见表 4-1-1。

以上 8 款产品，从保险范围来看，均保障医保目录外费用，与穗岁康保障范围较为一致。其次，从保费水平来看，北京普惠健康保和泰州市民保 B 的保费均高于穗岁康，但从免赔额、赔付比例以及既往症限制方面来看，其待遇水平并未优于穗岁康。再者，大部分保费高于穗岁康的产品，虽然其免赔额、赔付比例以及封顶线的设置优于穗岁康，但其在赔付方面设有既往症限制，很大程度上能够控制医保政策范围外费用的理赔支出，而对于穗岁康来说，其不设既往症限制较难控制目录外费用部分的支出。因此，相较于其他产品而言，目前穗岁康的保

障待遇广，保费仍有提高的空间。

表 4-18 固定缴费模式下保障范围一致的普惠险保费水平对比

产品名称	保障范围	免赔额	赔付比例	封顶线	既往症限制	保费
大连工惠保 C	内外特	2/2/2	0.8/0.8/0.8	100/100/100	是	215
专属医疗险	内外特	1/1/1	1/1/1	100/100/100	是	365
医保南通保	内外特	每次扣除 0.8/1	0.7/0.7/0.7	100/100/100	是	296
北京普惠健康保	内外特	城镇 3.95（城乡 3.05）/2/2	0.8/0.7/0.6	100/100/50	是	195
泰州市民保 B	内外特	2/2/2	0.75/0.5/0.7	100/50/10	是	365
镇江惠民保 B	内外特	1.5/1/1	0.8/0.8/0.7	100/100/100	是	299
佛医保	内外特	2/2/0	0.8/0.6/1	100/100/30	否	185
大爱无疆	内外特	60/3/1	0.9/0.9/0.9	100/100/30	否	190
穗岁康	内外	1.6/1.6	0.8/0.7	100/100	否	180

2.G 市居民个人负担费用不断增加

通过比较 2018 年-2020 年 G 市基本医保参保人住院个人负担费用发现，三年来，基本医保参保人经医保报销后的个人负担费用逐年上升，其中自付费用因 2020 年疫情影响而呈现下降趋势，而即使受新冠疫情影响，2020 年 G 市个人自费费用却仍呈现持续增加的趋势。此外，对于穗岁康而言，其现阶段的赔付费用增速较快，赔付支出面临巨大的穿底压力。未来随着个人负担费用的不断增加，穗岁康将面临更大的基金支出风险，目前的筹资水平已经不能覆盖赔付支出不断增加的压力。

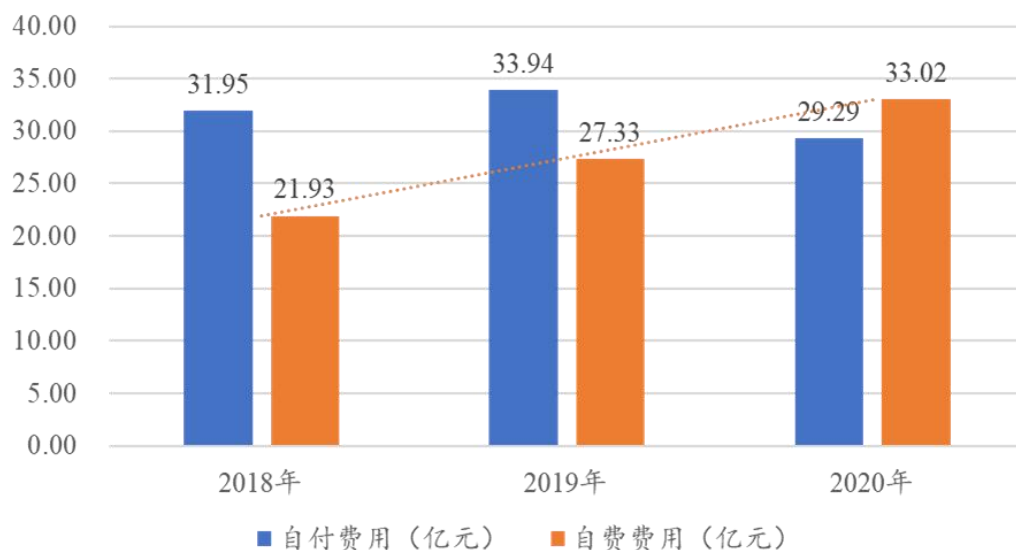


图 4-35 2018-2020 年 G 市住院医疗费用中自付、自费费用

3.筹资适应性分析

从 G 市居民人均可支配收入来看, 2019-2021 年 G 市市城镇居民人均可支配收入逐年增加, 排除 2020 年新冠疫情的影响, G 市居民的人均可支配收入的增幅也在不断上涨, 这说明未来 G 市人均居民收入呈现出上升的趋势, 为提高穗岁康筹资水平提供了可能性。

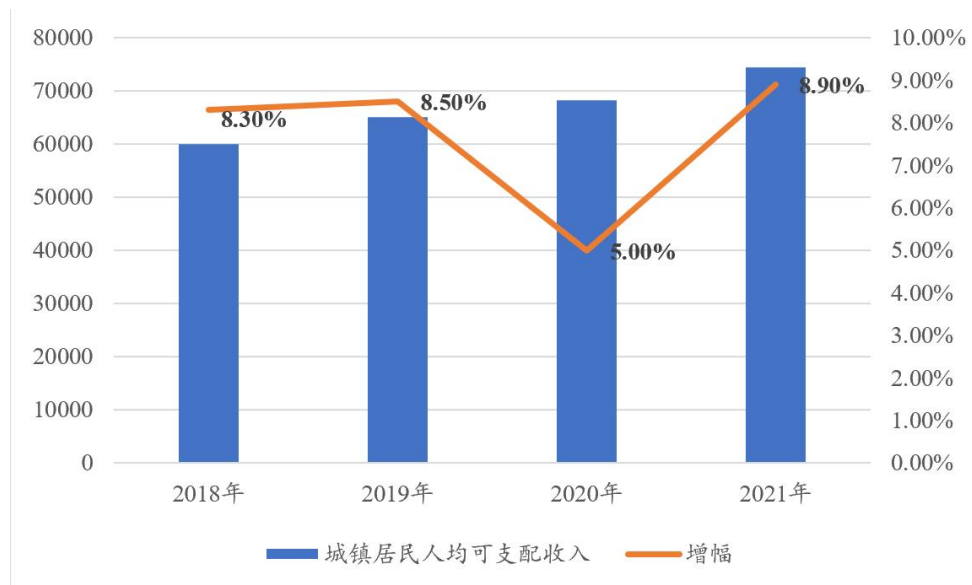


图 4-36 2019-2021 年 G 市城镇居民人均可支配收入情况

其次, 通过筹资适应性这一指标分析穗岁康目前保费的适应性。筹资适应性主要反映普惠险保费水平与参保人筹资能力之间的适应性, 用保费金额与当年城镇居民人均可支配收入的比值来衡量。具体计算公式为:

$$\text{筹资适应性} = \text{保费金额} / \text{当年城镇居民人均可支配收入} \times 1000$$

根据筹资适应性数据分布情况, 可将其分为 4 档: 筹资适应性比值小于 1; 筹资适应性比值在 1-2 之间; 筹资适应性比值在 2-3 之间; 筹资适应性比值超过 3。筹资适应性比值越小, 表明居民对普惠险筹资的可接受程度越高, 也表明普惠险筹资水平与当地居民筹资能力越适应。通过计算得出, 2021 年穗岁康的筹资适应性为 2.4, 其筹资水平与当地居民筹资能力较适应。

但随着 G 市居民人均可支配收入的不断增加, 在保持现有筹资适应性不变的情况下, 穗岁康的保费水平有提升的空间, 未来适度提高保费水平, 可能对于穗岁康的筹资适应性不会产生较大的影响, 穗岁康保费水平的提高可根据当年城镇居民人均可支配收入的变化进行相应的调整。

4. 与 G 市基本医保缴费水平的衔接

2019 年，G 市医疗保障局和 G 市财政局发布《关于印发阶段性降低职工社会医疗保险缴费率的通知》穗医保规字〔2019〕3 号，规定用人单位的职工社会医疗保险缴费率降低为 5.5%。个人缴费率仍为 2%。而 G 市职工医保的缴费基数上限为当年月平均工资收入的 300%，缴费基数下限为月平均工资的 60%。单位和个人以 G 市职工月平均工资为基数，分别以不同的缴费比例缴纳基本医疗保险保费。

2019-2020 年 G 市职工月平均工资增长率虽然有所下降，但是每年的实际月平均工资水平均处于上升的趋势。在缴费比例一定的情况下，月平均工资的变动对于职工医保基金收入能够产生相应的影响。基于职工医保缴费水平的动态调整，对于穗岁康来说，也可考虑实行规定时间内保费的动态调整。

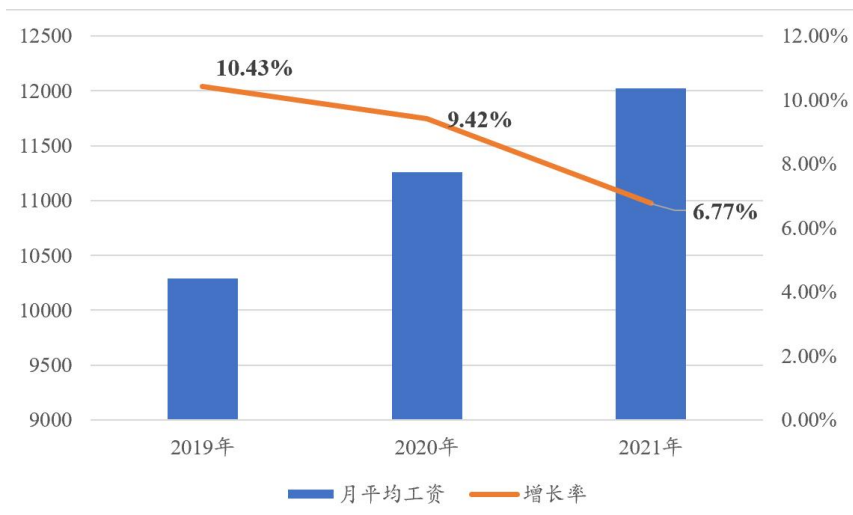


图 4-37 2019-2021 年 G 市职工月平均工资情况

5. 保费调整方案

基于上述分析，本研究建议穗岁康可根据筹资适应性和职工医保个人缴费比例来适当提高保费水平。

假设一：在保持筹资适应性为 2.4 不变的情况下，假设以 2018-2021 年 G 市城镇居民人均可支配收入增长率的基础值为基础，估算 2022 年 G 市城镇居民的可支配收入，并以此来测算穗岁康应该调整的保费水平。具体公式为：

$$2022 \text{ 年城镇居民人均可支配收入} = 74416 \times \left(1 + \frac{8.3\% + 8.5\% + 8.9\% + 5\%}{4}\right) = 78985 \text{ 元}$$

$$\text{穗岁康保费} = \frac{\text{筹资适应性} \times \text{当年城镇居民人均可支配收入}}{1000} = 189.5 \text{ 元}$$

假设二：基于 G 市职工医保个人缴费比例和职工月平均工资及其增长率来

估算一定时间内穗岁康保费的增加幅度。具体计算公式如下：

2022 年穗岁康保费变动部分=21 年职工平均工资增加部分×2%=16.3 元，即 2022 年穗岁康的保费为 196.3 元。

对比以上两种方案，假设未来一年穗岁康的参保人数达 400 万人，基于以上两种方案的保费，分别测算穗岁康调整保费所增加的收入。从保费增长率得出，方案二的保费增长率已经超过近几年 G 市城镇居民人均可支配收入以及职工月均工资收入的增长率，并且方案二的筹资适应性增加，说明 G 市居民对于 196.3 元保费的适应性下降。相比较而言，方案一的保费调整可能更适宜。

表 4-19 两种方案下保费增长率及筹资适应性比较

保费	保费增长率	筹资适应性	增加的保费收入（万元）
189.5	5.3%	2.4	3800
196.3	9.1%	2.5	6520

（二）扩大参保入口

1. 设置健康增值服务

从穗岁康理赔数据来看，两年连续获赔人员赔付支出占 2022 年上半年费用总支出四分之一以上，并且高赔付段的人群相对集中，基金支出的对象集中性较高，且高赔付人群连续获赔的概率更大。2021 年全年、2022 年上半年的待遇享受人数仅占当年参保人中的 0.71%和 0.45%，未享受穗岁康待遇的人员占比为 99%以上，绝大多数参保人基本无获得感。长期以往，将会降低获得感较低的参保人群参保的积极性，对于参保率也将会产生一定的影响。目前，提高大部分参保人员积极性最直接的方法就是设置体验感强、适宜的增值服务内容。因此，为稳定穗岁康续保率、吸引更多人群参保，本研究建议穗岁康可增设部分面向未享受穗岁康赔付人员的增值服务。

健康增值服务的本质是为参保人提供一定的健康管理，目前我国对于健康管理尚没有统一的定义，国内较早的健康管理概念表述是在 1994 年苏太洋主编的《健康医学》一书中指出，“健康管理是运用管理科学的理论和方法，通过有目的、有计划、有组织的管理手段，调动全社会各个组织和每个成员的积极性，对群体和个体健康进行有效的干预，达到维护、巩固、促进群体和个体健康的目的”。2007 年《健康管理师》培训教材中关于健康管理的定义是：“健康管理是对个体或群体的健康进行监测、分析、评估，提供健康咨询和指导以及对健康风险因素

进行干预的全面过程。健康管理的宗旨是调动个体和群体及整个社会的积极性，有效地利用有限的资源来达到最大的健康效果。中华医学会健康管理学分会，中国健康管理学杂志编委在2009年发表的《健康管理概念与学科体系的初步专家共识》中，对健康管理的表述为：“以现代健康概念（生理、心理和社会适应能力）和新的医学模式（生理-心理-社会）以及中医治未病为指导，通过采用现代医学和管理学的理论、技术、方法和手段，**对个体或群体整体健康状况及其影响健康的危险因素进行全面检测、评估、有效干预与连续跟踪服务的医学行为及过程。**其目的是以最小投入获取最大的健康效益”。也有学者认为健康管理是以现代健康概念和中医“治未病”思想为指导，运用医学、管理学等相关学科的理论、技术与方法，**对个体或群体健康状况及影响健康的危险因素进行全面连续的检测、评估和干预，实现以促进人人健康为核心的新型医学服务的过程。**欧美学者有关健康管理概念的表述是“**健康管理是指对个人或人群的健康危险因素进行全面检测、评估与有效干预的活动过程；**健康管理就是要将科学的健康生活方式提供给健康需求者，变被动的护理健康为主动的健康管理，更加有效地保护和促进人类的健康”。

综上，目前界内对于健康管理内涵的解释可以总结为：对个体或群体的整体健康状况以及其影响健康的危险因素进行全面的检测、评估、干预以及连续跟踪服务的行为。包含四个主要的环节：一是全面的检测，首先要了解和掌握健康情况，开展健康状况检测和信息收集。具体收集信息包括：个人一般情况（性别、年龄等），目前健康状况和疾病家族史、生活方式（膳食、体力活动、吸烟、饮酒等），体格检查（身高、体重、血压等）和血、尿实验室检查（血脂、血糖等）。二是评价健康状况，开展健康风险评估和健康评价。根据所收集的个人健康信息，对个人的健康状况及未来患病或死亡的危险性进行评估。主要目的是帮助个体综合认识健康风险，鼓励和帮助人们纠正不健康的行为和习惯，制订健康干预措施并对其效果进行评估。患病危险性评估，也被称为疾病预测，可以说是慢性病健康管理的技术核心，其特征是估计具有一定健康特征的个人在一定时间内发生某种健康状况或疾病的可能性。三是健康促进，通过去健康管理服务中心咨询或通过电话向健康管理师咨询的方式进行。内容包括：解释个人健康信息和健康评估

结果及其对健康的影响，制订个人健康管理计划，提供健康指导，制订随访跟踪计划等。四是个人健康管理后续服务，可以根据个人及人群的需求提供不同的服务。其形式主要有通过互联网查询个人健康信息和接受健康指导，定期寄送健康管理资讯和健康提示；提供个性化的健康改善行动计划；监督随访健康管理计划的实现状况、主要危险因素的变化情况；健康教育课堂等。

健康管理的流程主要包括四个部分，一是健康体检，健康管理体检是以人群的健康需求为基础，按照早发现、早干预的原则来选定体格检查的项目，检查的结果对后期的健康干预活动具有明确的指导意义；二是健康评估通过分析个人健康史、家族史、生活方式和有关精神压力等问卷获取的资料，可以为服务对象提供一系列的评估报告，其中包括用来反映各项检查指标状况的个人健康体检报告、个人总体健康评估报告、精神压力评估报告等；三是健康促进，通过去健康管理服务中心咨询或通过电话向健康管理师咨询的方式进行。内容包括：解释个人健康信息和健康评估结果及其对健康的影响，制订个人健康管理计划，提供健康指导，制订随访跟踪计划等；四是个人健康管理后续服务，可以根据个人及人群的需求提供不同的服务。其形式主要有通过互联网查询个人健康信息和接受健康指导，定期寄送健康管理资讯和健康提示；提供个性化的健康改善行动计划；监督随访健康管理计划的实现状况、主要危险因素的变化情况；健康教育课堂等。

(1) 普惠险健康管理服务现状

本研究纳入统计的215款普惠险产品中，共140款产品设置了健康增值服务，即在理赔参保人就医产生的医疗费用基础上，对参保人的健康情况进行管理。本研究根据健康管理的基本流程，将增值服务分为信息收集、风险评估、健康干预以及健康管理后续服务四个大类，每一大类增值服务所包含的具体项目内容由表4-20所示。

表 4-20 我国普惠险增值服务梳理

类别	项目	内涵	普惠险数量
1.信息收集	体检服务	体检报告解读、免费基础体检、关爱父母孝心体检套餐、十项口腔检查套餐、血糖检测、心电图采集、糖尿病筛查、雅培辅理善®瞬感专属福利、卡帕奇超长柔性心电贴	27
2.风险评估	基因检测	符合条件的参保人享有规定检测项目的优惠	34

	疾病早筛	早筛问卷及体检建议、肿瘤早筛服务、重疾早筛、风险评估、妙健康生活方式评估、药明奥测检测权益	32
3.健康干预	咨询服务	电话咨询服务、处方咨询、用药咨询、药事咨询服务、处方咨询和用药咨询服务、电话健康咨询服务、家庭保健服务咨询服务、健康咨询、新特药咨询预约服务、肿瘤咨询服务、图文专病咨询、肿瘤疾病咨询、线上全科课咨询、电话医生咨询、日常保健咨询等、AI 问答、24 小时视频医生（判断病情、预约专家、体检报告解读、母婴健康咨询）、健康问问、电话医生服务、专家咨询、一对一疾病咨询、心理咨询、电话医学咨询	86
	就医辅助服务	预约挂号	21
		分诊服务	18
		住院安排	13
		二诊	11
		陪诊	11
		多学科会诊优惠服务	18
	用药服务	药品配送服务	77
		特药直付	38
		慈善赠药申请指导	68
		临床试验申请服务	38
		用药折扣服务	41
		患者用药随访、不良反应监测	30
		护理服务	8

4.健康管理后续服务	健康资讯	健康资讯服务、健康教育云课堂、患者用药知识讲座开展、健康资讯、健康大讲堂、专病讲堂、健康专栏、专家讲堂、康复指南、患者教育、健康科普中心	40
------------	------	--	----

其中信息收集主要指体检服务,各地普惠险对体检服务的设置包括基础体检、口腔检查、血糖检测、心电图采集、糖尿病筛查等;第二类风险评估在体检的基础上分析患病风险,普惠险纳入的项目包括基因检测和疾病早筛;健康干预则是在风险评估的基础上对高风险人群的日常健康维护、就医就诊、用药过程采取一定的辅助措施,具体的增值服务项目包括咨询服务、辅助预约挂号、住院安排、药品配送、辅助申请用药等;第四类健康管理后续服务是在各项健康管理完成的基础上对健康人群和具有患病风险的各类人群进行健康教育,以提升健康知识储备,增加健康管理的意识,奠定健康生活的基础。

从各类别下健康增值服务所针对的对象来看,可以分为两类,一类服务项目针对健康人群或低风险人群;另一类增值服务主要针对高风险人群或重疾人群。用于信息收集的体检服务、用于风险评估的基因检测和疾病早筛服务能够面向全体参保人,通过信息收集和风险评估区分健康人群、低风险人群和患病人群、高风险人群;健康干预类项目可以分为两类,其中恶性肿瘤二诊、慈善赠药申请指导、临床试验申请服务、罕见病用药服务主要针对患有恶性肿瘤、罕见病的重大疾病患者,其他服务项目可以面向各类有就医需求的参保人,包括重疾患者和慢性病等轻症患者。健康管理的后续服务中健康资讯面向全体参保人,对健康人群和低风险人群进行健康教育,提高健康管理认知,对患病人群和高风险人群有针对性的进行健康教育指导。护理服务主要针对有护理需求的患病人群。

(2) G省普惠险健康管理服务情况

通过对G省26款普惠险产品的增值服务情况进行分析,发现18项增值服务中,大多数增值服务所面向的是带病人群,而大部分产品对涉及健康人群的增值服务关注过少。在具体增值服务的选择上,约81%的普惠险产品将咨询服务纳入保障范围内,该服务既可以面向带病人群,比如肿瘤用药、新特药以及慢病管理咨询等内容;也可以面向广大健康体,比如常备药咨询、常见病咨询等情况。而仅次于咨询服务的其他增值服务则面向的是带病人群,比如慈善赠药申请指导、慢病服务、博鳌就医、特药直付等服务。具体见图4-37。由此可知,大部分普惠险产品更倾向于将咨询服务纳入保障范围,并且其增值服务更偏向带病人群,较

少考虑健康人群的获得感。

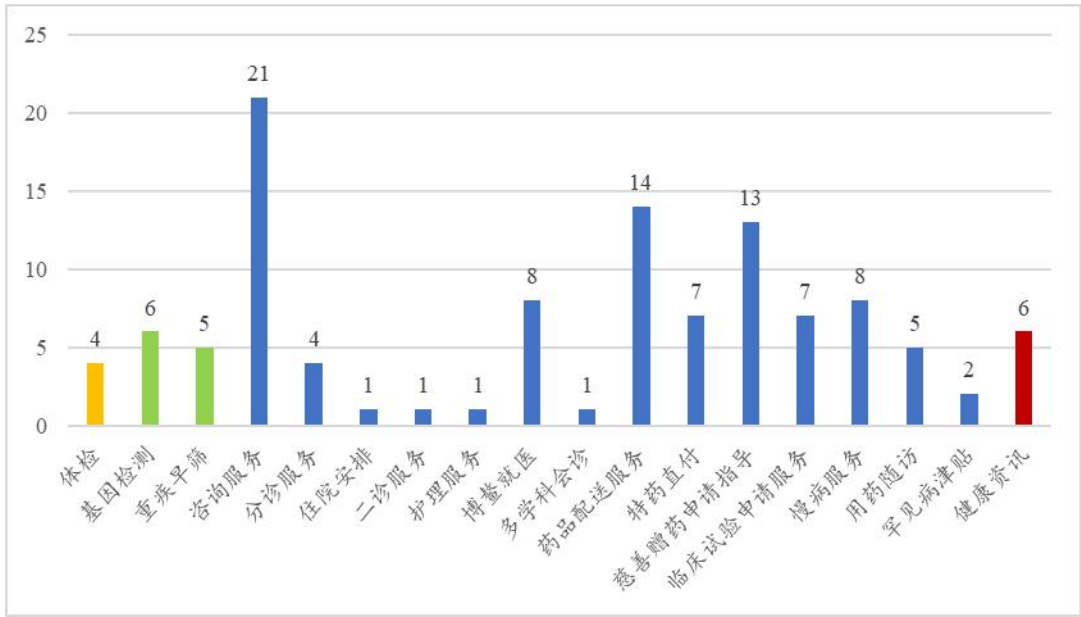


图 4-38 广东省健康增值服务情况

(3) 增值服务优化方向

普惠险普遍具有参保门槛低的特点，且穗岁康参保理赔属于“无条件限制”一类，参保过程中无健康告知要求，且不限既往症患者参保理赔，对参保人的年龄、执业均无限制。基于保险避免因病返贫的定位，在实际运行过程中健康参保人的获得感较低，保险运行存在着一定的逆向选择风险。中国银行保险监督管理委员会于 2019 年颁发《健康保险管理办法》（2019 年第 3 号），其中规定保险公司可以将健康保险产品与健康管理服务相结合，提供健康风险评估和干预、疾病预防、健康体检等服务，但其成本要控制在净保险费的 20% 以内。目前约 67% 的普惠险产品在保障责任中纳入健康增值服务，通过扩大保险的补偿面吸引健康参保人，利用大数法则抵御风险。为维持保险运行的可持续性，本研究建议穗岁康结合 G 市实际情况纳入部分增值服务项目。

根据健康管理理论和其他地区经验，健康增值服务可分为信息收集、风险评估、健康干预以及健康管理后续服务四个大类。信息收集主要是指体检服务；风险评估则包括了基因检测和疾病早筛；而健康干预包含的内容最多，主要由咨询服务、就医辅助服务和就医服务三部分；健康管理后续服务仅包括健康咨询服务。目前，G 市在体检服务、疾病早筛及就医辅助服务等方面已经有一定的健康管理

基础。具体解释如下。

第一，在体检服务方面，根据 2018 年 G 市人民政府办公厅发布的《深入实施老年人照顾服务项目工作方案的通知》（穗府办函〔2018〕142 号）规定为 65 岁及以上常住老年居民（包括本市户籍及居住半年以上的非户籍老年人）每年免费提供一次包括生活方式和健康状况评估、体格检查、辅助检查和健康指导等内容的公共卫生服务。

第二，在疾病早筛方面，2016 年，G 市卫生健康委员会发布《G 市加强新生儿疾病筛查服务体系建设实施方案》（穗卫〔2016〕2 号），规定对新生儿遗传代谢性疾病以及听力（初次筛查）进行免费筛查。2018 年，G 市卫生计生委等五部门印发《G 市免费产前筛查和诊断项目实施方案的通知》（穗卫〔2018〕12 号），其中规定 G 市对符合条件的孕妇进行免费产前筛查三大干预病种；2019 年，G 市进一步扩大产前筛查的覆盖面，将项目的服务人群由户籍孕妇扩大到常住人口孕妇。此外，2022 年 G 市启动新一轮的五癌（肺癌、乳腺癌、肝癌、上消化道癌和结直肠癌）免费筛查，为符合条件的 45 岁-74 岁居民提供约 10000 例免费三项生物指标检测（乙肝表面抗原、幽门螺旋杆菌抗原、粪便潜血）和 5000 例免费临床筛查。在疾病早筛方面，G 市已经开展了相关工作。但一方面，覆盖的群体较为局限，主要为新生儿、孕产妇等特定人群；其次，虽然也针对健康人群开展相应的免费筛查，但限制条件较多、提供数量少，仅能覆盖极少数健康人群。综上，目前 G 市在所有健康人群的疾病筛查方面仍存在一定的缺口。

第三，G 市在就医辅助服务的建设方面也存在一定的基础。由 G 市卫生健康委员会主办的“G 健康通”小程序，目前已与 G 市 100 家左右的公立医院实现信息联接，是一款集合了互联网与就医服务、慢病管理、预防接种、疫情动态等众多公共卫生服务功能的移动智慧便民诊疗服务产品。目前，“G 健康通”的功能较多，覆盖人们日常生活所需的方方面面，为居民生活提供极大的便利，具体可分为四个功能模块，分别是新型冠状病毒肺炎防控服务专区、挂号缴费、妇幼健康、健康助手。不同功能模块下，其涉及的具体内容也不相同。以新型冠状病毒肺炎防控服务专区为例，其中包含了与日常出行、生活相关的服务，比如疫苗接种、核酸检测、疫情动态等，也与“穗康”小程序实现功能对接，提供 20

项便民政务服务事项，涉及社保、医保、人才与就业、交通出行、不动产 5 大类别。具体内容见表 4-21。

表 4-21 “G 健康通” 功能模块

功能模块	服务项目
新型冠状病毒肺炎防控服务专区	“穗康” 小程序、线上问诊、发热门诊、疫情动态、新冠疫苗接种预约、核酸检测预约
挂号缴费	预约挂号、当天挂号、医疗缴费、排队候诊
妇幼健康	儿童保健、穗好孕
健康助手	年度健康报告、健康档案、自动体外除颤仪（AED）查询、鲜血查询、科普视频

“G 健康通” 覆盖对象为所有存在就医需求的人群，使用微信或者支付宝就可以实现相关的就医服务，并无任何限制条件。以微信预约挂号为例，其具体流程为：首先，需要先使用微信关注“G 健康通” 小程序，之后在微信服务号“G 健康通” 菜单栏中的“挂号缴费” 处，点击预约挂号；按照相应的要求实现身份注册，注册完成后可根据自身实际情况选择医院、科室、和时间；选择结束后进行缴费，缴费成功，即预约挂号成功。具体操作流程见图 4-39。

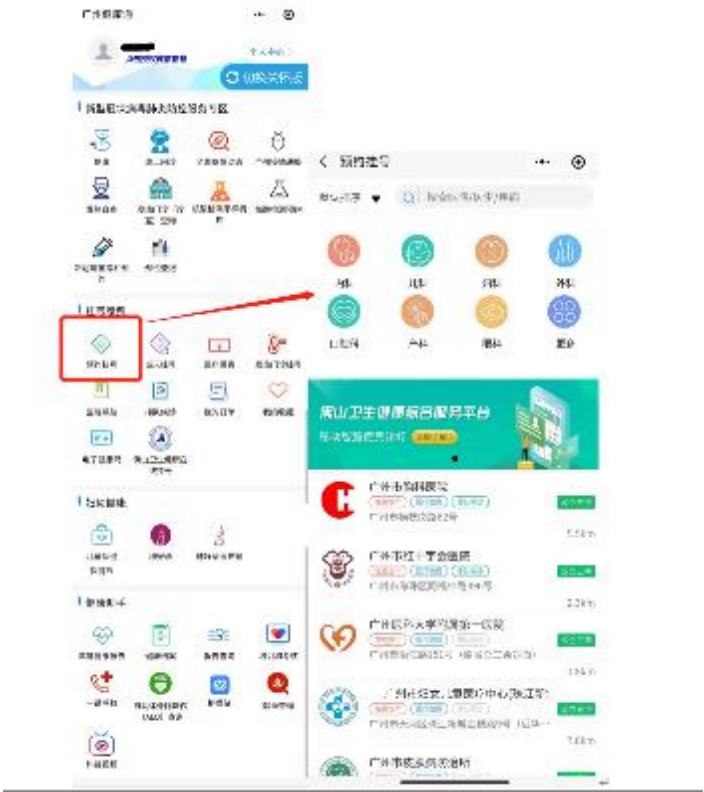


图 4-39 “G 健康通”小程序微信预约挂号操作流程

第四，在用药服务方面 2021 年底，G 市医疗保障局、G 市卫生健康委员会

和 G 市市场监督管理局联合发布《G 市建立国家医保谈判药品“双通道”管理机制实施细则的通知》，这标志着 G 市医保谈判药品“双通道”的管理正式开启。2022 年 5 月，G 市医疗保障局发布开展“双通道”定点零售药店评估的公告，进一步落实医保谈判药品“双通道”管理工作；同年 8 月，G 市公对 30 家入选“双通道”管理的定点零售药店进行公示，但距离“双通道”的真正落地实施仍需要一段时间。由于政策实施情况的限制，G 市在用药服务方面仍存在一定的缺口。并且对于穗岁康来说，其在纳入用药服务时也存在一定的限制。

3.政策建议

对于参保人而言，适宜的健康增值服务能够在一定程度上提升被保险人对所购买的保险服务的获得感，尤其是健康人群。同时，对于商保公司而言，设计适宜的健康增值服务既能掌握参保人健康信息，又能够吸引广大健康人群来参保，对保险的持续运行具有重要影响。穗岁康考虑健康增值服务可从以下两方面入手。

首先，目前 G 市在体检服务、疾病早筛、就医辅助服务等方面已具有一定的健康服务基础，但针对健康人群的增值服务仍存在缺口。穗岁康可在 G 市健康服务缺口的基础上，选择面向健康人群的增值服务。

其次，广东作为岭南“南药文化”的重要发源地，中医药发展的群众基础好，中医药的认可度较高，因此满足群众对优质中医药服务的需求至关重要；此外，相比于其他城市，G 市的综合中医药卫生资源较好，能够提供充足的服务基础。基于此，穗岁康可选择将具有中医特色医疗服务纳入增值服务范围中，对于部分健康人群有较大的吸引力。

① G 市目前存在的健康增值服务缺口

通过对全国各普惠险增值服务的针对人群进行梳理，大致可以分为三种，健康人群、带病人群以及全体参保人。对于涉及健康人群的具体增值服务，目前主要有体检服务、疾病早筛、咨询服务、预约挂号、分诊服务、陪诊、药品配送服务、用药折扣服务以及健康资讯服务。根据 G 市现有健康服务的缺口，穗岁康在考虑运营成本的基础上，可将增值服务的侧重点转向疾病早筛、咨询服务、用药服务等面向健康群体的服务项目。具体见表 4-22。

表 4-22 普惠险产品增值服务的覆盖人群

类别	项目	G 市健康管理服	针对人群	具体内容
----	----	----------	------	------

			务情况			
1.信息收集	体检服务		已有	健康人群	体检报告解读、免费基础体检、关爱父母孝心体检套餐、十项口腔检查套餐、血糖检测、心电图采集、糖尿病筛查	
				带病人群	雅培辅理善®瞬感专属福利、卡帕奇超长柔性心电贴	
2.风险评估	基因检测		没有	带病人群	符合条件的参保人享有规定检测项目的优惠	
				健康人群	肿瘤基因检测专属福利	
	疾病早筛		已有，但较为局限	健康人群	早筛问卷及体检建议	
				带病人群	肿瘤早筛服务、重疾早筛、药明奥测检测权益	
				全体参保人	风险评估、妙健康生活方式评估	
3.健康干预	咨询服务		没有	健康人群	电话医生咨询、日常保健咨询等、AI问答、健康资讯服务、健康教育云课堂、患者用药知识讲座、健康科普中心	
				带病人群	用药咨询、处方咨询、新特药咨询预约服务、药事咨询服务、肿瘤咨询服务、图文专病咨询、肿瘤疾病咨询、线上全科课咨询、一对一疾病咨询、心理咨询	
				全体参保人	电话健康咨询服务、家庭保健服务咨询服务、健康咨询、24小时视频医生（判断病情、预约专家、体检报告解读、母婴健康咨询）、一对一疾病咨询、电话医学咨询、	
	就医辅助服务	预约挂号		已有	健康人群	自助预约挂号、VIP预约挂号、挂号候诊
					带病人群	门诊复诊挂号、专家门诊绿通（含陪诊服务）、质子重离子就医直通车、海南博鳌乐城就医服务、28家上海三级医院专家推荐及门诊预约
		分诊服务		没有	带病人群	分诊服务
		住院安排			带病人群	重疾住院安排、住院协调预约服务、G三甲医院协调安排住院服务、住院协调、重疾床位/手术安排、快速入院服务、质子重离子就医直通车、海南博鳌乐城就医服务
		二诊			带病人群	重疾国内二次诊疗、名医二诊、恶性肿瘤第二诊疗意见服务
		陪诊			带病人群	恶性肿瘤专家门诊协助就医服务、全国网络内医疗机构就医辅助服务、院内陪诊服务、重疾异地陪诊
					全体参保人	陪诊服务（挂号候诊、缴费排队、预约排队、窗口取药、住院办理、输液陪护）、就医陪同
		多学科会诊优惠服务			带病人群	国内多学科会诊优惠服务、远程会诊、病理专家会诊
	用药服务	药品配送服务		健康人群	送药上门	
				带病人群	送药上门、国内预约购药及配送服务、慢病药品购买及配送、药品配送到家、药品预约购买及配送、全球找药服务、海外药购买协助服务、高值药品送药上门服务	

		特药直付		带病人群	药品直付
		慈善赠药申请指导		带病人群	援助用药申请指导服务、新药实验协助和慈善赠药援助服务申请支持、慈善援助指导、特药慈善援助服务申请指导
		临床试验申请服务		带病人群	新药试验协助、新药实验协助、临床试验申请（患者招募）服务
		用药折扣服务		全体参保人	抗生素 8.8 折、OTC 药品服务、50 元门急诊报销金、日常用药保障福利
				带病人群	慢病折扣卡、慢病购药折扣、慢病管理（慢病购药折扣）、慢病药品购买及配送、慢病购药优惠服务、慢病管理、慢性病购药折扣 8.5 折、亲友特药药品福利、罕见病津贴
				带病人群	患者用药关怀、用药提醒、在线慢病购药、
		患者用药随访、不良反应监测		带病人群	拆线、拔管、灌肠术后护理、专业术后管理、护理服务、糖尿病管理支持、糖尿病足溃疡的护理、全流程管理（北京普惠保）
	护理服务	带病人群	康复指南、患者教育、专病讲堂、专家讲堂、		

注：标红部分为 G 市目前针对健康人群存在健康管理服务缺口

a 疾病早筛服务

各普惠险产品所设置的健康增值服务在满足参保人多样化健康需求、提高服务水平的时候，也能够通过设置部分健康增值服务来提高民众的健康保险意识，从而进一步推动商业补充医疗保险的深入发展，努力实现“健康中国 2030”的目标。但与发达国家相比，目前我国民众的健康保险意识仍偏低。根据中国银保监会数据显示，2021 年全国保险行业原保险保费收入 44900 亿元，其中有近五成来自寿险业务，健康险业务仅占 18.8%。此外，根据《2021 年上半年互联网财产保险市场研究报告》指出互联网意外健康险业务渗透率为 15.5%，这说明民众对保险认知度仍处于较低的水平。增强民众的保险意识，可从提高保险服务能力入手，开展一些能够吸引广大健康群体，增强其体验感和获得感的健康管理服务，比如疾病筛查服务。

首先，通过对比上述普惠险产品已有的疾病筛查服务，与带病人群的疾病筛查服务项目相比，大多数产品仅使用问卷评估的方式对健康群体进行疾病筛查，以致于检查结果缺乏准确性，健康人群也缺少相应的体验感。整体而言，健康人

群缺少相适宜的健康筛查服务。其次,从实际情况来看,G市在疾病早筛方面虽已有相关政策基础,但主要针对新生儿、孕产妇等特定人群,覆盖人群较局限;另外,G市虽有针对健康人群的疾病筛查,但限制较多且提供的数量少。总体而言,目前G市仍缺少针对广大健康群体的疾病筛查服务。因此,本部分建议穗岁康在设置增值服务时,可主要考虑纳入部分面向健康群体的疾病筛查服务。

而在具体筛查工作的实施过程中,穗岁康可考虑采用集中定点服务的方式,将增值服务的健康筛查工作下沉至社区。2022年,G市人民政府发布的《人口发展及社会领域公共服务体系建设“十四五”规划的通知》(穗府办〔2022〕11号)在大力推进普惠性非基本公共服务扩容提质方面,提出“优先发展公益慈善类、城乡社区服务类等社会组织,大力培育发展社区社会组织,探索群团组织参与承接政府公共服务的事务清单;发动社会组织参与公共服务提供,完善激励保障措施。”这说明社区在推动公共服务发展中的重要性,例如G市黄埔区已建成首个基层社区医院肿瘤早筛门诊,推动肿瘤防治下沉基层一线,不断适应群众健康的新需求,这对于社区常态化早筛工作的开展具有重要的推动和借鉴意义。此外,很多公益组织还将社区作为公益宣传活动的首选地点,推动社区健康知识宣传工作的开展,为广大群众普及健康知识,从而提高民众的疾病预防意识。另外,部分普惠险产品也选择以社区为中心集中开展某项增值服务。例如“崇川惠民保”将照护保险失能失智预防待遇分为照护预防知识普及教育、照护预防评估以及照护预防干预三项内容,其具体工作的开展均集中在社区进行。

在选择以社区医院为平台开展疾病早筛服务时,穗岁康还需要考虑筛查工作的复杂性和参保人员的顺应性。基于此,本研究建议穗岁康提供一些无创伤性、减少参保人身体损伤的疾病筛查服务,比如眼底检查、口腔检查等服务。此外,在疾病筛查工作下沉至社区的同时,穗岁康也可同步开展健康知识宣传普及工作,进一步增强群众的健康保险意识,扩大群众的知晓率,从而吸引广大健康人群参保。

b 咨询服务

通过梳理全国175款普惠险产品的咨询服务,其中仅33款普惠险产品包含咨询服务,具体可分为药品咨询、疾病咨询、母婴健康咨询、预防及日常保健咨

询和预约购药药店咨询五大类,大多数产品更倾向于选择药品咨询和疾病咨询这两类服务。其中药品咨询包括常用药咨询和新特药咨询;疾病咨询分为常见病咨询、慢性病管理咨询、肿瘤咨询等服务。各产品规定咨询服务不限次数,申请咨询服务主要可分为两种方式,一种是在微信公众号申请;另一种为拨打客服热线申请,其咨询服务可由第三方公司负责。

考虑到增值服务的受众,本部分将剔除针对带病人群的咨询服务,对咨询服务对象为健康群体的16款产品进行分析。具体见表4-2-4。在16款普惠险产品中,共有用药咨询、常见病咨询、母婴健康咨询、预防及日常保健咨询、预约购药药店咨询等服务可适用于健康人群,其中大多数产品选择纳入保障范围的是用药咨询服务,具体内容涉及药品常规说明、用药禁忌、适应症等方面,旨在为参保人用药提供更好的指导。综上,本部分建议穗岁康可以将常用药咨询服务、疾病咨询服务、日常保健咨询等服务项目纳入保障范围内,为健康人群提供相关服务,以提高广大健康群体的疾病预防意识,进一步增强民众的健康保险意识。

在具体实施过程中,穗岁康可根据承办保险的商保公司所经营的业务范围来选择具体的服务项目,在实际运营过程中可选择与第三方公司合作,将一些专业性较强的增值服务外包至第三方公司。以“江苏健i保”为例,其在用药咨询服务、药品直付等全部增值服务的运营上,选择与作为商业健康险服务企业的上海壹树医疗科技有限公司进行合作,参保人可在工作日致电壹树医疗健康服务热线申请服务,壹树医疗以其专业能力连接保险和医疗,为参保人提供健康管理服务。

②G 中医特色理疗服务

2016年国务院印发《中医药发展战略规划纲要(2016—2030年)》,提出要切实提高中医医疗服务能力、大力发展中医养生保健服务等,统筹推进中医药事业振兴发展。2017年,《中华人民共和国中医药法》的颁布标志我国首部中医药法诞生;2019年,中共中央、国务院发布《关于促进中医药传承创新发展的意见》提出改革完善中医药管理体制机制,鼓励商业保险机构开发中医治未病等保险产品;而2021年国务院办公厅印发《关于加快中医药特色发展的若干政策措施》,鼓励商业保险公司推出中医药特色健康保险产品,建立保险公司与中医药机构的信息对接机制。中医药发展顶层设计加快完善,政策环境持续优化。而广

广东省人民政府发布的《关于大力发展商业健康保险的实施意见》（粤府办〔2015〕34号）提出“发展多样化的商业健康保险服务，创新健康保险产品服务，支持与中医药养生保健、治未病相结合的保险产品发展，满足社会对中医药服务多元化、多层次需求。”

相关数据显示，至2020年末，广东省中医医疗机构2.1万个，全省医疗机构提供中医门诊服务2.0亿人次，约占全国中医类总诊疗量的15%，占全省总诊疗人次的比重24.8%。岭南地区中医药发展较为突出，穗岁康开展具有中医特色的增值服务，能够增加参保人的认同感。

穗岁康在设置健康增值服务时，可考虑响应国家政策号召的基础上，基于G市的中医特色服务，尝试开展顺应性好，符合民众偏好的具有中医特色的增值服务，比如三伏贴。

4.总结

穗岁康在设置健康增值服务时，可以基于G的实际情况，包括目前G市健康管理服务缺口和G特色医疗服务两方面。

一方面，基于G市现有政策的分析，目前G市在体检服务、疾病早筛及就医辅助服务等方已经具备一定的健康管理基础，但仍缺乏针对健康人群的增值服务。同时，对全国普惠险产品的增值服务进行分析，筛选出针对健康人群的服务项目。基于G市健康管理服务的缺口和增值服务的覆盖人群，本研究将从疾病早筛服务、咨询服务以及用药服务三方面对穗岁康的增值服务提出相关建议。

首先，在疾病早筛服务方面，针对G市健康管理服务的缺口，本研究建议现阶段穗岁康可将一些无创伤性、对身体损伤程度低的筛查服务纳入保障范围，比如幽门螺旋杆菌、眼底检查等筛查服务。同时，为响应政府号召，推动非基本普惠性公共服务工作的持续开展，增强民众的健康意识，穗岁康可选择以集中服务的形式开展，将疾病筛查工作下沉社区。

其次，在咨询服务方面，通过梳理针对健康人群的咨询服务，本研究建议穗岁康现阶段可考虑将常见药品咨询、常见病咨询以及日常保健咨询等服务纳入保障范围内，以期满足健康人群的需求。而在增值服务的具体运营过程中，对于部分专业程度高的增值服务，建议穗岁康可与专业的第三方公司合作，将此部分服

务外包至第三方公司。

最后，在用药服务方面，目前 G 市国家谈判药品“双通道”距离真正实施仍需一段时间，本研究建议未来随着“双通道”正式落地后，穗岁康再考虑将药品配送服务和药品折扣服务纳入保障范围内。

另一方面，考虑到 G 市中医群众基础比较好，对中医的认可度比较高，中医医疗资源较好，群众重视优质中医药服务，在响应国家大力发展中医药政策的基础上，建议穗岁康将中医特色医疗服务纳入增值服务范围。

综上，现阶段穗岁康可根据 G 市实际情况，在疾病早筛服务、咨询服务以及中医特色医疗服务等方面设置相应的服务项目。此外，随着 G 市“双通道”政策的不断发展，并且穗岁康的运行更加稳定之后，可考虑将更多增值服务纳入保障范围内，增强穗岁康的服务水平，提高健康群体的获得感，从而吸引广大健康群体参保，推动穗岁康平稳运行。

2. 深化政府参与程度

相较于普惠险产品的其他参与体，政府凭借其公信力对参保率产生很大的影响。作为政府指导型普惠险产品，政府在穗岁康的产品设计、缴费方式、结算结算方式等方面都有所参与，但相较于其他政府主导型的产品来说，穗岁康所对应的参保率仍有待提高。因此，在穗岁康运行过程中，本研究建议政府可以深化其参与力度，增强监管力度，保障产品的质量，并凭借其政府公信力来吸引更多人群来参保。

(1) 浙江省普惠险产品经验借鉴

通过整理全国普惠险的参保情况可知，175 款普惠险产品中可查阅到参保情况的普惠险数量仅 67 款，67 款普惠险的平均参保率为 19.95%，目前普惠险的参保率仍处于较低的水平。而其中参保率最高的为浙江丽水的“浙丽保”，2021 年参保率高达 85.30%，2022 年参保人数持续上升，参保率高达 93.32%，赔付率达到 94%，整体保险运行取得了显著成效。相比较而言，穗岁康 2022 年的参保率仅为 29.20%，预计 2022 年全年赔付率为 91.05%，面临着巨大的赔付压力。因此，目前探索穗岁康的可持续发展尤为重要，参保人数有很大的上升空间。

而纵观浙江省的其他普惠险，14 款普惠险平均参保率为 58.26%，显著高于其余各省份。通过梳理可知，浙江省参保率较高的普惠险均属于政府主导型项目

(具体情况见表 4-2-5)，例如“浙丽保”、“惠衢保”、“西湖益联保”、“越惠保”、“舟惠保”、“南太湖健康保”、“嘉兴大病无忧”。以下将对浙江省 7 款参保率较高的普惠险政府参与情况进行具体分析，以总结出穗岁康可借鉴的经验。

表 4-23 浙江省政府主导型普惠险产品的政府参与情况

产品名称	2021 年参保率	是否支持代扣代缴	是否对贫困人口予以补助	是否对团体参保进行补助	参保率是否纳入政府的考核
浙丽保	85.30%	是	是	是	是
惠衢保	72.90%	是	是	是	是
西湖益联保	43.61%	是	是	否	是
越惠保	67.00%	是	是	是	是
舟惠保	59.52%	否	是	是	是
南太湖健康保	61.69%	是	是	是	是
嘉兴大病无忧	42.81%	否	是	是	是
穗岁康	28.23%	否	否	否	否

以“浙丽保”为例，2020 年 11 月 19 日，丽水市医保局发布了《丽水市全民健康补充医疗保险（浙丽保）实施方案》。其中对于政府政策支持方面，有四个方面值得关注。

一是将参保率纳入政府工作考核，与城乡居民基本医疗保险实行同时动员、同期参保。这在一定程度上推动基层宣传浙丽保的积极性，加大宣传力度，鼓励群众参保，扩大群众的知晓度。

二是参照基本医保签订代扣代缴协议的方式，为广大参保群众提供了线上和线下两种代扣代缴的方式，只需群众签订“丽水市全民健康补充医疗保险费代扣代缴授权书”，在下一年度基本医疗保险正常参保的情况下，系统会在“浙丽保”规定的缴费期内，从医保个账或社保卡中直接扣缴，无需再重复办理参保缴费手续，提高了参保的便捷性。

三是政府对贫困人口予以补助，2021 年，丽水市在不增加财政负担的前提下资助全市 11.2 万困难群众参保，推进医保扶贫关口前移，是对基本医疗保险的补充，也进一步体现了普惠险避免因病返贫的定位。“惠衢保”、“越惠保”、“南太湖健康保”、“嘉兴大病无忧”这四款产品的实施方案中，政府也规定对困难人员予以资助。具体内容为对确定的特困供养人员、最低生活保障家庭成员和最低生活保障边缘家庭成员，由各区、县（市）根据实际，予以资助参保。西湖市医保局和舟山市医保局还在政府文件中还呼吁社会力量资助困难人群参保

商业补充医疗保险。这一举措取得了相关成效，例如西湖区帮扶救助中心为响应政府的号召，在 2022 年，为低保、低边 4834 人投“西湖益联保”70.945 万元，减轻了困难群众重特大疾病负担，进一步提升人民群众医疗保障水平。此外，在 2021 年，舟山市慈善总会出资 187.22 万元为 18722 位市民购买“舟惠保”。而“舟惠保”惠众扩面的攻坚点正是困难群众，尤其是消息闭塞、手头拮据的部分特困人群。慈善总会对于这类人群的资助，有利于进一步扩大普惠险的普及度，为后续人群的持续参保获得稳定基础。

四是政府鼓励集体购买，具体内容为鼓励用人单位和城乡集体经济组织为职工和居民购买商业补充医疗保险，购买费用应计入个人工资薪金，按商业健康保险扣除规定，在计算个人应纳税所得额时予以税前扣除。该项措施在一定程度上促进团体组织的参保积极性，扩大参保人群。

在普惠险的推广过程中，政府的深入参与不可或缺，从顶层设计推动群众参保，提高普惠险在民众中的普及度。因此在 2022 年，在丽水市政府没有发布相关文件的背景下，“浙丽保”参保率出现不降反增的情况，广大民众仍然继续选择投保浙丽保，并且新增了近 20 万参保人。这反映出普惠险产品推广初始阶段，政府参与程度深入对于扩大参保人群的重要性。

(2) G 市实际情况

基于以上政府参与情况的对比，发现穗岁康并未在保费代扣代缴、对贫困人口补助、政府工作考核等方面开展相关工作。基于上述情况对比，结合 G 市的实际情况，筛选出适宜的政府参与内容。

① 保费的代扣代缴

广东省关于补充医疗保险保费的代扣代缴一定的政策基础。2019 年，广东省人民政府发布了《印发中山市补充医疗保险办法的通知》，通知的第八条规定“参保单位或个人参加补充医疗保险的，应于当月 25 日前到市社会保险经办机构办理参保申报手续，缴纳补充医疗保险费。个人缴纳的补充医疗保险费由参保单位代收代缴或由社会保险经办机构委托商业银行代收代缴。”此项通知明确支持补充医疗保险费的代扣代缴。此外，“深圳重疾险”和“珠海大病无疆”的保费可由当地社会保险经办机构统一从医保个人账户拟划拨资金中代扣，参保人无

需另外办理。此外，加强社会保险基金安全管理，简化参保缴费手续，G市人社局决定，从2012年4月1日起，G市个体工商户、灵活就业人员缴纳企业职工基本养老保险费、医疗保险费，将委托银行进行代扣代缴。因此，本部分建议G市未来可考虑实行穗岁康保费的代扣代缴，从医保个账或社保卡中直接扣缴保费，缴费方式将更加方便快捷，参保人也无需再重复办理参保缴费手续，有利于进一步扩大参保人群。

②补助贫困人口

2018年，G市人民政府颁布《G市医疗救助办法》，其中明确指出要建立商业保险参与医疗救助的补充机制，探索为困难群众购买团体健康补充险和意外险等商业保险的救助模式。基于此，为与G市医疗救助制度更好的衔接，G市政府可对医疗救助人员参保“穗岁康”提供相应的补助，比如保费补贴，进一步扩大医疗救助人员的保障范围，

此外，G市政府还可以鼓励社会慈善组织的参与。目前G市已有社会慈善协会组织相关对贫困人口的补助活动。例如，2022年G市慈善会联动一线社工共同实施“穗岁康爱心保公益计划”，该计划向G市户籍的困难群体发放“穗岁康爱心券”，凭此券可享受0.01元投保市场价180元“穗岁康”保险的福利。因此本研究建议G市政府通过整合财政资金与慈善补助资金，加大对医疗救助人员的补助力度，进一步完善多层次医疗保障体系。

③团体参保补助

“浙丽保”鼓励团体投保的同时，予以相关补贴，具体表现为团体组织的购买费用应计入个人工资薪金，按商业健康保险扣除规定，在计算个人应纳税所得额时予以税前扣除。目前职工基本医疗保险的保费是由政府财政、单位以及个人三方共同缴纳。自2016年起，G市政府对用人单位职工社会医疗保险缴费率由9%降至目前的5.5%，对用人单位缴纳基本医疗保险费用进行一定的补偿。目前穗岁康也持团体投保模式，但并未对团体投保提供相应的优惠政策。在此基础上，本研究建议G市政府可探索对团体组织购买穗岁康的补偿路径，进一步扩大穗岁康的参保人群，以便更好地发挥补充商业健康保险的作用。

综上所述，穗岁康的可持续发展离不开参保率的提高，在普惠险发展的初始阶段，可将工作重点放在提高普惠险产品的知晓率、投保率上。相较于其他参与主体，政府凭借其公信力能够增加普惠险产品的吸引力，在普惠险产品的发展过程中，政府可深化参与程度，在稳定参保率的基础上，提高群众对于普惠险的知晓率，吸引更多人群参保。因此，本研究认为 G 市政府可从保费代扣代缴、对贫困人员以及团体参保补助等方面入手，进一步提高穗岁康的参保率。

3.提升产品吸引力：融合港澳药械通

从穗岁康产品角度出发，与全国普惠险特药保障的政策条款相比，目前穗岁康保障范围仍有一定的提升空间；从患者角度出发，海外药品替代性不强、费用负担较重，保障范围中纳入港澳药械通产品有助于提升穗岁康的参保吸引力；从政府角度出发，港澳药械通作为国家建设粤港澳大湾区协同创新实践的重大突破，将其纳入穗岁康保障范围，有助于推动政策发展。基于目前穗岁康的收支压力，建议现阶段以附加险或者降低支付比例的形式与“港澳药械通”适度结合。

(1) 港澳药械通政策现状

2019 年 2 月，中共中央、国务院印发了《粤港澳大湾区发展规划纲要》，指出要充分发挥粤港澳综合优势，深化内地与港澳合作，进一步提升粤港澳三地在国家经济发展和对外开放中的支撑引领作用，促进粤港澳地区在医疗，教育民生、住房养老等多个领域的相互融合。2020 年 9 月 29 日，国家市场监督管理总局、国家药品监督管理局等八部委联合印发《粤港澳大湾区药品医疗器械监管创新发展工作方案》，提出创新粤港澳大湾区药品医疗器械监管方式和合作模式，不断提供优质的药品医疗器械产品和服务。《工作方案》重点任务中明确，在粤港澳大湾区内地九市开业的指定医疗机构使用临床急需、已在港澳上市的药品，以及临床急需、港澳公立医院已采购使用、具有临床应用先进性的医疗器械，均由广东省实施审批。此监管创新发展举措被称为“港澳药械通”政策。

2020 年 11 月，这一方案正式发布。2021 年 1 月，经广东省人民政府同意，省市场监管局、省药品监管局等部门印发通知，省药监局牵头组织在香港大学深圳医院使用港澳药品和医疗器械的试点工作，试点期至 2021 年 7 月 31 日。2021 年 8 月 27 日，广东省药品监管局联合广东省卫生健康委召开新闻发布会，宣布“港澳药械通”政策试点工作已在香港大学深圳医院完成，试点取得的经验做法

将扩展至粤港澳大湾区其他符合要求的地市和指定医疗机构。首批 5 家内地指定医疗机构位于广州、深圳、珠海、中山。分别为香港大学深圳医院（三级医院，试点医院）、广州现代医院（二级医院）、广州和睦家医院（二级医院）、珠海希玛林顺潮眼科医院（二级医院）和中山陈星海医院（三级医院）。

目前，广东省药品监督管理局、广东省卫生健康委员会已发布三批粤港澳大湾区内地临床急需进口港澳药品医疗器械目录，共 18 种药品和 13 种器械，这些引进的药品包括抗肿瘤新型原研药、罕见病用药、儿童用药、中毒急救药物、慢性病用药物等；医疗器械包括眼科辅助用械、辅助听觉用械、外科手术用械等。

国家发布的关于推动港澳药械通的相关政策，将内地药品监管体系与港澳药品监管体系有效衔接起来，方便港澳居民在内地就医。药械通目录的扩展不仅有利于惠及大湾区患者及内地患者，而且进一步推动了大湾区的融合发展。

（2）港澳药械通与穗岁康融合的必要性

①患者角度：提高药械可及性

首先，18 种药品均为临床急需（具体药械通药品目录见表 4-2-6），且目前国内暂未上市，大多数药品无其他更好的替代药品，但有助于改善患者生存质量。首个引进的药品抗 D 免疫球蛋白注射液成为内地“熊猫血”妈妈的“幸运药”，用于婴儿痉挛症的氨己烯酸（“喜保宁”）也为痉挛症患儿解决了治疗难题，而恩曲替尼、劳拉替尼等目前全球较新的抗癌药品更为治疗困难和特定基因突变型的癌症患者提供替代治疗的方式。而布西珠单抗是内地率先引进的眼科新药，为黄斑变性者带来福音。后续陆续引进阿培利司薄膜包衣片、布地奈德缓释胶囊临床急需进口药品，以及标点—内窥镜染色标记墨水、细胞分选处理系统和 TYRXTM 可吸收抗菌封套等进口医疗器械，为大湾区内产科、血液内科、肿瘤科、骨科等患者带来救治的希望。可见大湾区“药械通”政策的实施，对于满足患者临床用药需求，改善患者生存质量具有重要意义，不仅减少了居住和工作在内地粤港地区患者往返于香港使用相应药物的所产生的不便捷性，也能改善内地患者使用国外创新药困难的现状。

表 4-24 港澳药械通药品目录

序号	药品名称	英文名称	规格	进口使用医疗机构	备注
1	罗氟司特片	Roflumilast Tablets	500μg	香港大学深圳医院	第一批获批

2	恩曲替尼胶囊	Entrectinib Capsules	100mg		
			200mg		
3	劳拉替尼片	Lorlatinib Tablets	25mg		
			100mg		
4	维泊妥组单抗注射液	Polatuzumab Vedotin Infusion	140mg		
5	氨己烯酸薄膜衣片	Vigabatrin Film-coated Tablets	500mg		
6	贝那利珠单抗预充式注射器注射液	Benralizumab Solution For Injection In Pre-filled Syringe	30mg/1ml		
7	卡博替尼薄膜衣片	Cabozantinib Film-coated Tablets	20mg		
			60mg		
			40mg		
8	抗D免疫球蛋白注射液	Rho(D) Immune Globulin (Human)	300ug(1500IU)/120ug		第一批获批(未在目录清单内,进口问题)
9	伊匹木单抗注射液	Ipilimumab Concentrate For Solution For Infusion	50mg/10ml		第一批获批(未在目录清单内,已经上市)
10	阿培利司薄膜包衣片	Alpelisib Film-coated Tablets	200mg		第二批获批
			200mg+50mg		
			150mg		
11	厄达替尼片	Erdafitinib tablets	3mg		
			4mg		
			5mg		
12	布地奈德缓释胶囊	Budesonide Prolonged Release Capsules	3mg		
13	注射用羟钴胺素	Hydroxocobalamin Powder For Solution For Infusion	5g		
14	布西珠单抗	Brolucizumab	6m/0.05ml	珠海希玛林顺潮眼科医院	
15	卡马替尼	Capmatinib	150mg	广州现代医院	
			200mg		

16	英克西兰	Inclisiran	284mg/1.5ml	广州和睦家医院、中山陈星海医院、香港大学深圳医院	第三批获批
17	依瑞奈尤单抗	Erenumab	70mg/ml:1ml	广州和睦家医院	
18	巴氯芬注射液	Baclofen Injection	10mg/5ml	香港大学深圳医院	

其次，18种药品器械作为临床急需药品，部分药品价格较高，极易导致患者因病返贫，患者用药可及性低。大湾区药械为患者能在国内用到合适的药品提供了绿色通道。但是作为国内没有上市又是临床急需的药品，部分药品价格高昂，患者使用负担性较大的特征。如恩曲替尼是全球第三款泛肿瘤抗癌药，对于使用恩曲替尼胶囊的患者，按照香港地区的价格计算，一个月要花费近12万元人民币；劳拉替尼则是目前仅有的获批上市的第三代间变性淋巴瘤激酶ALK抑制剂，适用于ALK阳性晚期非小细胞肺癌患者，对于使用劳拉替尼片的患者，一个月将要花费近34.99万元人民币。而纳入2022年医保目录中的18种抗癌药暂未有可替代抗癌药品纳入，意味着有临床需要的患者无法获得相应的医保补偿，高额的药品费用均属于自费医疗费用，这在极大程度上加重了患者的经济负担，极易导致患者因病返贫。此外，2022年5月，G市医保局发布《社会医疗保险办法》（征求意见稿），为保障参保人员的基本医疗需求，规范社会医疗保险关系，促进社会医疗保险事业的健康发展，提出“城乡居民基本医疗保险参保范围应包括：未参加职工基本医疗保险或其他基本医疗保险的本市户籍城乡居民、本市居住证持有人、居住地在我市且办理港澳台居民居住证的未就业港澳台居民。”该项政策于2022年12月1日起正式执行，进一步扩大参保范围，保障本市灵活就业人员的基本医疗需求，进一步增强G市对部分人才的吸引力。因此将大湾区药械通纳入商业健康险保障范围，有相关用药需求的民众参加基本医保后可选择继续投保穗岁康，将减轻参保人的用药负担，对增加患者用药可及性具有一定的积极意义。

②穗岁康产品角度：提高产品竞争力

根据穗岁康实施效果的评价结果显示，穗岁康的综合评分和保障能力均处于全国普惠险产品中的前列，但保障范围深度在穗岁康所有评价项目中处于相对弱

势。结合当前普惠险避免因病返贫的定位，想要切实提升穗岁康参保人的保障待遇水平，应适当提高发生在高额费用段的患者的保障范围深度。全国 175 款普惠险产品中，有 7 种产品设定国内外特定高值药品目录，分别是“海南乐城特药险”、“山西晋惠保”、“三明普惠医联保”、“河北燕赵健康保”、“唐山惠唐保”、“深圳鹏城保”、“北京普惠保”。与 7 款产品的国外特定高值药品相比，有 12 种药品是药械通目录内所特有的，例如抗 D 免疫球蛋白注射液可以极大程度降低未致敏 Rh 阴性孕妇再次妊娠发生 RhD 同种免疫的风险，成为内地“熊猫血”妈妈的“幸运药”，但国内大多数地区的医院并未引入该药品。随着港澳药械通政策的深入发展，未来将有更多药品被纳入药械通目录。若穗岁康将药械通政策内的药品纳入保障范围中，其产品的保障范围深度会有所扩大，而药械通目录内所特有的临床急需药品会吸引有相关用药需求的民众进行参保，产品的竞争力也会随之提升。

③港澳药械通政策角度：推动政策落地，响应大湾区建设号召

2019 年 2 月，中共中央、国务院印发了《粤港澳大湾区发展规划纲要》，《纲要》明确要把粤港澳大湾区建设成为宜居宜业宜游的优质生活圈，促进粤港澳三地的相互融合。为深入贯彻关于建设粤港澳大湾区协同发展的国家决策部署，国家药监局按照《纲要》的总体要求，在广泛了解粤港澳大湾区有关情况的基础上，与有关部门共同研究制定了《粤港澳大湾区药品医疗器械监管创新发展工作方案》，此创新之举被称为“港澳药械通”政策。《工作方案》将安全有效的创新医疗产品更便捷地在粤港澳大湾区内地指定医疗机构使用，解决了粤港澳大湾区内地港澳居民因医疗需求频繁往来粤港澳三地的实际问题。同时，内地有相关用药需求的居民也能更加便捷地享受到药械通目录内的药械，更好地保障居民身体健康和生命安全。因此穗岁康和港澳药械通政策的融合不仅有利于提高穗岁康的产品竞争力，切实保障参保人的用药需求，而且从政策角度出发，港澳药械通作为国家建设粤港澳大湾区协同创新实践的重大突破，穗岁康将其纳入保障范围，有助于推动政策发展，推动粤港澳三地医疗建设的进一步发展。

从患者角度，穗岁康产品自身，港澳药械通政策三个方面来说，将港澳药械通与穗岁康融合具有深远意义。首先从患者角度来看，药械通目录包含临床急需

进口的药品和器械,有助于提高患者的生存质量,但部分药品的价格价高,患者用药可及性较低,若将港澳药械通与穗岁康进行融合,这对于提高患者的用药可及性来说具有积极作用。其次从穗岁康自身来说,港澳药械通有助于提高穗岁康的保障范围深度,提高穗岁康的产品竞争力,以维持穗岁康的可持续健康发展。最后从落实国家政策来说,穗岁康和药械通的融合发展,顺应了中央和地方的政策导向,有利于推动粤港澳大湾区的建设发展。

(3) 港澳药械通与穗岁康保障融合方案

根据以上分析,港澳药械通与穗岁康融合有利于吸引有用药需求的投保穗岁康。目前,港澳药械通目录内药品在广东省试点医院的使用人数约为 377 人,2021 年港澳药械通内药品产生的医疗费用总金额为 2200 万;2022 年上半年药品费用为 880 万,具体指定医院使用情况见表 4-25。

表 4-25 大湾区指定医院特定进口药品情况

指定使用 医疗机构	药品化学名 称	规格	单价	年份		年费用金额/ 人	使用人 数
				2021	2022 (1-8 月)		
广州现代 医院	卡马替尼	200mg*60 片	19985.00		119910	119910	1
广州和睦 医院	劳拉替尼	100mg/片	58000.00		1450000	725000	2
	英克西兰	284mg/1.5ml	18558.00		556740	69592.5	8
	依瑞奈尤单抗	70mg/mL:1mL (单支)	3683.00		331470	10692.60	31
香港大学 深圳医院	抗 D 免疫球蛋白注射液	1500 IU/支	710.02	213005	213005	1065.03	200
	恩曲替尼	100mg	8705.59	52234		26116.77	2
		200mg	52194.14	626329		313164.81	2
	维泊妥组单抗	140mg	74749.5	1494990		213570	7
	劳拉替尼	25mg	20000	360000		120000	3
		100mg	58,000.00	696000		232000	3

	罗氟司特片	0.5mg/片	614.69	368814		21694.94	17
	贝那利珠单抗	30MG/1M	20680.7	1240842	1034035	413614	3
	氨己烯酸薄膜衣片	500mg	1644.61	164461		10964.07	15
	伊匹木单抗注射液	50mg/10ml	37422.21	7484442		18711110.5	4
	卡博替尼薄膜衣片	20mg	60662.19	606621		606621.90	1
		40mg	60662.19	1213243		1213243.80	1
	阿培利司薄膜包衣片	200mg+50mg	39695.54	476346		238173.24	2
		150mg	39695.54	238173		119086.62	2
	厄达替尼片	3mg	88536.63	3541465		1770732.6	2
		4mg	39,403.67	1576146		788073.4	2
	布地奈德缓释胶囊	3mg	2765.26	331831		66366.24	5
	巴氯芬注射液	10mg/5ml	7587.62	1517524		1517524	1
	布西珠单抗	6mg/0.05ml	9800		980000	39200	25
	英克西兰	284mg/1.5ml	18558		3711600	231975	16
珠海希玛林顺潮眼科医院	布西珠单抗	6mg/0.05ml	9800		205800	17150	12
中山陈星海医院	劳拉替尼	100mg/片	58000		58000	58000	1
	英克西兰	284mg/1.5ml	18558		148464	21209.14	7
	罗氟司特片	500 micrograms	614.69		18441	18440.70	1
	依瑞奈尤单抗	70mg/ml	3683		55245	5524500	1

因目前无法估算未来广州市穗岁康参保人中使用药械通药品的具体人数, 假设以全广东省的使用数据作为未来穗岁康与药械通融合后可能产生的赔付支出。

将港澳药械通纳入穗岁康的保障范围，测算穗岁康未来产生的药械通目录内药品总支出。以 2021-2022 年 8 月的使用数据为基础，穗岁康每年的赔付金额可根据每种药品每年使用情况的赔付总额，推测出穗岁康一年的赔付总额，具体计算公式为：

$$\text{每年药品赔付总额} = (\text{每人年使用金额} - 1.6 \text{ 万}) \times 70\% \times \text{使用人数}$$

通过测算可得知 2021 全年穗岁康的赔付金额约为 1464 万元，2022 年上半年穗岁康的赔付金额为 494 万元。因此，估算穗岁康 2023 年约赔付 1892 万元。377 人约产生赔付金额 1892 万元，根据穗岁康采取的固定缴费模式，这 377 人保费收入为 67860 元，赔付率约为 2.8%。结合 2022 年参保人数为 379.61 万人来看，使用药械通目录内药品的人群占比较小，赔付支出较大。所以可考虑将港澳药械通作为附加险或降低赔付比例来纳入穗岁康的保障范围中，若免赔额降为 60%，则赔付支出约为 1678 万元，减少约 214 万元的赔付支出。

二、调整待遇二保障内容，控制不合理费用支出

基于上述赔付数据的分析，穗岁康目录外赔付费用增速过快，增加穗岁康赔付压力，平稳运行受到影响。此外，穗岁康待遇二的保障范围较为广泛，对于药品的使用并无限制，存在不符合药品说明书适应症的使用情况。此外，因为穗岁康普的“保大病”定位，在与基本医疗保险衔接的过程中，极易出现不合理行为，存在道德风险，直接或者间接导致医疗成本的增加，影响着穗岁康的可持续发展。因此，本研究建议在对穗岁康赔付明细数据分析后，分析导致待遇二支出增加的原因，针对分析结果，调整待遇二的保障内容，同时对于不合理费用，构建起医保方、商保方对待遇享受人员费用合理性的监管机制，以减轻穗岁康的运行压力，提高保险基金的使用效率。

（一）提高免赔额

相比于 2021 年，2022 年穗岁康的待遇细则仅在免赔额方面有所改变。2022 年穗岁康将待遇 1、待遇 2、待遇 3-1 的免赔额均由 18000 降低至 16000，将待遇 3-2 免赔额由 50000 降低至 45000 元。根据上述分析 2022 年穗岁康的运行情况得出，第二年穗岁康的赔付支出增速较快。在排除免赔额影响后，才能进一步分析

赔付支出增加的真正原因。

首先，对于 2022 年上半年穗岁康赔付支出费用进行分析，排除免赔额影响后，即待遇 1、待遇 2、以及待遇 3 的免赔额恢复至 2021 年之后，分别带入 2022 年的理赔数据中分别计算各待遇的赔付支出情况。在扣除免赔额的影响后，穗岁康少支出 3859 万元，其中调整免赔额对待遇 2 的赔付支出影响最大，其次是待遇 1。若扣除免赔额的影响，这两项待遇减少的赔付支出占全部免赔额差额的 94%。此外，在扣除免赔额的影响下，与 2021 年同期对比，2022 年上半年穗岁康待遇 1 呈现负增长，待遇 2 赔付支出的增长率有所下降，并且待遇 1 获赔人数将减少 1700 人；待遇 2 获赔人数减少 1593 人。由此得出，免赔额的调整对于穗岁康的赔付支出产生明显的压力。

其次，在扣除免赔额影响后，估算 2022 年全年穗岁康赔付支出情况。2021 年上下半年穗岁康的赔付支出占比为 4: 6，以该比例为基础，预估 2022 年全年的赔付金额为 5.26 亿元，赔付率为 76.93%。排除免赔额的影响后，穗岁康的运行仍较平稳。具体见表 5-2-1、5-2-1。

表 5-2-1 2021 年穗岁康分待遇赔付情况

待遇类型	人数	人次	赔付 (万元)	赔付占比 (%)
待遇 1	15410	133193	12420.7	26.6
待遇 2	17172	71340	32532.7	69.6
待遇 3-1	939	4416	967.5	2.1
待遇 3-2	320	2539	615.9	1.3
待遇 4	110	507	191.5	0.4
待遇 5	25	25	0.2	0
合计	26332	172020	46728.5	100

表 5-2-2 2022 上半年穗岁康分待遇赔付情况

待遇类型	人数	免赔额差价 (万元)	赔付 (万元)	赔付占比 (%)	扣除免赔影 响的赔付金 额 (万元)	预计全年赔付 金额 (万元)	年增长率 (%)
待遇 1	8066	1613.2	5374.81	21.60%	3761.61	9404.025	-24.29%
待遇 2	10033	2006.6	18409.88	73.98%	16403.28	41008.2	26.05%
待遇 3-1	654	130.8	531.15	2.13%	400.35	1000.875	3.45%
待遇 3-2	217	108.5	493.88	1.98%	385.38	963.45	56.43%
待遇 4	697	0	75.25	0.30%	75.25	188.125	-1.76%
合计	17156	3859.1	24884.97	100%	21025.87	52564.675	12.49%

注：标黄部分为扣除免赔额影响后 2022 年上半年穗岁康所减少的赔付支出

从 2021 年穗岁康数据来看，2022 年穗岁康保费收入的增长率为 3.44%，赔付支出的增长率为 12.49%。基于此，预测 2023 年、2024 年的赔付支出及其赔付率，数据显示如果穗岁康以 12.49%的赔付支出增长率持续发展，极有可能在 2025 年，穗岁康就难以维持平稳运行，面临基金穿底的压力。但赔付支出的增长率还需以 2022 年全年的数据来测算更为准确。

因此，考虑到免赔额调整对穗岁康赔付支出的影响，并且与 G 市大病保险 1.8 万的起付线相衔接，本部分建议穗岁康可将待遇的免赔额恢复至 1.8 万元。

表 5-2-3 扣除免赔额影响估算穗岁康赔付情况

年份	保费收入(万元)	保费收入增长率	赔付支出(万元)	赔付支出增长率	赔付率
2021	66060	—	46728.5	—	70.74%
2022	68329.80	3.44%	52564.68	12.49%	76.93%
2023	70677.59	3.44%	59129.74	12.49%	83.66%
2024	73106.05	3.44%	66514.75	12.49%	90.98%

(二) 降低待遇 2 支付比例

1.确定固定支出费用

在测算具体方案之前，需要考虑穗岁康规定的经办费率、增值服务的支出等因素，来确定穗岁康收入中的固定支出费用。

首先，2019 年，中国银行保险监督管理委员会颁发《健康保险管理办法》（2019 年第 3 号），其中规定保险公司可以将健康保险产品与健康管理服务相结合，提供健康风险评估和干预、疾病预防、健康体检等服务，但其成本要控制在净保险费的 20%以内。穗岁康考虑自身实际情况设置增值服务，并且根据上述增值服务的成本测算情况，穗岁康可将增值服务的成本控制在总保费收入的 3%以内。

其次，通过对 2021 年部分产品的经办费率及其对应的经办费用分析，虽然“穗岁康”的经办费率仅为 8%，但其对应的经办费用比较高，仅次于“惠衢保”的经办费用。就目前而言，在部分产品的对比中，穗岁康的经办费用比较高，未来可继续保持该费率作为穗岁康的运营成本支出。

考虑到保险运行应略有盈余，本研究建议将总保费收入的 15%作为固定支出费用，剩余 85%的保费收入作为“穗岁康”的赔付支出费用。

15%总保费收入=经办费率（8%保费收入）+增值服务成本+略有盈余

2.具体方案

(1) 仅降低待遇二的支付比例

首先根据 2021 年上下半年的赔付支出比例、穗岁康赔付支出以及保费收入的增长率等情况预估 2022 年全年的赔付支出。此外，2022 年上半年总赔付支出中，待遇二支出占比为 73.9%。假设未来待遇二赔付支出占比情况不变，在此基础上分析待遇二需要如何调整赔付比例才能达到收支平衡。

①估算 2022 年穗岁康赔付支出：

2022 年总赔付支出 = $248180177.1 \div 40\% = 620450442.8$ 元

②估算 2023 年穗岁康保费收入、各项赔付支出：

2023 年保费收入 = $683000000 \times (1 + 3.48\%) = 706801515.2$ 元

2023 年总赔付支出 = $620450442.8 \times (1 + 12.49\%) = 697944703$ 元

2023 年待遇二赔付支出 = $697944703 \times 73.9\% = 515781135.6$ 元

2023 年剩余待遇赔付支出 = $697944703 - 515781135.6 = 182163567.5$ 元

③估算 2023 年待遇二赔付比例、减少的赔付支出费用：剔除总保费的 15%（固定支出费用）和剩余待遇的赔付支出后，待遇二需要降低多少赔付比例才能达到收支平衡。

2023 年用于待遇二赔付的保费收入 = $706801515.2 \times (1 - 15\%) - 182163567.5 = 418617720.4$ 元

2023 年待遇二的报销比例 = $\text{用于赔付待遇二的保费收入} / \text{2023 年穗岁康待遇二赔付支出} \times 70\% = 56.81\%$

2023 年穗岁康减少的赔付支出费用 = $\text{待遇二赔付支出} - \text{用于待遇二的保费收入} = 97163415.17$ 元

(2) 提高免赔额+降低支付比例

在此方案中，2023 年穗岁康保费收入、用于赔付的保费收入不变，仅将待遇二的免赔额调整至 18000 元，并在此基础上分析待遇二需要如何调整赔付比例才能达到收支平衡。

①估算 2022 年调整免赔额后的赔付支出：将 2023 年穗岁康待遇二免赔额调

整为 18000 元

2022 年总赔付支出= 216469821.4÷40%=541174553.6 元

②估算 2023 年调整免赔额后穗岁康的各项赔付支出:

2023 年总赔付支出= 541174553.6×12.49%=608767255.3 元

2023 年待遇二赔付支出= 608767255.3×73.9%=449879001.7 元

2023 年剩余待遇赔付支出= 608767255.3- 449879001.7 = 158888253.6 元

③估算 2023 年待遇二调整免赔额后的赔付比例、减少的赔付支出费用:

2023 年用于待遇二赔付的保费收入 = 706801515.2× (1-15%)
-182163567.5=418617720.4 元

2023 年待遇二的报销比例= $\frac{\text{用于赔付待遇二的保费收入}}{\text{2023 年穗岁康待遇二赔付支出}} \times 70\%=68.76\%$

2023 年穗岁康减少的赔付支出费用=提高免赔额减少的费用+待遇二赔付支出-用于待遇二的保费收入=87261856.59 元

(3) 方案对比

通过以上测算，在第一种方案下，预估 2023 年需要将待遇二的支付比例由 70%降低至 56.81%才能保证穗岁康的收支平衡，而当待遇二的支付比例降 56.81%时，穗岁康将减少 9763 万元的支出。而在第二种方案下，在保留 15%的 保费收入作为固定支出费用的基础上，穗岁康将免赔额提高至 1.8 万元后，待遇 二的支付比例需要由 70%降低至 68.76%才能覆盖全部待遇的费用支出。在此方 案下，穗岁康可减少 8726 万元的支出。与第二种方案对比，仅降低待遇二的支 付比例所减少的穗岁康赔付支出费用最多，但该方案所导致的灾难性支出人数明 显增加，经穗岁康报销后个人负担费用达 10 万元以上的人数为 439 人，经穗岁 康报销后个人负担费用段的人数也明显高于其他待遇优化方案，并且高负担费用 段人数也高于方案二。具体见表 4-26、4-27。

表 4-26 估算不同方案下 2023 年穗岁康各项待遇支出与赔付比例 (单位: 亿元)

年份	免赔额 (元)	保费收入	待遇调整 后的结余 费用	可用于赔 付的保费 收入	赔付总支 出	待遇二赔 付支出	剩余待遇 支出	用于待遇 二支出的 保费收入	需要调整 的比例
2023 年	16000	7.068	0.97163	6.0078	6.9794	5.1578	1.82164	4.1862	56.81%
2023 年	18000	7.068	0.87262	6.0078	6.0877	4.4988	1.5889	4.4189	68.76%

表 4-27 预估 2023 年穗岁康灾难性支出人数与个人负担费用情况（单位：人）

年份	待遇二免赔额 (元)	待遇二支付比例	减少的支出费用 (亿元)	灾难性支出人数	个人负担费用 10 万元以上	个人负担费用 20 万元以上	个人负担费用 30 万元以上	个人负担费用 40 万元以上	个人负担费用 50 万元以上
2023 年	16000	56.81%	0.97163	1341	569	97	28	8	4
	18000	68.76%	0.87262	1215	490	80	21	5	3

(三) 降低既往症支付比例

截止 2022 年 6 月 30 日，穗岁康共赔付 1.8 万人，6.5 万人次，约 2.6 亿元，占本年度保费的 38%。相较于去年同期，赔付金额增长 39.6%。对于穗岁康而言，运行压力较大。同时，由 2018-2020 年 G 市住院自费费用数据来看，随着自费费用的不断增长，从长远来看，上述穗岁康通过降低待遇二的支付比例来控制自费费用支出的方式可能无法实现长久的控费。

通过对 115 款保障医保目录外费用的产品进行分析，比较不同控费方式下医保目录外费用的报销比例。对于通过既往症控制医保目录外费用的产品，其医保目录外非既往症人群的平均支付为 62.89%，既往症人群的平均支付比例较低，仅为 30.84%。对于选择其他控费方式的产品来说，在保障医保目录外住院费用产品的平均报销比例为 53.81%。而穗岁康在不限制既往症的情况下，报销比例为 70%，高于其他普惠险产品的平均报销水平。具体内容见下图 4-39。

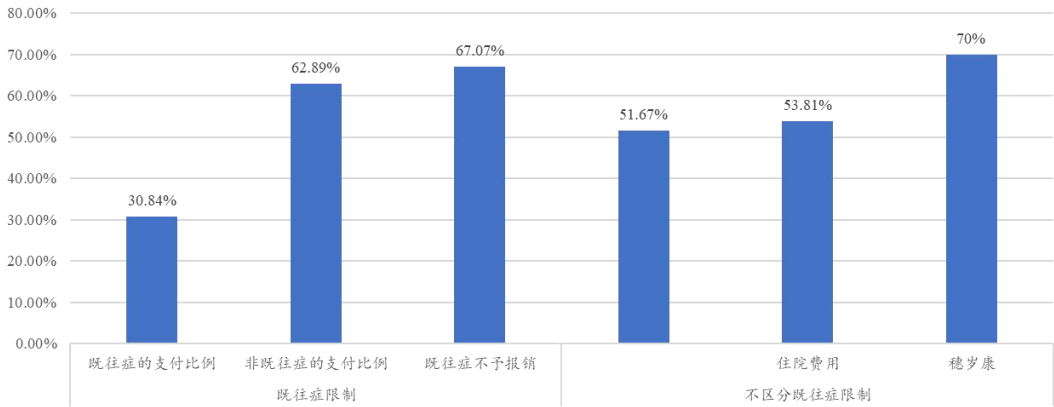


图 4-40 不同控费方式下医保目录外费用的平均报销比例

由穗岁康运行情况的分析可知，两年连续获赔的人员，赔付支出较多，对于穗岁康的运行存在压力。连续两年获赔人数仅 4776 人，在总参保人数的占比为 0.13%，人均赔款高于平均水平，整体赔付金额较高，占穗岁康赔付总支出的 25%。

因此，在不限定既往症的参保赔付模式下，未来穗岁康的参保人群结构可能

会发展成不合理的情况。连续获赔人员，以及容易患病并获得赔付的老年人群更容易获得赔付，这使获得待遇享受的人员会选择继续参保穗岁康，而对于大部分未获得赔付的参保人群，其参保的积极性将会有所下降，浙江导致穗岁康的参保人群结构会逐渐向高额、患病人群转移，良性循环阻碍较大。且更易发生保险的逆向选择风险，对于穗岁康的可持续发展产生不利的影响。若降低既往症人群的赔付比例将节省大量赔付支出，将结余费用用于补偿超高额费用人群，兼顾少部分重特大疾病患者，减轻普通民众在重大疾病发生时的高额医疗费用负担，避免出现大额医疗费用的患者因病返贫的现象，符合普惠险“保大病”的定位，有利于发展多层次的医疗保障制度体系。

（四）设置正面报销清单

随着药品审评审批的步伐加快，目前我国创新药品获批数量较多（具体情况见下图 4-40），发展趋势良好，创新药品的发展仍存在较大的发展空间，未来因使用创新药品而导致患者自费费用不断增加的趋势更加明显。例如用于治疗难治性大 B 细胞淋巴瘤的创新药品奕凯达年疗程费用达到 120 万元，而穗岁康在减去免赔额后，仍需为参保人支付较高费用，对于穗岁康的可持续发展造成一定不利的影响。未来随着国内创新药品数量的增多，穗岁康目录外自费费用的赔付压力也将不断增加。

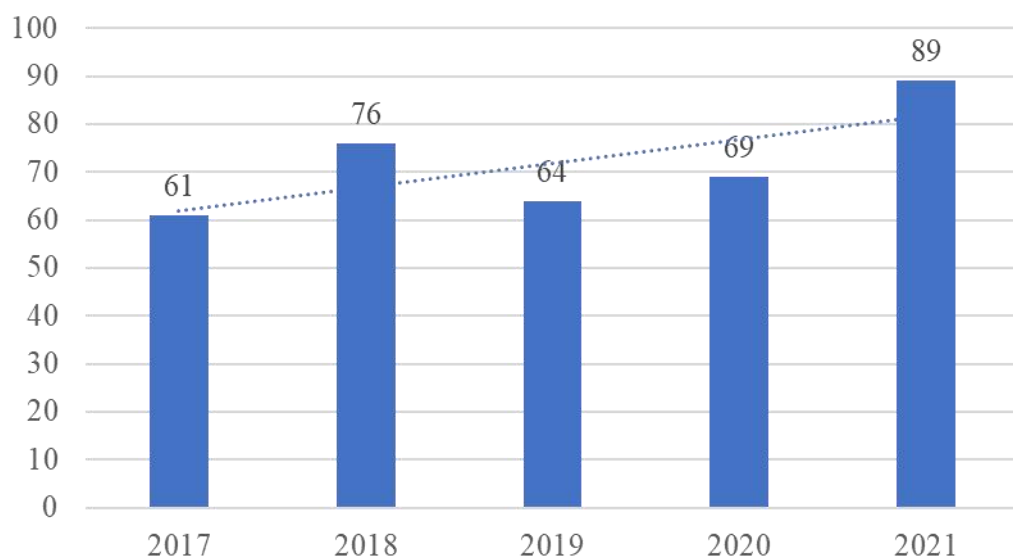


图 4-41 2017-2021 年我国创新药品获批数量

此外，近年来 G 市住院患者的自费费用持续上升。根据 2018-2020 年 G 市

的住院医疗费用情况显示，自费金额持续走高；且在 2020 年疫情时期目录内自付费用降低的情况下，自费费用仍呈现上升趋势（具体情况见图 4-41）。根据穗岁康 2022 年上半年赔付情况，待遇二赔付支出较去年的涨幅增加。因此，结合近年来国家对于创新药品审批的加快和 G 市住院自费费用的提高，未来仅降低自费费用的支付比例无法实现长久控费。

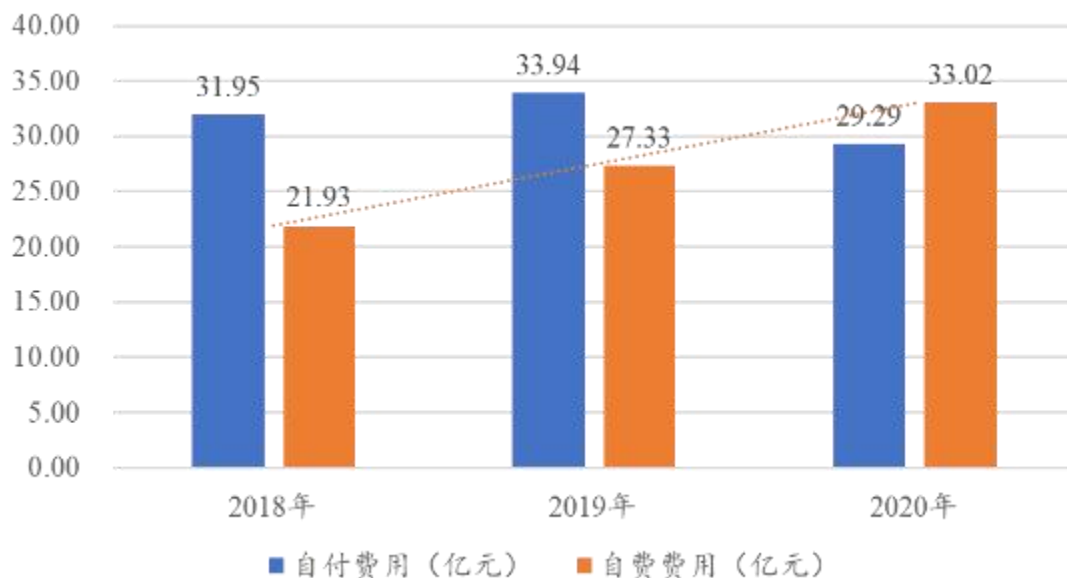


图 4-42 2018-2020 年 G 市住院医疗费用中自付、自费金额

对于目录外的控费措施，穗岁康除考虑降低自费费用的支付比例，还可设置药品目录。目前全国共有 141 款普惠险设置药品目录，除去既往症限制的产品外，14 款产品设置药品目录，药品目录包括特定高额药品目录和予以报销的正面清单两类。

其中特定高额药品目录的设置分为两类，一是保障特定高额药品，此种方案将原本的目录外费用保障转变为特定高额药品的院内、药店保障，将普惠险医保政策范围外待遇享受人员局限于特药使用人群。二是保障特定高额药品和其他目录外费用，此种方案将降低原本的院外目录费用保障待遇，将节省的费用用于扩宽特定高额药品的药店购买渠道。目前设置特定高额药品目录的产品均支持院外购药，在一定程度上拓宽了购药渠道。

而对于设置正面报销清单来说，全国 175 款普惠险产品中，有 4 款产品设置了医保政策范围外的正面报销清单，分别为青岛的琴岛 e 保（2000 款药品）、湖州市南太湖健康保（530 款药品）、台州利民保（527 款药品）以及惠随保 2022

版（717 款药品）。4 款产品的具体保障责任见表 4-28。

表 4-28 设置正面报销清单产品的保障责任

普惠险	保费（元）	保障范围	免赔额（万）	支付比例	保额（万）
台州利民保	100	内外特	大病起付线/0.5/1	55%/50%/50%	300
湖州南太湖健康保	100	内外特	大病起付线+0.5/1/1	50%/50%/50%	300
琴岛 e 保	139	内外特	1.8/1.6/2	70%/60%/70%	300
惠随保（2022 版）	99	内外特	2/2/0	75%/75%/80%（非既往症人群）	250

这四款产品正面报销清单内药品的遴选标准主要是疗效确切，价格适宜的常用药品，大多为医院常用自费药品和医保目录内超限定支付范围的药品。

比如在台州利民保的药品准入清单中，共计 537 种药品，涵盖了台州市各县（市、区）主要医院在用的自费药品和医保目录内超限定支付范围的药品，可随医保目录更新进行动态调整；湖州市南太湖健康保纳入正面清单内药品共计 530 种，包括具有国药准字、国药进字批文的未纳入负面清单管理的自费药品。例如冻疮膏、感冒软胶囊、枸橼酸米芬片、金银花露、炉甘石洗剂、牛黄清心丸、复方氯己定地塞米松等疗效确切，价格适宜的常用药品；琴岛 e 保的正面报销清单内有 2000 种药品，包含医保目录内甲类及乙类费用，例如阿归养血胶囊、阿利吉仑片、阿托品异丙嗪注射液、氨溴特罗口服溶液、奥利司他胶囊、苯扎氯铵溶液、穿心莲滴丸、复方布洛芬片等。三款产品均纳入了疗效确切、价格适宜的常用药品。

因此，本研究建议穗岁康可根据药品使用明细数据，将海内外符合标准的产品纳入清单，并在此基础上，面向所有穗岁康的待遇享受人员设置正面报销清单，缩小报销范围。

三、补偿高额费用人群

由穗岁康运行数据可知，虽然穗岁康减少了灾难性支出的人数，但目前经穗岁康报销后的超高额费用人群，仍有较高的医疗费用需要个人承担，个人负担仍比较重，极易出现因病返贫、因病致贫情况。基于穗岁康“保大病”的定位，为减轻高额医疗费用负担，进一步提升医疗保障水平，本研究建议穗岁康未来待遇优化工作中应考虑对超高额费用人群进行补充。

本部分对 215 款惠民保产品的待遇进行分析，共 18 款惠民保产品对于被保

险人承担的高额费用予以一定的保障，保障方式主要分为两种。具体见表 4-29。一种是对被保险人负担的超高额医疗费用进行二次补偿，即对于被保险人承担的医疗费用达到某一水平时，该产品对于这部分费用给予一定的报销。该方式下共有 3 款惠民保产品，例如株洲“神农保”规定：经医保和神农保报销医保支付范围内剩余的医疗费用如果在 6 万元至 50 万元之间，对于这部分费用再报销 50%；而对于“惠琼保”来说，其对于个人承担的基本医保支付范围内门诊慢特疾病的医疗费用设置封顶线，如果被保险人经过社会医疗保险和惠民保产品报销后，还需要承担 45 万元的高额费用，则对于超过 45 万的部分全额报销。同时，在这种方式下，部分惠民保产品在待遇保障方面也区分既往症。比如“肇福保”规定对年度内累计负担住院和特定病种门诊的合规医疗费用超过 4 万的被保险人进行二次报销，对于 4 万至 20 万这部分医疗费用，其报销比例为 70%，而对于规定的四大既往症人群，其报销比例则下调至 35%。

另一种方式是在惠民保产品的待遇设计中引入费用分段，被保险人承担的医疗费用越高，其报销比例越高，大多数产品以这种方式来缓解部分高额费用人群的负担。共有 15 款惠民保产品选择这种方式来对高额费用的被保险人进行相应的补偿。大多数惠民保产品是以 10 万元为基础来划分不同待遇水平，但在具体分段费用的确定上需要区别是否扣除免赔额，比如“威你保”、“汕头惠民保”、“安阳惠民保”等产品均以免赔额为起点开始计算被保险人所能达到的费用段；而“常州惠民保”、“大连普惠保”、“潍坊惠民保”等产品均是在扣除了免赔额的基础上，被保险人重新计算承担的医疗费用。在相同的费用分段条件下，被保险人选择以免赔额为起点开始计算所承担费用的惠民保产品，比部分规定扣除免赔额后重新计算所承担费用的产品更容易达到更高赔付比例的要求。此外，考虑到产品自身的可持续性，在设计惠民保的待遇分段时，部分产品会考虑既往症和保障范围，部分惠民保产品会将基本医保目录内、外均纳入考虑范围，也有惠民保产品仅考虑基本医保目录内或基本医保目录外。以“常州惠民保”为例，其对于基本医保目录内、外两部分的保障责任设置不同的待遇水平，两部分保障责任的待遇划分均以 10 万元个人承担的医疗费用为节点，在扣除免赔额达到相应个人承担费用阶段后，予以相应的报销比例。此外，常州惠民保规定既往症人群的报

销比例均低于非既往症人群。而“潍坊惠民保”仅在医保内住院自付费用这部分保障责任中对待遇进行分段，该产品并未区分既往症人群，在扣除免赔额的基础上，对于达到 10 万元的医疗费用，其报销比例为 65%；而对于 10 万元至 50 万元这部分医疗费用，其报销比例为 80%；针对 50 万元以上的医疗费用，报销比例进一步提高，被保险人可按照 95% 的赔付比例获得更高的保障。

表 4-29 惠民保产品高额费用保障的待遇设计

序号	普惠险名称	类别	范围	内容	待遇
1	神农保	基本医保范围内高额住院费用（二次补偿）	住院	经医保和神农保报销医保支付范围内剩余的医疗费用	6 万元-50 万元之间，报销比例为 50%
2	海南惠琼保	基本医保范围内高额医疗费用补偿	门诊慢、特病种	门诊特定病种和门诊慢性病种治疗的，如其在治疗期间实际发生的、符合当地基本医疗保险支付范围内的合理医疗费用	45 万元（含 45 万元）以上的部分，报销比例为 100%
3	肇福保	基本医保支付范围内高额医疗费用保障（二次报销）	住院+门诊特定病种	保险年度内个人累计负担住院和特定病种门诊的合规医疗费用，即住院和特定病种门诊的总医疗费用，减去基本医保、大病保险、“一次报销”待遇等已报销费用，以及肇福保不予支付范围等医疗费用后，剩余的医疗费用。	4 万元（累计免赔额）至 20 万元，报销比例为 70%；对于四大类既往症，报销比例下调至 35%； 20 万元以上，报销比例为 90%；对于四大类既往症，报销比例下调至 45%。
4	珠海市附加补充医疗保险“大爱无疆”	基本医保范围内超高额费用补偿	住院	被保险人社保年度内发生基本医疗保险范围内的住院核准医疗费用	60 万元以上、100 万元以内(含 100 万元)的部分，支付 90%
5	常州惠民保	基本医保保障范围内保障责任	住院+门诊特定病种	住院和门特治疗期间发生的医保范围内的个人自付费用，以及使用国家谈判药品目录内符合我市双通道单独支付管理的药品个人自付费用	非既往症：扣除免赔额，0-10 万元，赔付比例为 75%； 10 万元以上，则为 85%。
					既往症：扣除免赔额，0-10 万元，赔付比例为 60%； 10 万元以上，则为 70%。
		基本医保保障范围外保障责任		住院和门特治疗期间发生的合理且必须的医保目录外个人自费费用	非既往症：扣除免赔额，0-10 万元，赔付比例为 70%； 10 万元以上，则为 80%
					既往症：扣除免赔额，0-10 万元，赔付比例

					为 50%； 10 万元以上，则为 70%
6	保尚保	医保政策范围内个人负担	住院+门诊特定病种	住院报销待遇和门诊特定病种报销待遇中的政策范围内个人自付和个人先行自付部分	1-2 万（含）定额补助 500 元； 2-3 万元（含）定额补助 800 元； 3-8 万元（含）部分费用报销 50%； 8 万元以上部分费用报销 70%
7	长沙惠民保	基本医保政策范围外医疗费用	住院+门诊特定病种	基本医保政策范围外医疗费用	非既往症： 罕见病：扣除免赔额，0-20 万元，30%； 20-50 万元，40%； 50 万元以上，50% 非罕见病：扣除免赔额，0-20 万元，40%； 20-50 万元，50%； 50 万元以上，60%
8	大连普惠保	住院个人自费费用（基本医保范围外）	住院	保险期间内，在大连市基本医疗保险定点医疗机构住院治疗，实际发生的个人自费费用，经社会基本医疗保险、城乡居民大病保险、职工高额保险、医疗救助、公务员补助、其他政策补偿后应由其个人自费的医疗费用	扣除免赔额，累计 20 万元（含）以下，报销比例为 50%，20 万元以上，报销比例为 60%。
9	潍坊惠民保	医保内住院自付费用	住院	符合基本医疗保险支付范围并经过基本医疗保险等待遇补偿后的个人自付部分（不含基本医疗保险起付标准内部分和异地就医首先自付部分）	扣除免赔额，累计 10 万元（含）以下，赔付比例为 65%； 10 万元-50 万元（含），赔付比例为 80%； 50 万元以上，赔付比例为 95%
10	威你保	医保政策范围外住院费用	住院+门诊慢性病	医保定点医院住院治疗+职工门诊慢性病、居民门诊慢性病治疗+购买高值药品时使用医保目录内药品、诊疗项目的个人首先自付及超支付标准和使用医保目录外药品个人完全自付费用	1.8 万元（免赔额）至 10 万元，报销比例为 60%； 10 万元-30 万元，报销比例为 70%； 30 万元以上，报销比例为 80%
		医保政策范围内住院		医保定点医院住院治疗+职工门诊慢性病、居民门诊慢性	

		费用		病治疗+购买高值药品时所产生的列入医保基金支付的总费用中由经过基本医疗保险、大病保险、医疗救助等报销后个人按政策规定比例承担的部分	
11	江西卫惠保	住院医疗费用保障	住院	住院医疗发生的医保目录内个人自付费用	非既往症： 10 万元以下，报销比例为 30%； 10 万元-20 万元，报销比例为 50%； 20-30 万元，报销比例为 70%； 30 万元以上，报销比例为 80%。 既往症： 20 万元以内，20%；20-40 万元，30%；40 万元以上，40%。
				住院医疗发生的医保目录外个人自付费用	
12	惠州惠医保	个人自付比例部分和自费部分保障	住院	经“政府办医保”报销后，由个人支付的自付比例部分和自费部分的住院医疗费用	1.2 万元（免赔额）-10 万元，报销比例为 50%； 10 万元以上，报销比例 70%
13	汕头惠民保	住院合规基本医疗保险费用（医保目录内费用）	住院	即经基本医疗保险、大病保险和医疗救助等医保报销后的个人自付部分	本地就医按以下规定比例给付： 2 万元（免赔额）至 40 万元（含）部分， 报销比例为 60%； 高于 40 万元部分，报销比例为 70%。
		恶性肿瘤国谈药自费部分	住院+门诊特定病种	即因恶性肿瘤住院治疗 and 恶性肿瘤化疗门诊特定病种（含生物靶向治疗、免疫治疗、内分泌治疗）使用国家谈判医保恶性肿瘤药品目录乙类限制用药发生的费用（包括乙类药品个人先行支付费用、医保限制支付范围外用药的自费费用）	
14	安阳惠民保	合规自付医疗费用	住院+门诊特定病种	医保政策范围内个人自付费用，包括参保人在定点医疗机构发生的住院费用、重特大疾病门诊病种费用和重特大疾病门诊特定药品费用中符合医保支付政策	免赔额-10 万元，报销比例为 50%； 10 万元-20 万元，报销比例 60%； 20 万元-50 万元，报销比例 70%； 50 万元以上，报销比例 80%。
		合理自费医疗费用	住院	参保人在定点医疗机构因病施治的医保目录内不予支付的药品、耗材、诊疗服务项目费用，即参保人在定点医	

				疗机构发生的住院费用中纳入合理自费医疗费用清单范围内的自费费用	
15	南昌惠民保	政策范围内保障责任	住院	住院治疗发生的医保目录内个人自付费用	非既往症： 1.5 万元（免赔额）-10 万元，报销比例为 65%； 10 万元以上，报销比例为 80%。
		政策范围外保障责任		住院治疗发生的医保目录外个人自付费用	非既往症： 2 万元（免赔额）-10 万元，报销比例为 65%； 10 万元以上，报销比例为 80%。
16	惠皖保·阜阳（基础版）	住院医疗责任（医保范围内）	住院	在定点医疗机构接受治疗所发生的个人承担的临床诊疗必需且合理的医保目录内费用	2 万元（免赔额）-10 万元，报销比例为 80%； 10 万元以上，报销比例为 90%。
17	惠皖保·阜阳（升级版）	住院医疗责任（医保范围内、外）		在定点医疗机构接受治疗所发生的个人承担的临床诊疗必需且合理的医保目录内、外费用	
18	惠得保	医保目录内保障责任	住院+门诊慢性病种	住院和 I 类门诊特殊慢性病自付费用	非既往症： 0-10 万元，报销比例为 65%； 10 万元以上，报销比例为 80%。
		医保目录外保障责任		住院和 I 类门诊特殊慢性病自费费用	非既往症： 0-10 万元（含），报销比例为 50%； 10 万元-20 万元（含），报销比例 60%； 20 万元-50 万元（含），报销比例为 70%； 50 万元以上，报销比例 80%。

首先，对惠民保产品保障高额费用所涉及的保障责任进行分析。18款惠民保产品中有9款惠民保产品的保障范围最广，包含基本医保目录内和基本医保目录外，这部分保障对于既往症的限制也较多；而7款惠民保产品的保障范围仅涉及基本医保目录内，因其保障范围的缩小，该部分的产品对于既往症的限制也较少；此外，很少有产品会对基本医保目录外的费用进行保障，在18款惠民保产品中，单独对这部分待遇进行保障的惠民保产品数量最少，仅3款产品设置待遇分段保障。此外，不同的保障方式下，惠民保产品的保障范围有所差异。在第一种保障方式中，4款产品的保障范围均属于基本医保目录内；而第二种补偿方式中，大多数产品集中在基本医保目录内和基本医保目录外的保障上，共有9款产品对这部分待遇进行了相应程度的保障。具体见图4-43。

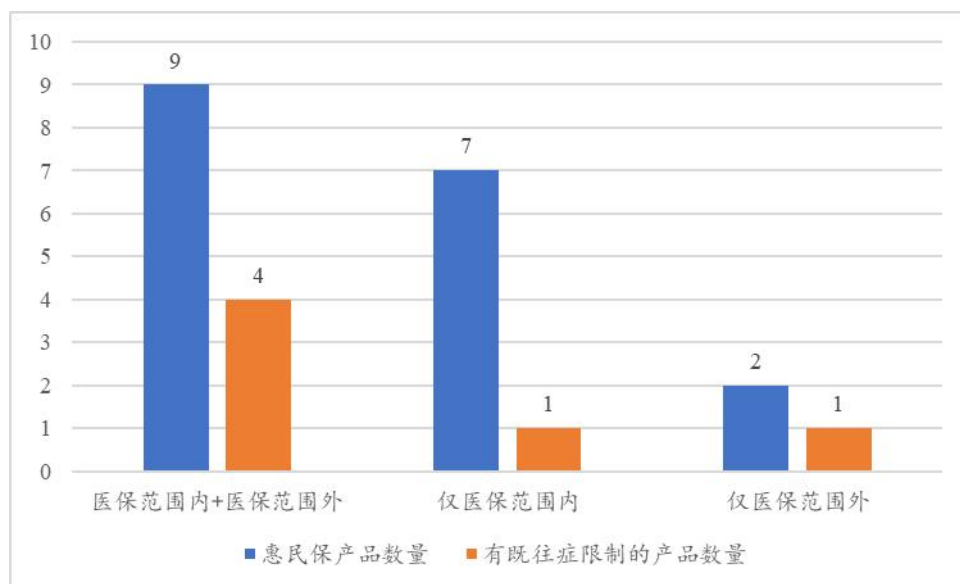


图 4-43 惠民保产品高额费用保障的保障责任及既往症限制

其次，进一步分析18款产品的待遇范围，发现大部分产品的高额费用保障主要集中在住院治疗所产生的费用上，其中基本医保目录内和基本医保目录外这部分保障责任最多或者仅目录内的保障主要集中在被保险人住院费用上，其次是住院和门诊特殊病种医疗费用的保障。而对于基本医保目录外这一保障责任来说，其仅包含住院以及住院+门诊特殊病种所产生的治疗费用。

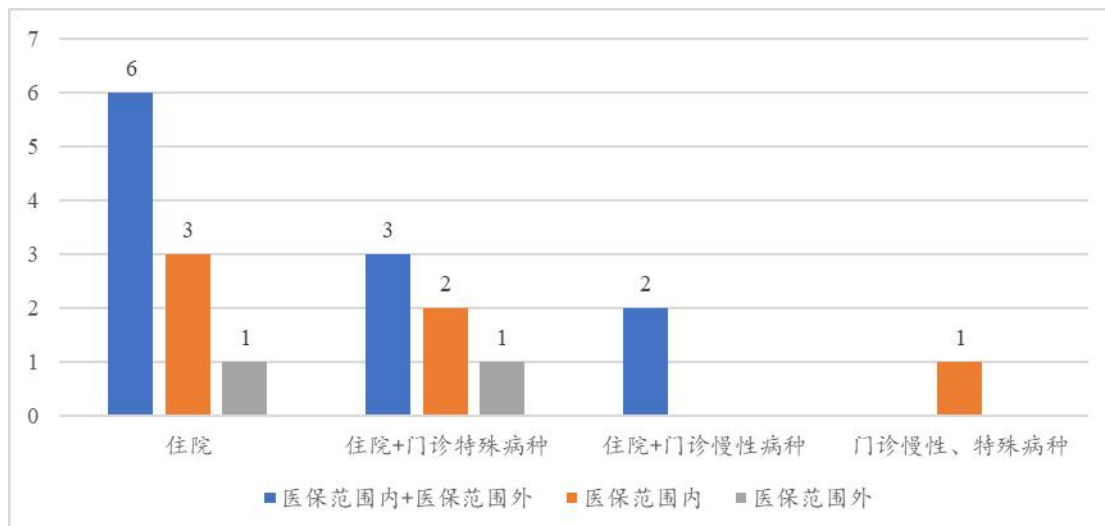


图 4-44 惠民保产品高额费用保障的待遇范围

再者，确定惠民保产品待遇分段的具体费用水平。在对高额费用人群提供相应保障的第一种方式下，“神农保”、“惠琼保”以及“肇福保”是对经基本医保和惠民保产品报销后的被保险人承担的费用设定超高额费用范围，并进行二次补偿。“神农保”和“惠琼保”并未进行待遇分段，而“肇福保”则以 20 万元为基准对超高额费用进行分段。在第二种方式下，对惠民保产品待遇分段的初始费用段进行分析时，发现大多数产品选择以 10 万元为节点来划分不同费用段的待遇水平，其中，绝大多数惠民保产品的保障责任为基本医保目录内+基本医保目录外。仅对基本医保目录内的费用进行待遇分段的产品，其起始费用段分布较广，而对于基本医保目录外这一保障责任，仅有的 2 款惠民保产品均选择 20 万元为初始费用段。具体见图 4-45。

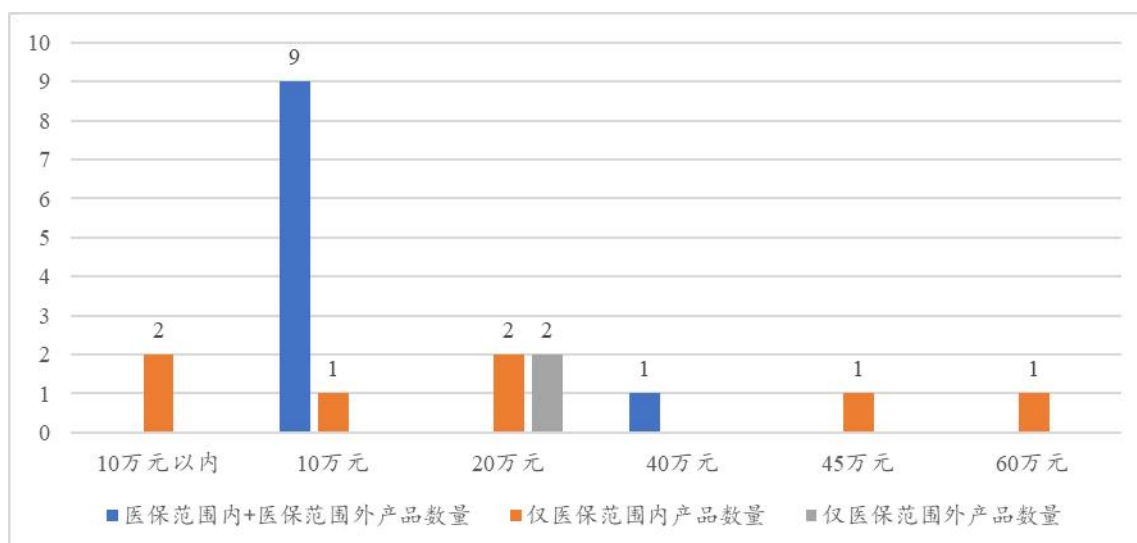


图 4-45 18 款惠民保产品高额费用保障的初始费用段

除此之外，对各惠民保产品高额费用的报销比例进行分析。在 18 款惠民产品中，在第一种方式下，株洲“神农保”在规定的超高额费用范围内予以 50% 的报销比例，“惠琼保”对规定个人自费费用封顶线以上的费用 100% 报销。而“肇福保”规定的相邻费用段的报销比例差为 20%。在第二种方式下，14 款产品均在原本规定的待遇细则的基础上进行了待遇分段保障。为实现减轻高额费用人群的负担，这部分惠民保产品对不同的费用段设置不同的报销比例，即被保险人承担的医疗费用越高，报销比例则会相应提高。在 14 款产品中，有 3 款产品将其待遇保障分成了四段，而 3 款产品的待遇保障则分成了三段，大部分产品仅将待遇保障分成了两段。通过对比相邻费用段的报销比例差，发现第一相邻费用段之间的报销比例差集中在 10%，即第一费用段与第二费用段的报销比例相差了 10%，其次，部分惠民保产品所选择的相邻费用段之间的报销比例差为 20%。对于将待遇分成三段、四段的费用保障，其相邻费用段的报销比例差也集中在 10%。具体由图 4-46 所示。

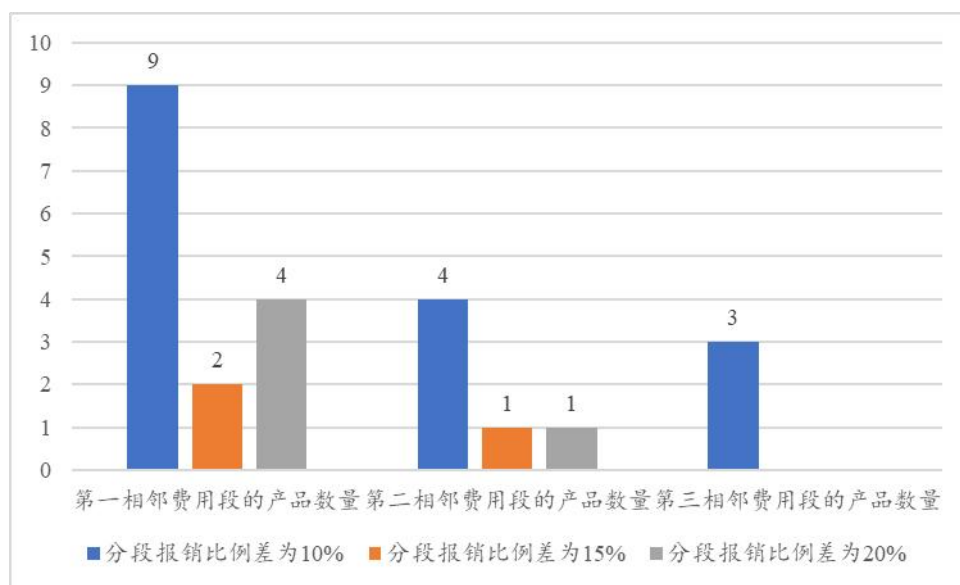


图 4-46 相邻费用段的报销比例差情况

综上，目前普惠险产品对被保险人超高额费用的保障主要分为两种方式，一是对规定的超高额费用部分进行二次补偿，二是在原有待遇的基础上对被保险人承担的费用进行分段，并设计不同的报销比例。从惠民保产品对于被保险人高额费用的补偿中可以看出，各个惠民保产品在制定待遇细则时，除想要实现减轻高额医疗费用人群的负担，尽量避免因病致贫情况的发生外，也充分考虑了自身发展的可持续性，将既往症、保障范围等因素纳入考虑。从整体来说，对于超高额

费用人群的保障, 18 款惠民保产品倾向于选择基本医保目录内+基本医保目录外这一保障责任, 其次是基本医保目录内的保障责任, 对既往症人群的限制也可在具体的待遇细则中考虑。同时, 对于高额费用人群的待遇保障范围, 大部分产品主要保障住院治疗所产生的医疗费用, 其次是住院和门诊特定病种所产生的治疗费用。此外, 针对高额费用保障的第二种方式, 大部分惠民保产品选择以被保险人承担的 10 万元费用为初始分段点来划分不同的费用待遇段, 而关于不同费用段之间报销比例的设置, 惠民保产品更倾向以 10% 的报销比例为基准分段递增。

建议未来的工作可结合穗岁康赔付费用明细情况, 根据灾难性支出人员费用分布情况, 计划以 10 万或 20 万元为费用节点设计分段补偿, 支付比例按照 10% 递加测算。

第四节 本章小结

从基本医保政策范围出发, 2018-2020 年 G 市医保政策范围内费用占比约为 81.78%-87.47%, 三年间逐年略有下降; Z 市医保政策范围内费用占比为 93.11%-94.13%, 三年间浮动较小。从参保人个人负担费用角度出发, 2018 年 G 市参保人医疗总费用中自付费用占比 19.13%, 自费费用占比 12.53%; 2020 年 Z 市参保人医疗总费用中自付费用占比 16%, 自费费用占比 7%, 自付费用均高于自费费用。从费用项目角度出发, 2018 年 G 市参保人个人需要承担的自负费用中药品和检查项目获得的补偿待遇相对较好, 材料费用占比较高, 补偿待遇存在一定的提升空间。从门诊住院费用分布角度出发, 2018-2020 年 Z 市医疗总费用中住院医疗费用占比在 78.01%到 80.66%之间, 普通门诊医疗费用占比在 7.35%到 8.32%之间, 门慢特费用占比在 11.69%到 14.47%之间; 高费用段参保人的住院目录内自付费用、门慢特自费费用的补偿待遇存在一定的提升空间。

综上, 以 G 市和 Z 市数据推断, 目前我国医疗费用中约 80%-90%为医保政策范围内费用; 住院、普通门诊、门慢特费用比例约为 8:0.8:1.2; 患者需要承担的费用中医保政策范围内自付费用压力更大; 材料费用的保障存在一定缺失。普惠险应立足现阶段的医疗费用结构和社会保障情况, 以缓解参保人高额费用压力为目的设计保障责任。

本章从穗岁康的政策现状与运行情况出发, 分析目前穗岁康运行存在的问题, 并基于穗岁康实际运行情况分析, 本研究提出三个优化方向, 包括扩大筹资渠道

以提高参保率，通过调整待遇二保障范围，来减少不合理费用的支出，有效地使用保费收入。

分析对比穗岁康产品保障政策。在与全国普惠险产品进行对比中发现，穗岁康的参保条件较为宽松，保费水平处于中等偏上。且在穗岁康的待遇保障方面，从保额、免赔额以及赔付比例等方面分析得出，穗岁康的保障范围、保障力度也处于较高的水平。

在对穗岁康一年半的运行数据进行分析发现，穗岁康参保率较为稳定，并且能够维持收支平衡。但穗岁康赔付支出增速明显，尤其是医保目录外赔付费用的增速较快，因对待遇二理赔限制较少，容易产生不合理费用，存在一定的道德风险；同时，穗岁康享受待遇人员的占比不足1%，但连续两年理赔人数获得的理赔基金超穗岁康赔付总金额的25%以上，极少数的待遇享受人员获得穗岁康大部分赔付支出，绝大部分参保人的获得感较低。但穗岁康在减轻参保人个人负担费用方面有明显成效，经穗岁康报销后，达到灾难性支出的人数有所降低，但超高额费用人群的负担仍比较重。此外，从赔付费用、理赔人数以及平均理赔费用来看，穗岁康的赔付支出集中在职工类型参保人，并且超高额费用人群集中程度比较高。

第五章 政策优化建议

第一节 设置针对特定风险群体的专属普惠险

2022 年，为进一步明确普惠险的定位，以及普惠险高质量发展的方向和目标，中国银保监会印发《关于推进普惠保险高质量发展的指导意见（征求意见稿）》（以下简称《指导意见》）指出，普惠保险包括普惠性质的保险和专属普惠保险两种保障形式。普惠性质的保险是市场普遍熟知的大病险、长护险、惠民保等产品，专属普惠保险则是面向特定人群或特定风险群体开发的普惠保险产品或服务，主要针对社会保险保障不足、商业保险覆盖空白的领域，面向特定风险群体或特定人群而开发的普惠保险产品或服务。针对专属普惠保险面向的特定风险群体或特定人群，《指导意见》也指出要加大对老年人、儿童、妇女、残疾人、**慢性病人**群、特殊职业和新市民等特定风险群体的保障力度，提升小微企业、个体工商户和新型农业经营主体的抗风险能力，即提升七大群体、三类主体的整体保障水平，填补保障空白。

本研究对普惠险的实施现状进行分析可知，大多普惠险的特点均是低保费、高保额、低门槛和广范围。普惠险的“低保费、高保额”体现在：40-200 元基本可以涵盖市场上所有普惠险产品的价位，其均价在 103.06 元，仅占 2021 度全国人均可支配收入 35128 元/年的 0.2934%，而 100-300 万元是大多普惠险产品的保额，保障范围涉及医保目录内的自付费用、医保目录外的自费费用以及部分特定高额药品费用。普惠险的“低门槛”体现在：曾经被传统商业医疗保险排除在外高龄群体，既往症人群以及职业具有一定风险的人群均可获得普惠险保障，可参保人群范围扩大。虽然普惠险产品为高龄群体、既往症群体、职业风险群体提供了新的选择，但目前全国大多数普惠险产品的保障深度有限，通过对全国普惠险产品的待遇保障进行分析，发现大多数普惠险产品对于既往症人群不予保障或者保障水平较低，51.42%的产品降低既往症的报销比例，29.25%的产品不予报销，仅 16.04%的产品对于既往症患者的保障无任何限制，并不能完全满足各群体全面的医疗保障需求，如下图所示。

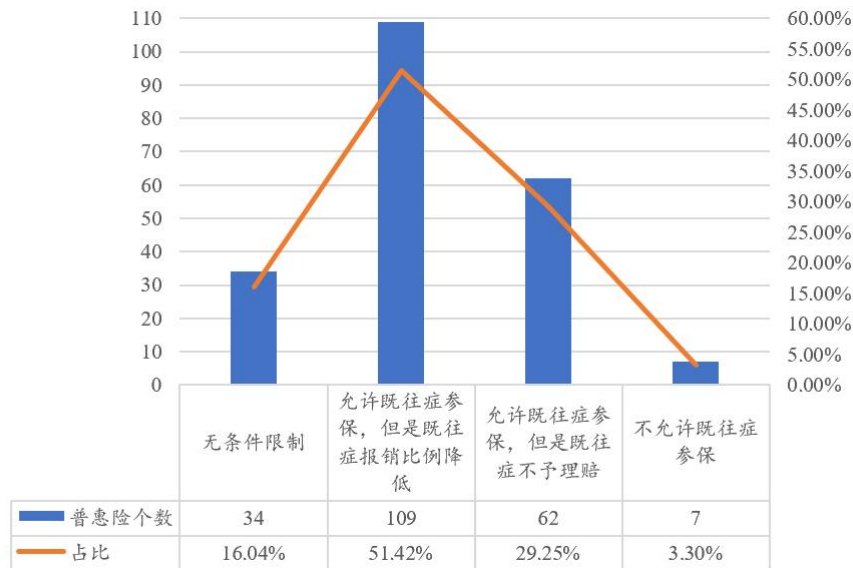


图 5-1 普惠险参保条件限制情况

而既往症群体大多为慢性病、恶性肿瘤等重特大疾病，其医疗费用较高，患者负担较重。截止到 2022 年，全国慢性病确诊人数已超 4 亿，因慢性病导致死亡的比例已超过 85%，其中，高血压占比 25.2%、糖尿病占比 9.7%、慢性阻塞性肺病占比 9.9%；慢性病在疾病负担中占比为 68.6%。对于恶性肿瘤，根据国家癌症中心于 2022 年 2 月发布的最新全国癌症统计数据显示，2016 年我国共新发癌症病例约 406.4 万，死亡病例约 241.35 万，发病情况如下图所示，其中，肺癌、结直肠癌、胃癌、肝癌及乳腺癌是最常见的 5 大新发恶性肿瘤，占新发癌症病例数 57.4%；而死亡率最高的 5 大癌症分别是肺癌、肝癌、胃癌、结直肠癌与食管癌，占全部死亡病例的 69.3%。以 2016 年中国癌症疾病负担情况来看，我国恶性肿瘤发病、死亡数持续上升，每年恶性肿瘤所致的医疗花费超过 2200 亿。

考虑到慢性病和恶性肿瘤既往症患者的医疗保障需求，以及目前大多普惠险产品既往症不予保障或者保障水平较低的情况，设置针对特定风险群体的专属普惠险，为既往症人群提供更多基本医保之外的选择，更有利于提高普惠保险服务供给的广度和深度。同时，对于普惠险产品来说，其赔付压力主要集中在医保目录外费用，尤其是对重特大疾病患者的理赔。带病体的整体治疗费用较高，保险理赔的概率和占比均极高，存在较高的理赔风险；而健康体的低赔付率，以及较低的获得感和体验感，易引发“逆选择”进而陷入“死亡螺旋”，即对于保障既往症的普惠险产品来说，其以较低的保费，承担较大的赔付压力，对于产品运行将带来较大的挑战。因此，专属普惠险仍有较大的市场空间。基于此，本研究对

	癌症基因检测服务、质子重离子就医直通车、肿瘤 MTB 多学科会诊服务（海外医疗）、国内多学科会诊优惠服务
--	--

从上表 5-1 海南惠肝保产品说明可以看出，海南惠肝保只保障低风险带病人群，且倾向于对低风险带病人群的健康管理，如特色服务中的定期随访、用药提醒、病案管理以及增值服务中的肝癌早筛权益、癌症基因监测服务。海南惠肝保保险方案如下表 5-2 所示。

表 5-2 海南惠肝保保险方案

保险责任	特定肝脏恶性肿瘤住院医疗费用	特定药品费用责任	乙型肝炎医疗门诊津贴
保险金额	300 万元	100 万元	300 元
等待期	30 天	30 天	无
赔付方案	免赔额：1 万 赔付比例：1) 医保目录内医疗费用的赔付比例为 100%；2) 医保目录外医疗费用的赔付比例为 70%；3) 如被保险人未经基本医疗保险报销，赔付比例为 60%。	无免赔 赔付比例：100% 赔付药品：18 种（其中 16 种国内肝癌药品、2 种临床急需进口肝癌用药）。	连续坚持 8 个月每天服药且完成每天打卡登记，并每 3 个月上传近 3 个月内检测的指定乙肝检查报告，即可获得 300 元津贴。
肝癌特定药品清单	泰圣奇（阿替利珠单抗）、艾瑞卡（注射用卡瑞利珠单抗）、泽普生（甲苯磺酸多纳非尼片）、乐卫玛（甲磺酸仑伐替尼尿囊）、百泽安（替雷利珠单抗）、达伯舒（信迪利单抗注射液）、艾坦（甲磺酸阿帕替尼片）、多吉美（甲磺酸索拉非尼片）、迪凯美（甲磺酸索拉非尼片）、利格思泰（甲磺酸索拉非尼片）、安可达（贝伐珠单抗注射液）、安维汀（贝伐珠单抗注射液）、达悠同（贝伐珠单抗注射液）、拜万戈（瑞戈非尼片）、利卡汀（碘 131 美妥昔单抗）、可瑞达（帕博利珠单抗）、逸沃（伊匹木单抗注射液）、欧狄沃（纳武利尤单抗注射液）		

表 5-3 海南惠琼保 B 款升级保险方案

	责任一	责任二	责任三	责任四
内容	基本医疗保险支付范围内医疗费用保险金	基本医疗保险支付范围内高额医疗费用保险金	基本医疗保险支付范围外医疗费用保险金	特定药品医疗费用保险金
保险金额	100 万		100 万	100 万
等待期	无	无	无	无
赔付方案	免赔额：1.8 万 赔付比例：80% (特定既往症人群 40%)	免赔额：45 万 赔付比例：100%	免赔额：2 万 赔付比例：60% (特定既往症人群 30%)	无免赔 赔付比例：按照药品清单中各药品赔付比例
特定既往症	1、恶性肿瘤；2、肝肾疾病：慢性肾功能不全、慢性肾功能衰竭、慢性肝功能不全、肝硬化、慢性肝功能衰竭；			对于参保前已患疾病导致的治疗

	3、心脑血管及糖脂代谢疾病：冠心病、心肌梗死、心脏破裂、心脏卒中、慢性心功能不全、慢性心衰竭、脑栓塞、脑梗塞、脑出血、脑卒中、高血压 III 级、糖尿病伴并发症；4、肺部疾病：慢性阻塞性肺病、慢性呼吸衰竭；5、其他类疾病：系统性红斑狼疮、再生障碍性贫血、溃疡性结肠炎。	均按照既往症办理
特定药品清单（针对肝脏疾病）	艾瑞卡（注射用卡瑞利珠单抗）、希冉择（雷莫西尤单抗）、易甘泰（钇[90Y]微球注射液）、Thera Sphere	新症：100% 既往症：30%
	BYLVAY、Imjudo	新症：100% 既往症：不属于 保险责任范围

本研究将海南惠肝保与海南惠琼保 B 款升级进行比较发现，惠琼保 B 款升级允许肝脏疾病既往症，特别是重症肝脏疾病既往症参保，如慢性肝功能不全、肝硬化、慢性肝功能衰竭。对于健康人群和乙肝病毒感染人群，均可以参保惠琼保和惠肝保，而相较于惠琼保，惠肝保只能报销基本医疗保险支付范围内外的住院费用，且免赔额约为惠琼保的一半，医保目录范围内赔付比例 100%（惠琼保 80%），医保目录范围外赔付比例 70%（惠琼保 60%）。对于特定药品费用责任，针对肝脏疾病来说，惠肝保相较于惠琼保新增了 11 种赔付药品，涵盖四种肝癌一线治疗药物和 3 种肝癌二线治疗药物，相较于惠琼保更针对于首次罹患肝癌人群，且其针对甲苯磺酸索拉非尼片和贝伐珠单抗注射液这两种特定药品纳入多家公司供参保人群选择。通过比较来看，惠肝保更适合想要在肝脏方面进行健康管理的健康人群或轻症人群；对于肝脏重症患者，惠琼保或许是更好的选择，且惠琼保在基本医疗保险支付范围内还对基本医疗保险支付范围内的高额医疗费用进行赔付，更适合罹患肝脏重症的人群。

（2）针对某类人群的专属普惠险

“沪儿保”是紧密衔接上海市社会医疗保险的普惠型补充医疗保险，适用于上海市 0-17 周岁（0 岁未成年人需出生满 28 天且健康出院）的基本医疗保险参保人。“沪儿保”特点：一是，沪儿保根据年龄段不同，将保费分为 0-5 岁 880 元、6-12 岁 650 元、13-17 岁 550 元三档；二是，门急诊和小病住院都可以理赔；三是，保障覆盖医保目录内外、特药、质子重离子等；四是，既往症可投可保。上海“沪儿保”保险方案如下表 5-4 所示。

表 5-4 上海“沪儿保”保险方案

门急诊及住院医疗保险金	特定疾病门急诊及住院	恶性肿瘤特定药品费用保险金（包	质子、重离子治疗保险金
-------------	------------	-----------------	-------------

		医疗保险金	含 CAR-T)	
保险金额	200 万元			
年免赔额与赔付比例 (非既往症)	在扣除账单金额的 20%、医保已赔付部分以及 1000 元年免赔后, 按照 100%赔付。		无免赔, 无共付, 赔付比例 100%	
年免赔额与赔付比例 (既往症)	在扣除账单金额的 20%、医保已赔付部分以及医保范围内 2 万年免赔和医保范围外 2 万年免赔后, 按照 100%赔付。	既往症人员不赔付	被保险人在保单生效日前, 如已确诊罹患恶性肿瘤 (含白血病、淋巴瘤), 不赔付。	

沪儿保与沪惠保的主要区别为：一是在投保年龄方面，沪惠保对被保险人投保年龄无限制，而沪儿保对被保险人投保年龄要求为 28 天-17 周岁。二是在等待期方面，沪儿保意外责任有 7 天等待期，而沪惠保无等待期。三是在保险责任方面，沪儿保承担医保目录内外的责任，而沪惠保仅承担医保目录外的责任。三是保险费方面，沪儿保根据不同年龄定价，而沪惠保不区分年龄性别，统一定价为 129 元。目前，普惠险产品平均投保年龄偏大，沪儿保选择聚焦于少儿人群，拓展了普惠险的参保覆盖面，同时，少儿群体属于居民医保，相较于职工医保也有可以提升的保障空间，后续建议增设健康管理类项目，将服务延伸至儿童健康教育、儿童心理健康等服务上，更有利于沪儿保的发展。

考虑到专属普惠险的性质，本研究建议可以针对专属普惠险设置**简易核保制度**，即当参保人想购买专属普惠险时，保险公司会审核参保人的个人资料，包括过往的医疗纪录等。日本、韩国以及中国香港等地区也开始逐步尝试简易核保，主要流程大体为：第一步，参保人填写健康问卷并提供过往医疗记录；第二步，保险公司根据健康问卷评估投保人健康状况；第三步，根据评估的健康状况，保险公司提供不同的参保要求，主要有以下五种：一是，评估为健康人群，可以直接参保。二是，由于常见原因，包括但不限于如高血压、高血脂及超重等，需要额外附加保费。三是，加入额外的不保事项，即保险公司不赔偿某疾病或某器官所引起的健康问题。四是，现阶段参保人身体状况未能符合参保要求，险企建议参保人在一定时间后再提交健康材料，进行重新评估。五是，拒绝承保。实行简易核保可以将患有可控疾病的参保人群和之前市场上缺少保障的老年群体、儿童群体等也纳入保障范围，之后再通过健康管理服务、体检或其他风控手段，得到相关风控数据，进而通过后续费率调整进行更好的风险管理，以达到更好的可持

续性。

综上所述，惠民保可针对七大群体、三类主体设定专属普惠险，根据其年龄和健康状态等因素设置专属普惠险，进而扩大参保群体，运用大数法则抵御逆向选择风险，促进其可持续发展。

第二节 提高政府参与程度

普惠险在设计初期明确了发展方向，是指在社会医疗保险的基础上建立的一种“政府主导、商保承办、自愿参保、多渠道筹资”的重特大疾病补充医疗保险制度，政府部门在其发展过程中处于主导作用。

普惠险具有双重属性，既有社保属性，又遵循商业规律。因此在普惠险可持续发展过程中，要进一步明确政府部门责任，加强深度参与和指导，同时商保公司通过产品和服务体现普惠险的准公益属性。此外，普惠险参保条件宽松，民众按照自愿原则投保，会导致逆向选择风险的提高。具体体现在以下几方面：一是健康告知宽松：无健康告知要求、健康状况不佳可以购买；二是既往症限制较宽松，少数普惠险既往症不可参保（占比仅为 3.30%），多数降低赔付比例；三是参保人年龄、执业限制宽松：高危职业、高龄老人可以参保。而通过梳理全国普惠险的情况可知，普惠险的免赔额为两万元，健康人群认为难以达到起付线，会导致健康人群的参保意愿较低，这也会导致逆向选择风险的提高，高风险人群成为投保主体。因此，在普惠险的未来发展趋势中，提高普惠险的参保率，从而运用大数法则抵御逆向选择风险显得尤为重要。

政府部门在提高普惠险的参保率上发挥着不可或缺的作用，政府的深度参与和指导，有助于推广普惠险的公平属性，扩大民众对普惠险的认知度和信任度，从而推动民众的广泛参保。

根据政府参与的程度不同，目前国内普惠险的运作模式可分为政府参与型和纯商业化运作型两种模式。其中纯商业化运作型普惠险产品占整体普惠险数量较低，215 款产品中仅 29 款纯商业化运作型普惠险产品，占比 13.68%。由于政府参与程度较低，其参保率处于较低的水平，平均参保率为 2.8%。目前市面上大部分普惠险是由政府部门参与指导的，政府部门在普惠险的宣传力度、产品设计、运行管理等方面，依据各地政策和情况不同从而给予不同程度的参与。

例如浙江省政府部门高度参与普惠险的发展并取得了显著成效。2021 年浙

江省医疗保障局、浙江银保监局联合发布《关于进一步推进商业补充医疗保险促进共同富裕示范区建设的通知》指出对商业补充医疗保险健康有序发展提出相关要求。要求普惠险实际资金赔付要达到协议赔付率 90%以上。同时强调,要把商业补充医疗保险作为共同富裕示范区建设重大改革项目加以推进,浙江省医疗保障局把商业补充医疗保险列入 2022 年工作的考核内容,加强对各市工作的督促指导。浙江省政府部门为进一步促进其可持续发展,2022 年发布《关于深化浙江省惠民型商业补充医疗保险改革的指导意见》指出着力推进普惠险运营可持续发展,建立相关评价指标体系(“5597”),实现全省投保人数稳定在基本医疗保险参保人数的 50%以上,平均投保年龄低于 50 周岁,资金赔付率达到 90%以上,续保率达到 70%以上。此外,浙江省政府部门为统一全省的普惠险制度框架和基本政策进行统一,《指导意见》还指出四个方面的具体要求,一是投保范围。不设置年龄、健康状况、既往病史、职业类型、户籍等前置条件。二是筹资标准。保费标准原则上不高于统筹区当年居民人均可支配收入的 0.3% (基本保费约为 100—150 元/年)。三是赔付机制。将基本医疗保险目录内合规费用的自付部分和基本医疗保险目录外的合理自费部分等纳入赔付责任。建立健全“省级+市级”赔付清单制度,并动态调整。四是运营监管。建立健全长效监管机制,加强资金运行风险预警和信息披露,督促承保机构定期向社会公开普惠险运营情况,定期开展第三方审计和评估。

在政府部门关于促进普惠险发展的一系列政策实施后,浙江省重点普惠险产品在 2022 年的参保率均比前一年 2021 年有不同程度的增加(具体见下图),且浙丽保在 2022 年的参保率高达 92%,丽水医疗保障局通过制定《丽水市全民健康补充医疗保险(浙丽保)实施方案》,从运行模式、覆盖人群、缴费标准、保障范围、起付标准、报销比例、缴费途径、清单管理、政策支持、运行更管理等方方面面规定“浙丽保”,并将“浙丽保”的作用定位在促进解决因病致贫、因病返贫等问题。由此可知,政府部门的深入参与和指导在推动普惠险参保率方面产生了很大的积极作用。

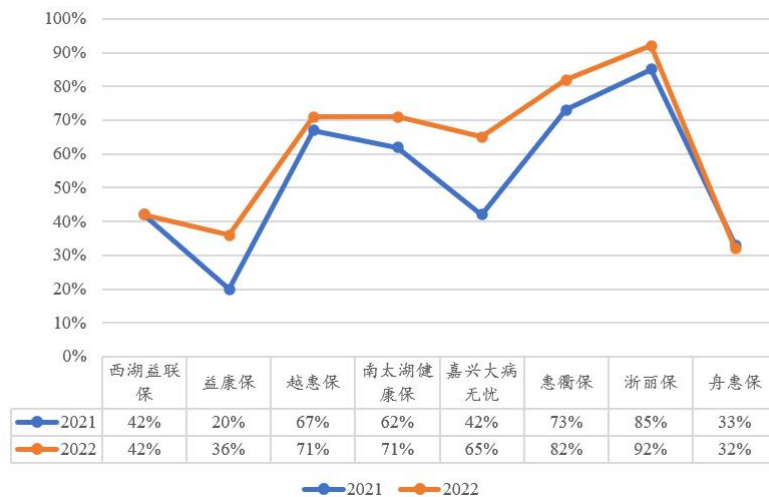


图 5-3 浙江省重点普惠险首续年参保率

第三节 加深普惠险信息披露程度

目前普惠险的发布信息的主要渠道有新闻媒体、线下海报和官方微信小程序等，而在各信息渠道中民众获取清晰的普惠险保障范围表较繁琐，目前针对普惠险的发布还未有统一的规范标准、披露信息也有限。基于此，为促进普惠险的可持续发展，本研究建议普惠险在未来发展中可从以下两方面加深普惠险信息披露程度，一是面向社会披露普惠险运行数据，增强公众知情权，提升获得感；二是打通基本医保、医疗机构、商保公司的信息互通渠道，便于普惠险精准定价、更新迭代、优化产品。

国内学者针对普惠险的信息披露问题也展开相应研究并提出相关建议。例如在 2022 年全国两会中，张琳提到“网上可以看到的简单赔付率从不足 20% 到 99.88%，波动非常大，不利于未来的产品设计和升级迭代”，即普惠险的理赔信息披露没有统一的规范、披露信息有限。针对该问题，张琳建议建立普惠险信息披露机制。以年度为单位，从费用、赔付、参保等方面向社会公众披露数据，增强公众知情权，提升对普惠险的获得感。鼓励通过独立第三方平台归集数据，加强共保模式下对各个保险公司用户数据的安全保护。

同属于公立和私立体系合作的产物，中国香港的自愿医保计划（Voluntary Health Insurance Scheme, VHIS）于 2020 年正式推出，为使公众进一步清晰易懂地获得产品信息，在其网站专门设置界面介绍产品的保障范围等信息。该产品的主要特点区别于香港的其他商业健康保险，不限制既往症患者，且为保证续保至 100 岁、不设终身保障限额、21 日冷静期、保费透明度、订明非手术癌症治疗、

在本港医院推行的精神科住院治疗、订明诊断成像检测、日间手术。

关于 VHIS 的保费透明度是指保险产品的信息透明和保费透明，即公众可以登陆自愿医保计划网站或保险公司网站查询。且香港医务卫生局还发布 VHIS 的《操作手册》，以明确规定其信息发布方式、准确性和可及性的要求，如所有产品信息必须用中英文两种语言发布（社交媒体和广告除外），必须能够让客户很便捷地找到产品基本信息，包括保险公司的 VHIS 注册状态、保费、保障内容、核保要求、免税设置、理赔流程等。此外，例如“太平自愿医疗保险计划”，即中国太平保险（香港）有限公司为响应香港自愿医保计划而设的保险计划，在其官网可以清楚的看到投保须知（包括保险期、投保年龄、受保人等）、核保所需材料（包括年龄、性别、职业、嗜好、病症、家族病史等）、保障表（包括每种保障项目以及对应赔偿金额）、保费资料（主要从年龄、性别、嗜好等方面制定保费）、一般不保事项以及冷静期安排、更改保单拥有权等。

除建立普惠险信息披露机制外，构建普惠险数据信息共享平台也可以加深普惠险信息披露程度。相关学者也提出相关建议，主要有以下两方面，一是，完善普惠险相关制度机制。加强顶层设计，明确经营参与主体的资质标准，完善准入和退出机制、盈亏平衡补贴机制、跨区域服务和结算机制、绩效评估机制等，确保普惠险的长期可持续经营。二是，构建数据信息共享平台。按照确保用户隐私安全、最小化可用、数据脱敏等原则，打通传统医疗机构、基本医保和商业保险机构之间的信息交互通道，推动医保与商保数据共享，为普惠险产品的精准定价和迭代演进、普惠险与其他商业保险的保障优化组合以及实现精准保障提供数据支撑。

附件 访谈提纲

一、G 市医保局访谈记录

1.穗岁康目前所面临的运行压力，原因主要有哪些？如何解决赔付支出较多的问题？

穗岁康和其他商业保险区别很大，保障范围不限目录，结算方式大多采用一站式结算。2021 年运行至今，投保人数基本稳定在 370 万到 380 万左右，在 2021 年的结余率约为 21%。但是在 2022 年上半年至今，由于国谈药品的大量进入，赔付支出的涨幅明显。目前穗岁康是按照项目进行结算，接下来的制度设计和运行，可以比较今年和去年同比的情况，分析 275 种国谈药品以及一些高值药品对穗岁康运行数据的影响。

穗岁康运行情况存在疑点，可能由滥用药物的现象，超说明书用药一定程度上是导致药品滥用的原因之一。穗岁康目前还没有办法设计控费机制，所以只能先找漏洞。

2.目前穗岁康的优化目的具体体现在哪几个方面？

目前穗岁康优化的课题有三个目的：一是对穗岁康制度运行以来，分析对比 2022 年和 2021 年基金的运行情况，特别是针对不同病种的住院，不同药品的使用情况做一个分析，整体找出增值幅度最大的情况。二是未来需要堵漏洞的地方，控制一些不合理合规的费用增长，并找出其影响因素有哪些。三是根据 2021 年和 2022 年上半年的同比，分析大额支出人员，哪类人群是高额赔付的情形，基金支出最多的集中在哪里。

3.穗岁康 2021 年和 2022 年的待遇保障内容，在哪些方面有变化？对于穗岁康的研究可以从哪几个方面考虑？整体框架是什么？

比较 2021 年和 2022 年穗岁康的保障内容，主要变化体现于政策的调整和目录扩大。穗岁康课题的研究框架大致从数据，药品，病种等来考虑。

4.您对于粤港澳大湾区药械通政策和穗岁康融合的看法是？需要考虑哪些因素？

目前关于粤港澳大湾区药械通和穗岁康结合的想法是，首先要看清基本盘的运行情况，保持一定的结余和累计，要先保证国谈药品再保证创新药品，看有没有余力去做创新药品，目前可行性不强。

5.目前，穗岁康待遇二的保障范围中，通过相关数据得知，乙类药品的超适应症用药情况严重，对于这类情况，您觉得应如何具体进行优化？

对于乙类药品的超适应症用药情况，首先重点是看穗岁康的运行分析，从药品，病种，机构等维度分析，聚焦最核心的需求。

6.穗岁康待遇的设计初衷是什么？

待遇设计的初衷是通过不同保障范围的待遇设计对费用进行控制。大致从以下几方面来体现，首先待遇一的保障范围主要是医保目录内，存在目录限制，总体费用相比较来说比较安全稳定的。其次待遇二聚焦的是自费费用，分为住院和门诊，住院比门诊更加可控，之所以将住院的药品和检查费用列入保障范围，是因为与材料费和治疗费相比，该部分费用更加可控。待遇三是保障除了医保报销外的国谈药品，待遇四是保障除了国谈药品以外的其他门诊自费药品，起付线更高，报销比例更低。

目前，穗岁康依然想继续保持不限目录、不限既往症的产品特色。穗岁康保障的重点聚焦于大额医疗费用支出人群，减少灾难性支出人群。

7.穗岁康后续有设置更多健康增值服务的必要性吗？

穗岁康站在保重病保大病的立场上，目前不准备进一步实施健康管理服务。

8.穗岁康通过待遇保障，已减少一部分灾难性支出的人群，未来是否会采取相关措施进一步减少灾难性支出人群？

穗岁康是政府主导型产品，属于补充商业医疗保险。未来可以考虑进一步减少灾难性支出人数。

9.根据穗岁康的运行情况显示，超说明书用药情况较多。医保系统里是否有相关规则对超说明书用药的情况进行自动识别？

目前医保系统里还没有设定相关超说明书用药的规则。医院对于超说明书用药，一般会有药事评定管理委员会来进行每月的例会讨论。

10.对于超高额费用的保障，穗岁康可以采取的可行性措施有哪些？

对于超高额费用的保障，目前穗岁康可以反向监测一些药品滥用的情况，分析药品，检验检查的分类分析。

二、科技公司 A

（一）保险定位、基本情况

1.您认为普惠险的定位/设计初衷是什么？具体体现在哪些方面？

普惠险首先在深圳和珠海进行的尝试，主要针对医保外费用进行赔付，作为对医保基金的补充，其主要目的是盘活医保个人账户，提高其使用效率。中国现在大概有 1.8 万亿的医保个人账户结余资金，存在浪费现象。像深圳的城镇职工比较多，而拥有个人账户的是职工医保，普惠险的产生能够加快个账的使用。

目前，虽然普惠险是普惠性商业保险，但主要还是保大病，成为多层次医疗保障重要一环。基本医保是“保基本”，但现在看病还是有很多的自费药品和医保外的开销，普惠险相当于医保报销以上的部分给予报销，所以其免赔额和报销条件的设置相对较高。当前普惠险的价格比较低，杠杆率比较高，与前两年开展的百万医疗险相类似，是百万医疗的“低配版”。为什么说普惠险与医保是强衔接呢，要先理解我国的基本医保的核心是“以收定支，收支平衡”，而商业保险的核心是“大数法则，风险定价”，商业保险有健康告知，是保障健康体的。从这些条件来看，普惠险是与医保衔接的，但又是商业保险来承保和销售属于两边结合的产物，类似多层次医疗保障体系衔接的产品。普惠险需要政府站台推动，采取的是团购的方式。很多普惠险都有起保日期，而不选择个险。如果选择个险的方式，那没有患病的人群就不投保，当患病的时候再进行投保，这个产品就无法经营下去，一般都是以团体的形式参保，避免逆向选择的风险。采用“团险”方式其含义实则用健康体参保人的保费去赔付带病体参保人的治疗费用，与基本医疗保险相似。其主要定位是避免民众因病返贫。而普惠性主要体现在与基本医疗保险的衔接。

2.贵公司目前负责或参与多少款普惠险呢？参保率大概是在什么水平呢？
保费收支情况怎么样？（是否有穿底，赔付率的水平）

我们公司已经参与 40 多个项目，省级产品的参保率为 5%左右，地市级产品的参保率一般在 15%~30%之间，省级产品参保率一般比较低，主要是因为省级产品覆盖范围广，推广较为分散，宣传力度有限。整体而言，普惠险产品未出现基金赔付穿底现象，其中一些医保站台的项目，其赔付率都能达到 50%以上，非医保站台的会低一些，一般在 10%左右。第二年进行调整，一般健康的参保人，其赔付率为 60%~70%。

有医保部门参与的产品其参保率较高一些，而没有医保部门参与的项目，其

在民众中的可信度相对较低一些，参保率相应也会比较低。

3.贵公司在整个普惠险工作中参与了哪些环节呢？（产品设计、精算定价、宣传、理赔等环节）精算定价时通常是考虑哪些因素，用到什么数据呢？

全部环节都参与。精准定价，一是考虑到自身所拥有的数据，另一方面会考虑到医保局给的数据。

4.产品保费、免赔额、保障范围、赔付比例、保额是依据哪些数据或者规则完成设计？

不同的普惠险会根据各地市的情况设置保险条款，根据各地市的理赔率、疾病发生率等来设置起付线。

5.目前全国共上线了100多款普惠险，您认为什么样的普惠险才算是优质的，符合产品设计初衷、定位的？业内有具体的工具可以横向的对比评估不同的产品吗？从待遇水平来看，怎么判断一个产品的设计是否比较合理、优质？

这比较简单，第一先看参保率，看参保率达到多少；第二看续保率，最好是三年的续保率，是否每年都在下降，还需要看续保人群，是新客户多还是老客户多；第三是看赔付率，人群占比结构，赔付是否平稳，这都需要分析的。最后看一下政府对其认可度，一般可以做一些问卷调研，分析参保人对产品的认可度。

待遇主要从理赔端反映出来，还是要看经营情况，也就是赔付率。

6.每年度普惠险的运营成本是多少？普惠险的宣传成本低吗？具体是什么情况？

宣传成本很高，线上线下宣传，成本占保费10~15%，保险公司的管理费占8%左右，共20%左右的宣传管理成本，剩余的资金主要用于理赔。如果结余超过高于20%，那么保险公司有利润，可以持续经营。

7.政府在这一款普惠险运作的过程中承担什么样的角色，为推动普惠险的运行具体做了哪些工作？像浙江将普惠险参保纳入政府工作会存在逆向选择的风险吗？那您觉得现在有地区的增值服务做的比较好吗？增值服务能够吸引健康人参保吗？应该包括哪些内容？

政府^{xli}对于普惠险的认知都不太一样，一般分为几个等级：第一，强站台，是将普惠险作为政府工作，纳入政府考核，比如整个浙江省就是这么做的，让大部分人都参保，防止因病返贫。第二，政府支持，但并非强站台，比如上海市、

重庆市、北京市三个直辖市，还有江苏省、山东省，都是医保局出面；还有一种是政府不管，自己发展，属于纯市场行为，比如河北省。

增值服务很大程度上可能会提升健康人群参保率。当前，我一直强调在保险中要增加一些健康管理的增值服务，扩大理赔面。其含义是理赔的金额不用太多，但让享受理赔的人数增加。当前普惠险在增值服务的设计上整体比较薄弱。

增值服务可以包括一些癌症早筛、中医、体检、药品服务、慢病用药折扣券等内容。

8.目前有一些普惠险是纯商业化运作的，没有政府的参与，您认为这类保险与传统的商业健康保险的定位区别是什么？

二者区别较大。从保险性质来看，传统的商业健康险是个险，而普惠险是属于团险；团体参保也属于是个人投保，但是设置某一具体的投保期限，然后形成大的团单，将所有参保人同一时间起保。第二普惠险参保人没有年龄限制，也没有既往症的限制，这点对于传统商业健康险的冲击比较大。

9.您公司所参与的普惠险对既往症可以理赔吗？您了解由于既往症产生的理赔费用约占总赔付费用的多少？有无既往症的人群其理赔费用差距如何？

针对普惠险责任条款对既往症患者是否赔付的情况，商保公司在不同情况下，赔付情况差异较大：对既往症进行赔付的普惠险，赔付率很高；不赔付既往症的普惠险，其赔付率较低。

10.对于既往症赔付比例不同的保险，健康体参保，若第一年罹患疾病赔付后，第二年续保时是延续之前的赔付比例，还是按既往症进行赔付？

按照既往症进行赔付。

(二) 药品保障

11.您公司所参与的普惠险是否单独设置的的特药的保障的范围和待遇水平，这样设计的初衷是什么？

主要是特殊药品的需求高，但同时价格也较高，对于普惠险来说又不能将全部特定药品都纳入保障，所以就进行单列，有点类似医保目录。

12.您公司所参与的普惠险产品的特药目录是按照什么标准制定/调整的？有具体的遴选标准吗？（例如：①与公司过去的商保产品衔接？②临床大量证明安全有效，但是性价比不高，没有进入医保，例如 O 药；③当地筹集的普惠险的

费用可以支付的起这些；④引入昂贵的好药吸引参保人)

第一个是要有目录指南的推荐，例如 NCCP，中国癌症抗癌协会等推荐用药；第二个是原来已经进医保谈判，但由于价格原因没有进入医保目录；还有就是考虑专家共识、当地医疗需求；同时还要考虑当地的高发疾病。可以在基金能够承担的情况下，将一些临床疗效好，有当地特征的药品纳入特药目录。

13.特药目录动态调整有触发条件吗？是什么？

有，主要根据医保谈判动态调整，一般是一年一调。

14.特药部分目前的赔付水平如何，大概占总赔付金额的比例是多少？

占比为 10%~15%。

15.你认为除特药目录之外，对医保目录外合理使用的药品建立报销正面清单可行吗？（例如西湖益联保、齐鲁保），药品的纳入标准应该如何设定？

主要看医保局的态度，不会大规模开展，这种清单都是药企做的工作。

（三）参保、可持续性

16.目前您公司参与的普惠险参保人群的年龄段分布情况如何？有具体的数据吗？（一般来说年龄大的老人对医疗费用保障有较高需求，您认为年纪大的参保人数较少是什么原因导致的）普通人群和带病人群的人数占比情况是怎么样的？

平均年龄段在 40~45 岁，受互联网的影响，主要是中青年人为老年人投保。宣传渠道和参保渠道有限，老年人参保会较少。百万医疗险的参保人主要是年轻人，平均年龄段为 36~37 岁，低于 40 岁。

带病人群占比为 8%~12%，因为其治疗费用较高，其赔付金额占总金额的 30%~40%，带病人群的赔付占比约为 60%~70%，存在一定的逆向选择的风险。

17.普惠险的参保条件相对宽松，保障主要集中在高额医疗费用，这样保险可能会存在较大的参保人逆向选择的风险，您认为应该如何去解决这一问题呢？您所说的八折购药卡会对普惠险有影响吗？

目前最好的解决办法就是提高参保率。不要把普惠险当成一个保险，它其实就是团购，优势在于人多。举个例子，比如在某一地方推行用药折扣，这个城市的所有药店会对普惠险的参保人提供一个八折的购药卡，这样可以吸引健康体的参保，普惠险一定要有一些增值服务。

八折购药卡不会对普惠险造成较大影响，八折购药卡跟保险没有关系，因其相当于团购，有人多的优势，大家属于共赢的状态。

18.贵公司是否有做普惠险的可持续性分析呢？具体是考虑哪些指标呢？想问一下是否存在当保费收入/参保率达到一定水平的时候，该保险就具有可持续性的说法呢？业内有具体的指标来衡量吗？（例如结余大于等于10%）

有的。主要是考虑参保率、年龄结构、赔付率，包括政府的支持态度。赔付率要达到50%~60%，整体的市场反应和政府认可度比较好就可以。

不一定，有些产品赔付穿底了，但不代表它不能持续下去。有时候不赔付才是问题。这个跟当地医保局的态度有很大的关系。

19.贵公司负责的且上市时间最长的普惠险产品是哪一个？这几年来是否有调整价格和待遇？调整之后参保率有明显变化吗？

基本上每年都会变，根据基金的运行情况进行调整。调整后参保率变化情况不一致。

20.目前市面上的普惠险多数是所有参保人的保费、待遇相同，也有部分普惠险根据参保人的年龄、身体状况设置阶梯保费。您认为普惠险对不同风险的群体设定不同的保费和待遇水平是更加合适的吗？那您觉得普惠险以后的倾向会是根据年龄或身体状况设置阶梯式保费吗？

普惠险针对不同人群设置不同保费和待遇水平是合理的，这样越来越接近商保，但不会与普惠险的“普惠性”存在矛盾，符合商业保险的原理。普惠性重要体现在人人均可以参保，不同的情况可以有不同的保障水平。同时不同的城市其发展情况不一样，在保费设置和待遇水平设置上也都有自己的考量，深圳和珠海的普惠险因为他们运营的时间比较久，可以详细了解其发展方向。我倒觉得未来普惠险产品多元化会是一个趋势。

三、科技公司 B

（一）保险定位、基本情况

1.您认为普惠险的定位/设计初衷是什么？

答：普惠险作为政商合作的保险，旨在完善多层次医疗保障体系，但由于筹资有限不能解决所有问题，主要是与基本医疗保险衔接，起到防止因病致贫、因病返贫的作用，普惠主要体现在以低价购买到高保障保险，且既往症患者也能购

买，对年龄与健康状况限制较少，只要是基本医保参保人均可购买。

2.贵公司目前负责或参与多少款普惠险呢？

答：合作普惠险项目近 70 个城市，项目数达 50-60 款产品，参与到整个普惠险的设计。

3.贵公司对整个普惠险设计（产品设计、精算定价、宣传、理赔等环节）通常是考虑哪些因素，用到什么数据呢？

答：（1）当地医疗水平；（2）普惠险的组织形式，参保率大概达到什么样的水平；（3）筹资标准。先假定参保率，再衡量保司、政府参与程度、价格、保障责任等影响参保率的因素。

4.在产品设计的过程中一般是先确定待遇还是先确定保费？

答：大致上会从多维度出发，设定定价区间与参保率范围，再去看保障责任，每个环节先设定模糊空间再细化，最终设计成为符合当地发展水平的合适的产品。

5.目前全国共上线了 100 多款普惠险，您认为什么样的普惠险才算是优质的，符合产品设计初衷、定位的？业内有具体的工具可以横向的对比评估不同的产品吗？

答：普惠险评估产品先要横向评估模式，具体指标上有惠民性等，再一个是可持续性。具体指标包括政府参与程度、产品责任、筹资标准、参保率、约定的赔付率水平、组织形式上有几方参与等。

6.我们在前期研究中了解到，一般会根据政府参与程度的不同把普惠险分为政府主导、政府参与、纯商业化运作这三类，您认为这三类模式之间最本质的区别是什么？政府各类模式下会做些什么工作？

答：分为几个维度：（1）在筹资层面的参与，如直接站台以政府力量推动参保率；（2）在产品设计层面的参与，如以指导或提供数据上的协同；（3）在经营层面的参与。

7.您觉得普惠险跟普通的商业健康险，如百万医疗险相比，除了参保门槛低、保费低以外，还有什么优点和不足吗？

答：虽然责任上有雷同，但二者有本质性的差异，首先，普惠险不区分参保人群健康状况，与百万医疗的设计逻辑不同。第二，普惠险是区域定价，百万医疗险不限区域定价。第三，组织形式上一个纯商业一个是政商结合。

(二) 药品保障

8.您公司所参与的普惠险产品的特药目录是按照什么标准制定/调整的？有具体的遴选标准吗？（例如：①与公司过去的商保产品衔接？②临床大量证明安全有效，但是性价比不高，没有进入医保，例如O药；③当地筹集的普惠险的费用可以支付的起这些；④引入昂贵的好药吸引参保人）

答：目前的责任基本上是以目录内自付+院内自费构成+院外特药构成，本身院外特药属于自费的一部分，但要将医疗场景结合才导致了三个维度的区分，跟本身药品流通业有关，从合理性上来说，分开会更合理，也更利于精细化管理与药品管控，在院内会合理分配费用，而院外用药不好管控也不好测算，不能所有的院外用药都纳入保障，也跟定价有关，从风控和测算两个角度来说，都更有利于管理。报销比例上，如果特药拿出来报销比例应该更高，因为特药绝对金额与疾病负担较高，提高比例才能减少因病致贫与因病返贫的可能，应该向商保逻辑靠近，造成支付压力越大的应该给到更高的待遇，这个过程还需要完善。

准入标准应该 1.与当地的临床需求有关，反映临床需求与疾病发病率；2.与当地筹资水平有关，考虑保险基金安全问题；3.考虑药物经济学差异。

9.特药部分目前的赔付水平如何，大概占总赔付金额的比例是多少？

答：百分之十几，不同城市有所不同，大概在8%-15%的区间。

(三) 参保、可持续性

10.普惠险由于其低门槛、高保障的特点可能存在着较高的逆向选择风险，您认为可以通过哪些手段来降低这种风险呢？

答：首先逆向选择是商保视角的问题，普惠险未来不能从商业角度看，基本医保就没有逆向选择的问题，普惠险是与基本医保做衔接的，所以在逆向问题上应该通过提高参保率来解决这些问题。且限制既往症参保就不能解决因病致贫因病返贫的问题。更多应该在于解决三端的问题，一是筹资端的可持续性，参保率和筹资标准是要逐步提高的；二是支付的可持续性，筹资的钱如何保障参保人的利益，比如产业链联动降低支付成本，医保局要做支付价格、支付范围、支付合理性的管控；三是服务端的可持续性，普惠险是要保大病，获赔人数是相对较少的，怎么让更多的人有意愿继续参保。这样的可持续不是提高参保门槛，不是限

制参保人群，否则保障不了普惠险作为补充层的意义。

11.如何提高普惠险对年轻人的吸引力？

答：分为两块，一本质是要提高普惠险的补偿面，通过增加出险人群获赔，如浙江提出 2%的人要从中受惠，提高周围人对保险的获赔感，意识到普惠险的价值，建立对商业保险的信任；二需要提供政策服务，让未出险人获益；三是通过普惠险来教育和传递商业保险的意识，宣传和引导建立起主动参保的意识。

12.是否存在当保费收入/参保率达到一定水平的时候，该保险就具有可持续性的说法呢？业内有具体的指标来衡量吗？（例如结余大于等于 10%）

答：有条线的，比如在覆盖既往症人群的前提下参保率达到 25%-30%，其保障条款责任设置合理，医保合理衔接合理，这样第二年的可持续应该没有问题，但长期来说这只是一个及格线，因为医疗费用的上升是持续的。这个数值是基于既往症可保可赔，与基本医保大病保险起付线平齐的条件下的，如果起付线很低很难持续，而起付线很高也不会持续。

13.部分普惠险是以团险形式参保的，这样的意义是什么呢？保险公司一开始就能确认当年的保费，这样对运行来说是有益的吗？会在运行过程中调整待遇水平吗？

答：本身医疗险的逻辑就是共济，与寿险不太一样，没有利差的问题，费差上也不太明显，本身就应该是团险。首先，同一时间起保并不是当时就设立保费，有的是投保期起保，有的是投保完后统一起保，这些都是在产品上线时就已经确定好了，不存在收到保费再去调整。第二，起保时间一般在 1 月 1 日或 7 月 1 日，1 月 1 日更为理想因为可以和基本医保平齐，在保障衔接与理赔上更便捷。第三，即使是在过程中调整，也只会将待遇调整得更好。投保人投保时对自己的健康状况应该是不确定的，不能发现自己生病了再参保，这样会影响普惠险的可持续性。

14.如果普惠险参照基本医疗保险的方式，又财政支出一部分费用来吸引参保，您认为这样是可行的吗？

答：个人认为如果可以实现，对于普惠险的发展和多层次保障体系的建立是有利的，但可能会涉及到政府负担增加的问题，现在是以个账起到类似的作用，但只能涉及到职工而不是居民。还有问题在于政府出资后可能会变成纯政策性的

产品，政府应该提供政策支持扶持普惠险的发展，普惠险发展才能带动商业健康险发展，这样才能完善多层次保障体系的建立，所有普惠险的发展和组织形式都应该服务于多层次保障体系的建立，目前基本保障已具规模，补充层尚未建立，商业保险也很少，所以不能用孤立的视角看普惠险，而是透过普惠险看多层次保障体系的建立，比如普惠险构建数据、建设金融服务、人民保障意识的提升、理赔便捷服务的设置都是商业保险发展的基础。

15.目前市面上的普惠险多数是所有参保人的保费、待遇相同，也有部分普惠险根据参保人的年龄、身体状况设置阶梯保费。您认为普惠险对不同风险的群体设定不同的保费和待遇水平是更加合适的吗？

答：有一定的合理性，但也存在不可落地性，阶梯保费出于成本定价的角度来说可以这么做，但从整个参保率提升来说不一定合适，个人觉得应该有一个过程，起初应该以简单的方式让更多人参与进来，后期经营再做细分。

16.对既往症的理赔限制是避免逆向选择的一种方式吗？

答：对既往症可保不可赔其实就是我们所说的一些商业产品，会逐步被淘汰，不是主流不需要太多关注。我们公司参与的项目基本都是既往症可保可赔的，只有极个别可保不可赔，这种是过程性产物，而不是未来的发展趋势，违背了普惠险的定位。

17.贵公司参与的产品是否进行了一些健康增值服务的提供以吸引参保人呢？

答：健康服务对参保率的提高现在不明显，这也是整个行业需要探索 and 完善的。

参考文献

- [1] 余鸣人,陈昊,徐娟.我国省级普惠式健康险发展现状[J].中国卫生资源,2022,25(02):217-222+229.DOI:10.13688/j.cnki.chr.2022.210934.
- [2] 姜来,贾宇飞,孔维政等.普惠险特药目录的制定与管理经验研究[J].卫生经济研究,2022,39(02):10-13+18.DOI:10.14055/j.cnki.33-1056/f.2022.02.001.
- [3] 朱铭来,何敏,王本科等.普惠险参与罕见病保障的可持续性研究[J].中国医疗保险,2022(06):108-112.DOI:10.19546/j.issn.1674-3830.2022.6.023.
- [4] 洪紫含.“惠民保”可持续发展研究[D].山西财经大学,2023.DOI:10.27283/d.cnki.gsxcc.2023.000700.
- [5] 张刘晋,马文雯,张加良等.商业健康保险与基本医疗保险融合发展的国际经验及启示[J].卫生经济研究,2023,40(03):61-64.DOI:10.14055/j.cnki.33-1056/f.2023.03.010.
- [6] 李冬梅,刘志,吴玉层.新形势下社会医疗保险与商业保险融合模式研究[J].河北企业,2023(08):31-33.DOI:10.19885/j.cnki.hbqy.2023.08.039.
- [7] 李成志,陈丹沛,胡璎珞等.发挥政府和市场有益作用促进惠民保可持续发展的若干思考[J].中国医疗保险,2023(01):113-116.DOI:10.19546/j.issn.1674-3830.2023.1.023.
- [8] Yao Y.Schmit J T,Sydnor J R.The Role of Pregnancy in Micro Health Insurance.Evidence of Adverse Selection from Pakistan[J].Journal of Risk and Insurance,2017,84(4).
- [9] Cutler,D..and R.Zeckhauser.Adverse Selection in Health Insurance[J].Frontiers in Health Policy Research,1998,1(2).
- [10] Olivella P,Vera-Hernandez M.Testing for Asymmetric Information in Private Health Insurance[J].Economic Journal.2013,123(567).
- [11] Lee,Y.W.Asymmetric information and the demand for private health insurance in Korea[J].Economics Letters,2012,116(3).
- [12] 王稳,杨洋.消费者异质性对健康保险市场逆向选择影响的实证研究[J].保险研究,2018(08):47-63.
- [13] 王翌秋,王成.城乡医疗保险市场逆向选择行为及其异质性分析[J].金融经济

学研究,2016,31(06):105-114.

[14] 薄海,张跃华.商业补充医疗保险逆向选择问题研究——基于CHARLS数据的实证检验[J].保险研究,2015(09):65-81.DOI:10.13497/j.cnki.is.2015.09.006.

[15] 臧文斌,赵绍阳,刘国恩.城镇基本医疗保险中逆向选择的检验[J].经济学(季刊),2013,12(01):47-70.DOI:10.13821/j.cnki.ceq.2013.01.008.

[16] 中国保险行业协会 标准库 《商业保险职业分类与代码》 (iachina.cn)

[17] 中国人寿: 为服务国家治理体系和治理能力现代化贡献保险力量--经济·科技--人民网 (people.com.cn)

[18] 孙东雅,张铭哲.百万医疗险发展与监管[J].中国金融,2019(22):68-69.

[19] 王超群,李珍.中国医疗保险个人账户的制度性缺陷与改革路径[J].华中农业大学学报(社会科学版),2019(02):27-37+164.DOI:10.13300/j.cnki.hnwkxb.2019.02.004.

[20] 数据来源: 历年《人力资源和社会保障事业发展统计公报》以及《全国基本卫生事业发展统计公报》

[21] 关于进一步加强基本医疗保险基金管理的指导意见 (www.gov.cn)

[22] 中共中央 国务院关于深化医疗保障制度改革的意见_中央有关文件_中国政府网 (www.gov.cn)

[23] 国务院办公厅关于建立健全职工基本医疗保险门诊共济保障机制的指导意见 (国办发〔2021〕14号)_政府信息公开专栏 (www.gov.cn)

[24] 北京市医疗保障局_政务公开_政策文件_关于城镇职工基本医疗保险个人账户使用范围的补充通知 (beijing.gov.cn)

[25] 《浙江省人力资源和社会保障厅等4部门关于进一步调整完善职工基本医疗保险个人账户有关政策的通知》政策解读 (zj.gov.cn)

[26] 南京市江宁区人民政府-关于调整职工医保个人账户使用范围有关工作的通知 (jiangning.gov.cn)

[27] 罗葛妹.惠民保元年, 缘何“超常”发展[J].上海保险,2021,(01):8-12.

[28] 全国政协委员郑秉文: 建议国家医保局出台政策支持惠民保 <http://finance.china.com.cn/money/special/2022jrlh/20220303/5756220.shtml>

[29] 2022 年中国惠民保保费规模、参保人数、保费及价格走势分析

-
- [1]余鸣人,陈昊,徐娟.我国省级普惠式健康险发展现状[J].中国卫生资源,2022,25(02):217-222+229.DOI:10.13688/j.cnki.chr.2022.210934.
- [30]2021 全国惠民保特药目录TOP50: 前十均为治疗肿瘤药品<https://finance.sina.com.cn/money/insurance/bxdt/2022-02-14/doc-ikyakumy5892853.shtml?cref=cj>
- [31]<https://mp.weixin.qq.com/s/3fX-zw2h5ip3VMTnynqBzA> 2022 年“浙丽保”药品谈判申报公告
- [32] 周绿林、于彩霞主编《卫生经济学》
- [33] zhuhai.gov.cn/ylbzj/gkmlpt/content/3/3042/post_3042430.html#1663
- [34]《珠海市附加补充医疗保险大爱无疆产品责任细则》<http://m.zh.bendibao.com/mip/56956.shtm>
- [35] <http://tjj.zhuhai.gov.cn/tjsj/tjzl/tjjpcgb/201904/P020190402320663300111.pdf>
- [36] <http://tjj.zhuhai.gov.cn/tjsj/tjzl/tjjpcgb/201904/P020190402320663300111.pdf>
- [37] http://www.zhuhai.gov.cn/gkmlpt/content/2/2508/post_2508611.html#1638
- [38] <http://www.zhuhai.gov.cn/attachment/0/251/251414/2723291.pdf>
- [39] http://gdzd.stats.gov.cn/zhdcd/zh_dcfx/202102/t20210208_177636.html
- [40] <http://www.zhuhai.gov.cn/attachment/0/255/255819/2746642.pdf>