



小雨伞
保险特卖平台



南开大学
Nankai University

2019互联网 健康险保障指数

INTERNET HEALTH INSURANCE COVERAGE INDEX

2019

2019

2019

2019

序 言

小雨伞保险携手南开大学发布互联网健康险保障指数

我国互联网健康险现状

随着居民收入的提升和消费升级，我国民众对于健康保障的意识更强，需求也随之提高，近三年来中国健康保险市场快速发展。2018 年互联网健康保险业务持续高速增长，累计实现规模保费收入 122.9 亿元，同比增长 108.3%，在互联网人身保险中的比重突破 10.3%，呈现出爆发增长的态势。2019 上半年，健康险业务原保险保费收入 3976 亿元，同比大幅增长 32%。2019 年健康险保费市场预测目标在 8,000 亿-9,000 亿左右，至 2022 年可达 11,500 亿的规模，由此可见，互联网健康险体量大，发展前景广阔。另外，互联网的发展改变了信息触达和民众生活的方式，使交流沟通变得低成本、高便捷，也使得互联网成为全新的保险销售渠道，以其独有的特点受到保险公司和消费者的青睐。

小雨伞保险与南开大学合作背景

小雨伞保险创立于 2015 年，是银保监会批准的全国性保险经纪公司。小雨伞保险致力于解决客户无法找到合适的保险产品、保险费用偏高和购买的过程不透明等问题，做一个简单、透明、高性价比的互联网保险平台。小雨伞保险以专属定制的方式为用户提供优质的保险产品，平台已累计服务十万用户的理赔需求，累计完成 1.86 亿元的理赔金，并已获得红杉资本、经纬中国、天士力资本、信天创投等国内顶级投资机构投资，与中国平安、中国人寿、中国人保、等 80 多家保险公司达成战略合作，服务超 1300 万用户。

南开大学于 1984 年设立保险学专业，是我国改革开放后在高等院校中首批设立的保险学专业之一。南开卫生经济与医疗保障研究中心主任朱铭来教授在我国保险业恢复初期便加入中国保险业，是国内较早期研究保险的学者之一。2019 年，受国家医保局待遇司和中国医疗保险研究会的委托，南开卫生经济与

医疗保障研究中心承担“规范大病保险委托商保承办研究”课题的研究工作，同年8月，朱铭来教授应邀参加国家医保局“大病保险重点任务落实调研座谈会”，听取国内主要商保承办机构对完善大病保险制度和规范经办服务的意见建议。

小雨伞保险与南开大学的此次合作成功，主要因其目标一致，愿景相同，都为守护每个人的幸福而努力。商业保险是基本医疗保险的补充，对提高我国全体国民医疗保障有重要意义，小雨伞保险携手南开大学建立互联网健康险保障指数实验室，旨在利用大数据和科学技术分析并探究我国互联网健康险的市场发展模式，特别是互联网健康险对提升个人和家庭健康保障水平的作用，为互联网健康险行业发展提供理论和技术支持。

朱铭来教授表示：健康保险的发展需要把握高质量发展这个总纲，建立客户的健康大数据，建立全方位的风险管理服务,深入地融入新的科学技术,通过创新驱动和科技赋能使中国的保险业全面向智能化、高质量方向发展，更好的服务于国家经济、社会和民生保障各领域发展。“



1月17日，由小雨伞保险与南开大学联合举办的“中国互联网健康险保障指数发布会”在深圳举行。小雨伞保险董事长徐瀚与CEO光耀，深圳市福田区引导基金投资有限公司监事长李奇林，南开大学卫生经济与医疗保障研究中心主任、金融学院教授、博士生导师朱铭来，叶檀财经创始人叶檀，分子实验室创始人刘扬，毕马威金融服务业审计合伙人奚霞，法国再保险中国寿险市场部总经理李用虎，国华人寿保险股份有限公司总经理助理、华瑞保险销售公司副董事长赵岩等多位金融、保险领域的领导出席会议，共同恭贺中国互联网健康险保障指数正式发布。

本报告共分为五个章节。报告从我国基本医疗保障体系的现状出发，明确发展不足、测算保障缺口，进而分析当前商业健康保险市场情况，通过构建互联网健康险保障指数指标体系，量化评估保障水平。

我国互联网健康险发展迎来关键期，但仍有不足，本报告用数据支撑分析，希望对我国互联网健康险发展具有一定的理论和指导意义，在行业发展、创新和变革方面有一定的推动作用，让我国互联网健康险呈现积极态势发展下去。



摘要

国民健康幸福是社会经济稳定与发展的基础,也是国家与政府的重要关切和发展目标。2009年,《中共中央国务院关于深化医药卫生体制改革的意见》(中发〔2009〕6号)指出,加快建立和完善以基本医疗保障为主体,其他多种形式补充医疗保险和商业健康保险为补充,覆盖城乡居民的多层次医疗保障体系。2016年颁布的“健康中国2030”规划纲要特别强调:进一步健全重特大疾病医疗保障机制,加强基本医保、城乡居民大病保险、商业健康保险与医疗救助等的有效衔接。2019年11月26日中共中央全面深化改革委员会第十一次会议审议通过了《关于深化我国医疗保障制度改革的意见》等重要文件。会议指出要加快建立覆盖全民、城乡统筹、权责清晰、保障适度、可持续的多层次医疗保障体系。

新医改十年来,我国实现了基本医疗保障的制度性全覆盖,基本医保参保率稳定在95%以上,建立起世界上最大的医疗保障体系。毋庸置疑,我国医疗保障体系取得了举世瞩目的成就,然而不断提高全体国民的身体健康素质和医疗保障水平、持续推进医保制度改革仍然任重而道远。

商业健康保险是基本医疗保险的重要补充,是我国多层次医疗保障体系的重要组成部分,对于提高全体国民的健康保障水平具有重要意义。随着经济发展和 社会进步,科学技术越来越多的渗透到人们的日常生活中。互联网技术改变了传统的信息触达方式,人与人之间的沟通更加便捷、信息的流通更加顺畅。互联网成为全新的保险营销渠道,并以其低成本、方便快捷等特点受到保险公司和消费者的青睐。2018年,互联网健康保险累计实现规模保费收入122.9亿元,同比增长108.3%,在互联网人身保险中的比重突破10.3%,呈现出爆发增长的态势。

在互联网健康保险快速发展的背景下,研究互联网健康险对消费者的保障水平具有必要性和可行性,也具有十分重要的现实意义。本研究报告的主要目的是,分析我国医疗保障体系存在的问题,探究商业健康保险市场的发展模式,特别是互联网健康险对提升个人和家庭健康保障水平的作用,为互联网健康险行业发展提供理论和技术支持。本报告共分为六个章节。报告从我国基本医疗保障体系的现状出发,明确发展不足、测算保障缺口,进而分析当前商业健康保险市场情况,通过构建互联网健康险保障指数指标体系,量化评估保障水平,最后对“小雨伞”

客户人群进行画像和需求潜力分析。各章的主要内容如下：

第一章为我国医疗保障水平现状分析。本章系统梳理了 2009 年“新医改”实施以来，我国基本医疗保险的参保情况、保险待遇情况，并运用微观数据库进行验证。研究发现，微观数据库得到的基本医保参保率、报销比例普遍低于宏观数字，其中参保率大约低于宏观数字 5 个百分点，实际报销比例大约为 50%，这说明我国基本医保制度在取得巨大成就的同时也存在着断保、漏保和保障水平不足等问题，提高全民医疗保障水平、完善多层次医疗保障体系、降低罹患大病医疗风险的任务迫在眉睫。本章还分析了我国医疗卫生总费用的结构，并与相关指标进行比较。总体来说，我国基本医疗保险水平逐步提高，个人自费比重逐年下降，但大病人群仍然面临较为沉重的负担。

第二章为家庭灾难性医疗支出、健康保障缺口与财务脆弱性。本章共分为三个小节。第一节介绍了家庭灾难性医疗支出的含义与发生机理，并运用中国家庭追踪调查（CFPS）数据量化分析我国灾难性医疗支出现状。2018 年，我国总体灾难性医疗支出发生率为 9.1%，发生率与家庭收入负相关，基本医疗保险显著降低了家庭灾难性医疗支出发生率。第二节具体测算我国的医疗保障缺口。研究发现，基本医保报销后我国的医疗保障缺口约为 9946 亿元，不同家庭间保障缺口差异显著。第三节为我国家庭财务脆弱性现状。本节基于消费者行为理论，构建财务脆弱性指标，衡量家庭应对大病风险冲击的能力，分析不同特征家庭财务脆弱性程度。

第三章为商业健康保险市场分析，从供给、需求两个角度描绘我国商业健康保险市场的总体情况。截至 2019 年上半年，健康险原保费收入 3976 亿元，同比增长 32%。在寿险保费增长回归理性的背景下，健康险逆势增长，保险密度和保险深度均呈上升趋势，成为人身保险业务新的增长极。本章还系统分析了健康险产品的发展趋势、健康险市场面临的问题与挑战以及经营优化建议。

第四章为互联网健康险保障指数测算，这是本报告的核心章节之一。本章明确了在保险营销形态发生变化的背景下，研究互联网健康险保障指数的重要意义。通过构建保障指数指标体系，依据指标权重原理，汇总得到“小雨伞”客户人群的保障情况，实现不同个体、不同群体之间保障水平的量化展示，这不仅有利于深入分析个体的保障情况，也可以为互联网健康险的长远发展提供参考。

第五章为结束语。对本课题的主要研究发现进行了小结，并结合最新出台的《健康保险管理办法》（中国银行保险监督管理委员会令2019年 第3号）提出了进一步完善互联网健康保险发展的政策建议。

目 录

摘 要.....	4
第一章 我国医疗保障水平现状分析.....	9
第一节 基本医疗保险保障情况.....	9
一、基本医疗保险参保情况.....	9
二、医疗保险待遇.....	11
三、微观数据验证.....	14
第二节 卫生总费用结构中的医疗保障.....	18
一、卫生总费用及其结构.....	18
二、相关指标比较.....	20
第二章 家庭灾难性医疗支出、健康保障缺口与财务脆弱性.....	23
第一节 家庭灾难性医疗支出.....	23
一、灾难性医疗支出的含义与发生机理.....	23
二、我国灾难性医疗支出现状分析.....	25
第二节 我国健康保障缺口测算.....	28
第三节 中国家庭财务脆弱性现状.....	35
一、中国家庭经济脆弱性整体分布.....	35
二、不同收入家庭财务脆弱性特征.....	36
三、不同保险保障水平的家庭财务脆弱程度分析.....	36
第三章 商业健康保险市场分析.....	39
第一节 健康险市场规模分析.....	39
第二节 产品发展趋势.....	42
一、产品数量迅速增长.....	42
二、创新比较活跃，形态日益丰富.....	43
三、健康管理开始与健康保险结合.....	44
四、产品与科技加强融合.....	45
第三节 商业健康险市场面临问题与挑战.....	46
一、供需结构不匹配.....	46
二、产品形态滞后于社会进步.....	46
三、商业健康保险运营成本高.....	46
四、产品开发定价基础数据缺乏.....	47
第四节 健康险产品经营优化建议.....	47

一、从保障本源上推动商业健康保险发展.....	47
二、加强个性化产品设计.....	47
三、提升健康管理服务能力.....	47
四、建立有利于健康保险产品创新的内部环境.....	48
第四章 互联网健康险保障指数测算.....	49
第一节 研究互联网健康险保障指数的意义.....	49
第二节 保障指数的评价体系设计.....	50
一、评价对象界定和评价标准设计.....	50
二、评价方法——无量纲化方法设计.....	51
第五章 结束语.....	57
一、主要研究发现.....	57
二、互联网健康险未来发展展望.....	58
附录 A.....	61
附录 B.....	63

第一章 我国医疗保障水平现状分析

第一节 基本医疗保险保障情况

基本医疗保险制度是我国多层次医疗保障体系的主体与核心，其覆盖人口最多、影响范围最广、制度建设最为健全。1998 年开始，我国先后建立起城镇职工基本医疗保险（简称“职工医保”）、新型农村合作医疗（简称“新农合”）和城镇居民基本医疗保险（简称“城镇居民医保”）构成的基本医疗保险制度体系，并于 2010 年实现基本医疗保险制度的全民覆盖。为进一步缩小城乡之间医疗保险待遇差距，提升我国基本医疗保险制度公平性，2016 年 1 月，国务院印发《关于整合城乡居民基本医疗保险制度的意见》（国发〔2016〕3 号，以下简称《整合意见》），要求整合城镇居民基本医疗保险和新型农村合作医疗两项制度，建立统一的城乡居民基本医疗保险制度（简称“居民医保”）。截至 2018 年 10 月，全国 31 个省、直辖市和自治区均出台整合方案，并陆续实质性推动城乡居民医保整合。因此，现阶段我国基本医疗保险体系主要由职工医保和城乡居民医保两项制度构成。

一、基本医疗保险参保情况

2018 年末，全国基本医疗保险参保人数达 13.4 亿。其中，职工医保 3.17 亿人，居民医保 8.97 亿人，新农合 1.3 亿人¹。相比 2009 年，职工医保增加 0.98 亿人，增长 44.75%，年均增长 4.19%。2009 年与 2018 年三项医保制度参保对比见图 1-1，2009 年至 2018 年全国基本医疗保险总体参保见图 1-2。

¹ 数据来源：国家医保局《2018 年全国基本医疗保险事业发展统计公报》。

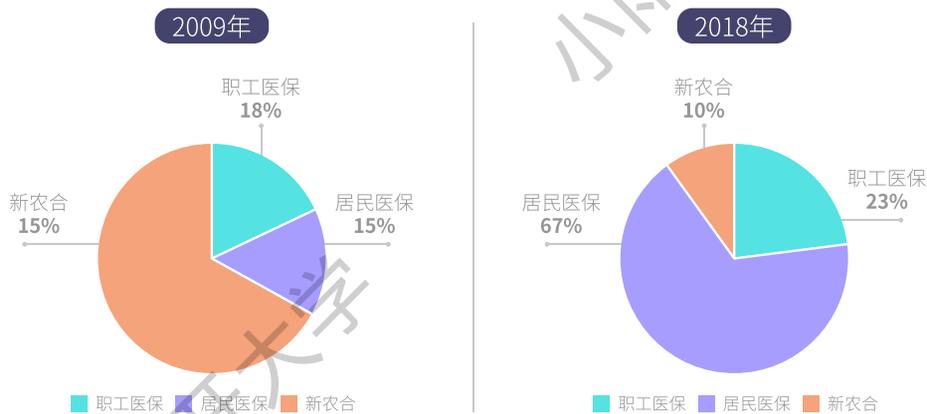


图 1-1 2009 年与 2018 年三项基本医保制度参保情况对比

注：根据《人力资源和社会保障事业发展统计公报》（2009-2017）、《2018 年全国基本医疗保障事业发展统计公报》数据制图。

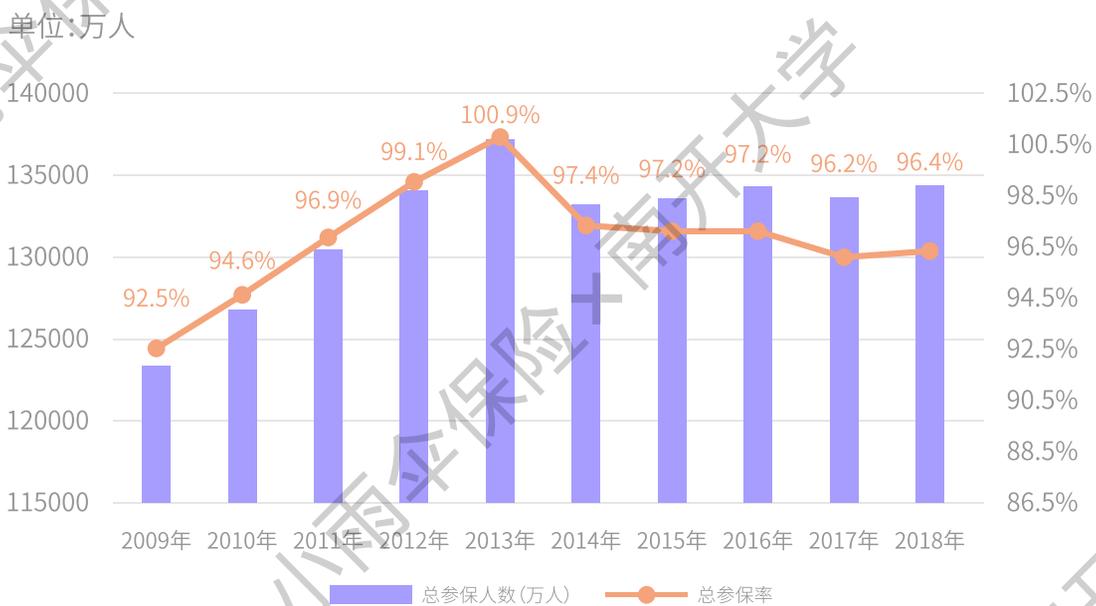


图 1-2 2009-2017 年全国基本医疗保险总体参保情况

注：根据《人力资源和社会保障事业发展统计公报》（2009-2017）、《2018 年全国基本医疗保障事业发展统计公报》数据，结合《2018 年中国统计年鉴》中 2009 年至 2018 年年末全国总人口数据计算后制图。

从图 1-2 可以看出，2011 年开始，我国基本医疗保险总体参保率超过 95%，基本实现基本医疗保险全民覆盖目标。但同时可以发现，由于职工医保、居民医保和新农合三个项目相对独立运行和封闭管理，在人口跨统筹区流动时会存在一定程度的重复参保情况。再加上三项基本医保制度可能存在统计误差等综合因素作用下，导致出现 2013 年度总体参保率超过 100% 的情形。随着居民医保与新农

合两项制度整合试点工作的开展，尤其是 2016 年《整合意见》的出台，重复参保情况得到有效改善，2015 年开始总体参保率略有下降，但仍然持续稳定在 95% 以上。关于城镇职工和城乡居民的具体参保情况见附录 A。

二、医疗保险待遇¹

（一）职工医保待遇

1. 享受待遇人次

2018 年，职工基本医疗保险享受待遇人次为 19.8 亿人次，其中，享受普通门诊急诊待遇 17.1 亿人次，享受门诊大病²待遇 2.1 亿人次，享受住院待遇 6000 万人次。

单位：亿人次

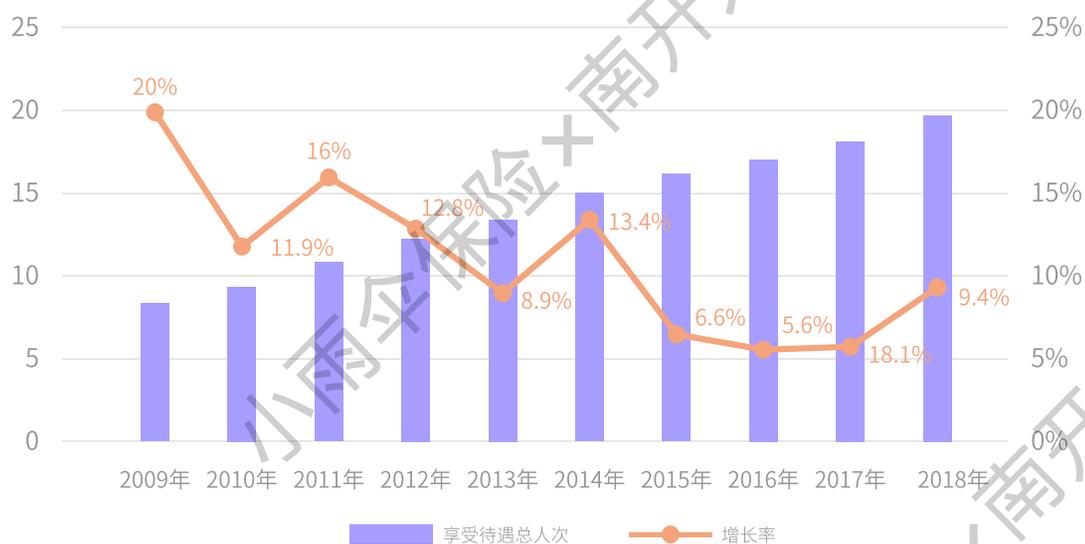


图 1-3 2009-2018 年职工医保享受待遇总人次

¹ 数据来源：《2017 年全国医疗保险运行分析报告》。

² 门诊大病：指按当地政策规定列入职工基本医疗保险统筹基金支付范围的病种，包括恶性肿瘤化疗等特殊病种、糖尿病等慢性病种的门诊治疗，医疗费用较高。

单位:万人次

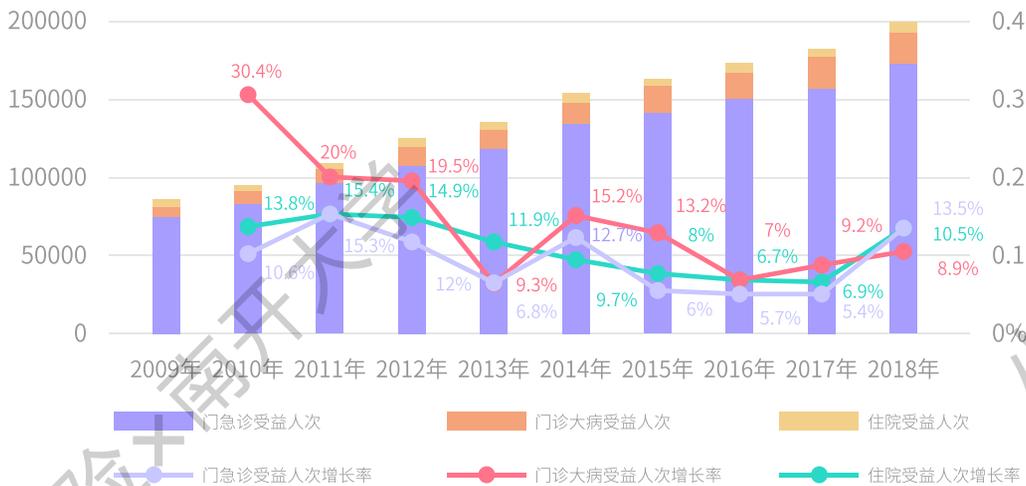


图 1-4 2009-2018 年职工医保门急诊、门诊大病及住院受益人次

2. 医保基金支付比例

2018 年，职工基本医疗保险政策范围内住院费用支付比例为 81.6%，实际住院支付比例为 71.8%。

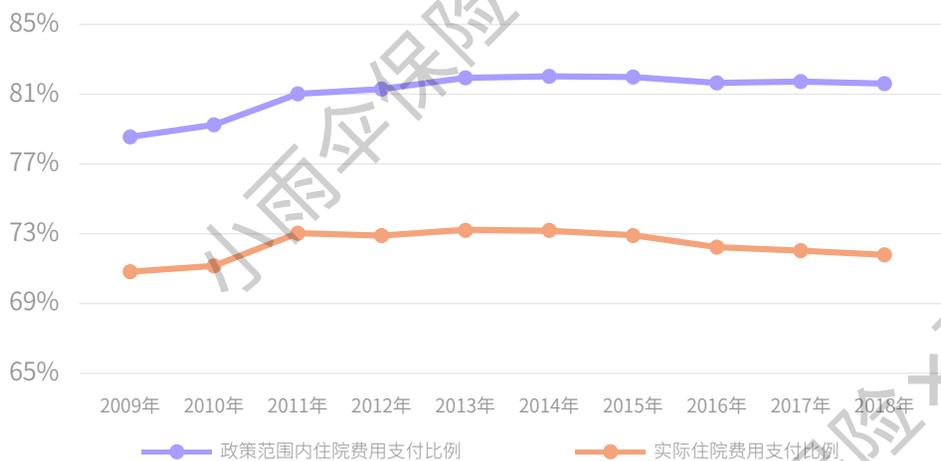


图 1-5 2009-2018 年职工医保政策范围内和实际住院费用支付比例

(二) 居民医保待遇

1. 享受待遇人次¹

2018 年，居民医保享受待遇 16.2 亿人次，享受待遇人数 13640 万人，占参保人数的 15.2%，人均门诊就诊 1.7 次，普通门急诊 128913 万人次，门诊大病

¹ 数据来源：国家医保局《2018 年全国基本医疗保障事业发展统计公报》。

8106 万人次，住院 12272 万人次。

单位:万人次

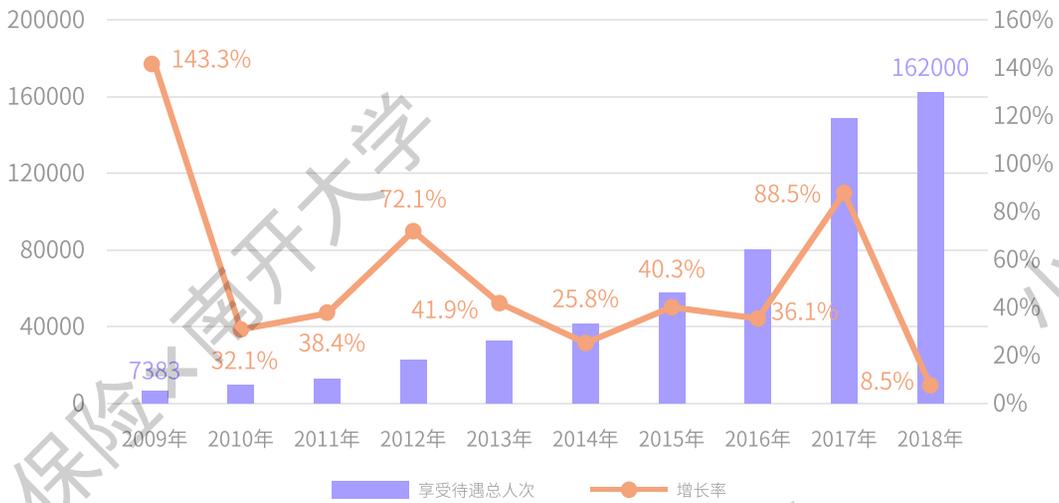


图 1-6 2009-2018 年居民医保享受待遇人次

2. 支付比例

2018 年，居民医保政策范围内住院费用基金支付比例为 65.6%，实际住院费用支付比例为 56.1%。由此可见，基本医疗保险制度保障力度仍然有限，参保者罹患大病后仍有一部分费用需要承担。

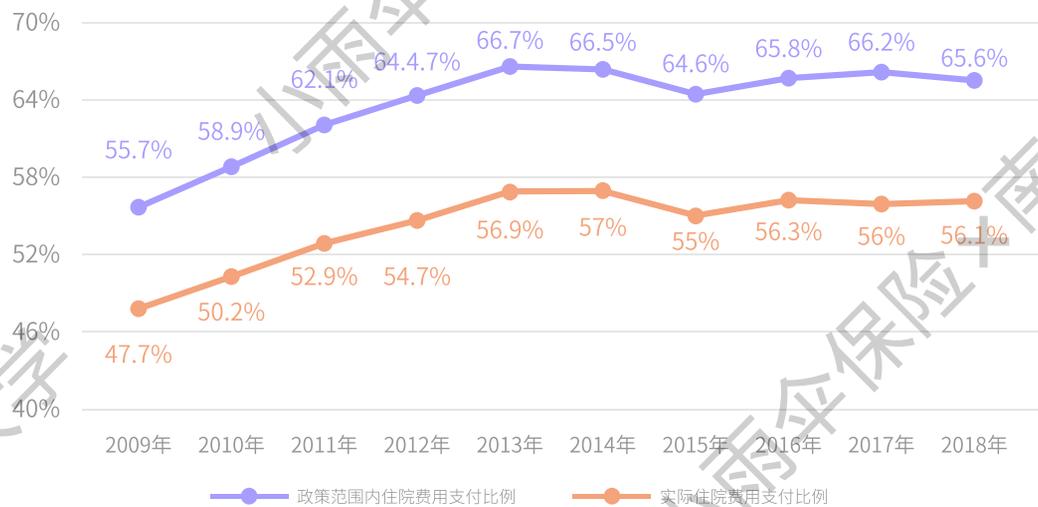


图 1-7 2009-2018 年居民医保支付比例

三、微观数据验证

由于职工政策范围内实际报销的数据只含住院费用，不含门诊等其他医疗服务费用，故政府公布的数据存在一定偏差。为进一步核实我国基本医疗保险保障情况，我们借助中国健康与营养调查（CHNS）、中国家庭追踪调查（CFPS）、中国家庭收入项目调查（CHIP）、中国劳动力动态调查（CLDS）、中国健康与养老追踪调查（CHARLS）、中国老年健康影响因素跟踪调查（CLHLS）和中国家庭金融调查（CHFS）等数据库，从微观角度对覆盖率、保障水平等基本医保保障情况进行验证。微观数据库中英文名称及英文简称对应情况见表 1-1 所示。

（一）覆盖率

从基本医保覆盖率来看，微观数据库数据显示，进入本世纪以来，基本医保覆盖率稳步提升，尤其是新一轮医改开始后，基本医保覆盖率达到较高水平。例如，2009 年 CHNS 调查对象参保率就达到 86.4%，2013 年 CHARLS 调查对象参保率达到 91.8%，2014 年 CLDS 调查对象参保率到达 90.2% 等，基本与宏观数据结果一致。不过需要指出的是，从全国流动人口动态监测数据来看，流动人口（其中主要为农民工，雇主缴纳即意味着参加的是职工基本医保）参保率偏低，在 12%-17.6% 之间（2009-2014 年数据）。从宏观数据来看，（见图 1-8）同样可以发现，一直以来农民工参保率普遍偏低（跨统筹区流动农民工），比流动人口（雇主投保）参保率略高（见表 1-2）。农民工参保率之所以偏低，一方面是因为农民工主要是属地化参保，即主要参加户籍所在地的新农合；另一方面在落实农民工参加流入地基本医保方面还存在一定制度性障碍，比如制度分割可能造成重复参保，或农民工不能与流入地人口享受同样保障待遇等。因此，农民工或流动人口基本医保需要给予一定重视。微观数据参保情况详见附录 A。

表 1-1 微观数据库基本信息表

中文全称	英文全称	简称	抽样年份
中国健康与营养调查	China Health and Nutrition Survey	CHNS	2009、2011、2015
中国家庭追踪调查	China Family Panel Studies	CFPS	2010、2012、2014
中国家庭收入项目调查	Chinese Household Income Project Survey	CHIP	2007、2008、2013
中国劳动力动态调查	China Labor-force Dynamics Survey	CLDS	2012、2014、2016
中国健康与养老追踪调查	China Health and Retirement Longitudinal Study	CHARLS	2011、2013、2015
中国老年健康影响因素跟踪调查	Chinese longitudinal Healthy Longevity Survey	CLHLS	2008
中国家庭金融调查	China Household Finance Survey	CHFS	2013
全国流动人口动态监测数据	—	流动人口	2008、2009、2010、2011、2012、2013、2014

表 1-2 流动人口（雇主投保）与农民工参保率对比

年份	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
流动人口	12.2%	14.3%	16.7%	16.9%	17.6%	17.6%	—	—	—
宏观数据	18.9%	18.9%	18.4%	19%	18.7%	18.1%	18.6%	17.1%	21.7%

单位:万人次

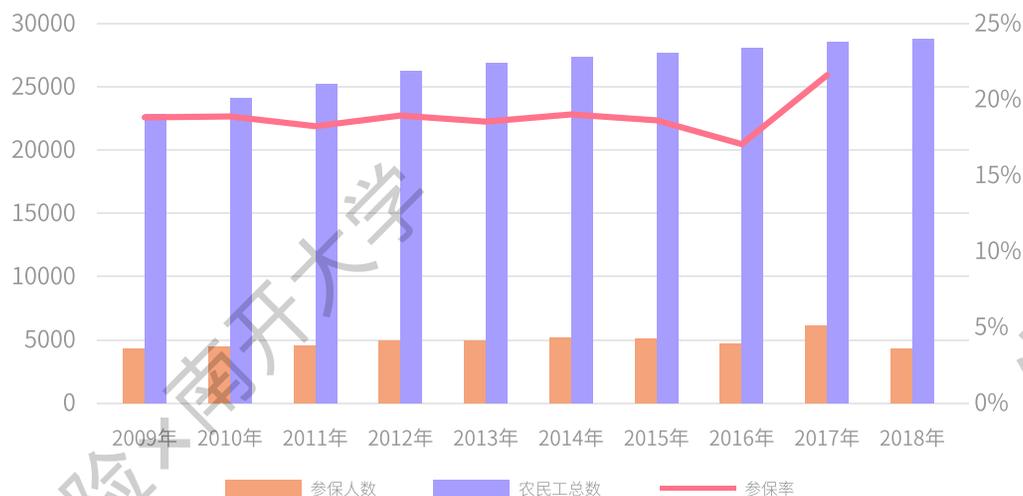


图 1-8 2009-2018 年我国农民工参保情况

注：数据摘自《人力资源和社会保障事业发展统计公报》(2009-2018)。

(二) 报销比例

从报销比例来看，微观数据显示基本医保住院报销比例逐渐增加，但是部分微观数据显示报销比例偏低，例如，2014 年全国流动人口动态监测数据显示，流动人口最近一次住院报销比例仅为 26.6%，CHARLS 2011 年、2013 年和 2015 年报销比例分别为 39%、48%和 46%，CLDS2012 年和 2014 年数据中报销比例分别为 32.2%和 43.1%，普遍低于政府公布的报销数字。

¹基本医疗保险保障力度有限，仍存在大量缺口。各微观数据中基本医保报销比例详见附录 A，各地大病保险支付标准见附录 B。

综上所述，我国基本医疗保险制度从无到有，逐步发展，已经实现了全面覆盖，人民群众看病就医有了根本性的改善。但是，当前我国基本医疗保险制度建设还存在着比较突出问题：一是尚有部分人群没有参保，其中私营企业、小微企业参加城镇职工各项保险的比率偏低；二是社会保险关系转移接续还不够顺畅，适应流动性不够；三是待遇差距较大，公平性有待提高；四是基金难以保值增值；五是基本医保保障水平有限。统计显示，目前国内居民个人的医疗负担较重、保

¹ 目前，我国政府公布的基本医疗保险报销比例为政策范围内住院报销比例，微观数据库中计算所得的报销比例为居民看病所有医疗支出（包括门诊、住院等各项医疗服务费用）的报销比例，因此这一数值普遍低于政府公布的报销数字。

障需求缺口巨大，重特大疾病患者的因病致贫、因病返贫问题仍然突出。因此，提高全民医疗保障水平、完善多层次医疗保障体系，降低罹患大病医疗风险的任务迫在眉睫。

第二节 卫生总费用结构中的医疗保障

一、卫生总费用及其结构¹

2017年全国卫生总费用²达51598.8亿元，比上年度增加6253.4亿元，增长13.5%；相比2009年度，全国卫生总费用增加35056.4亿元，年平均增幅为14.7%。近年来，我国全国医疗卫生总费用逐年增长³。详见图1-22。2017年全国卫生总费用占GDP比重为6.4%，比上年度增加0.13个百分点；相比2009年度增长1.34个百分点。我国卫生总费用占GDP比重也呈逐年增长趋势。见图1-10。

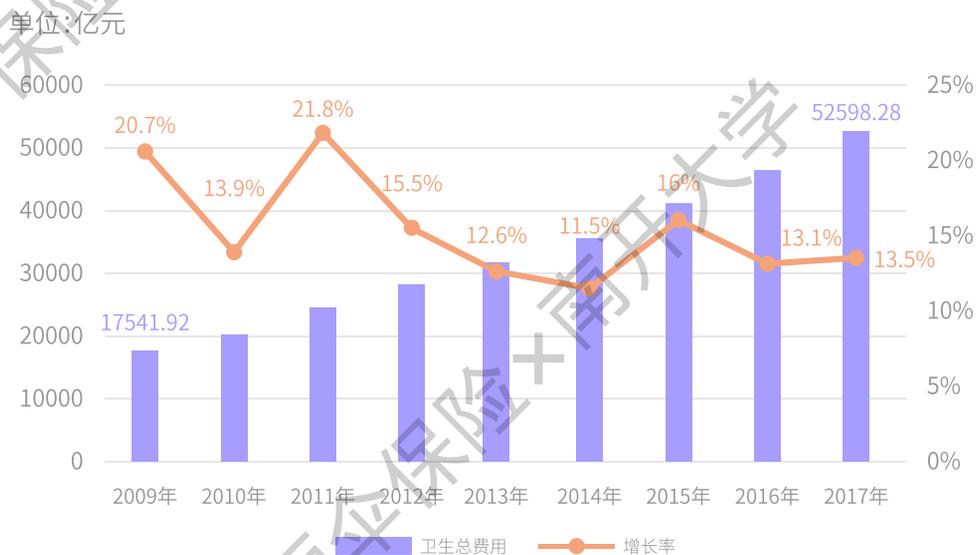


图 1-9 2009-2017 年我国卫生总费用及增长情况

¹ 数据来源：国家卫生健康委员会《2018 中国卫生健康统计年鉴》。

² 卫生总费用，是指一个国家或地区在一定时期内，为开展卫生服务活动从全社会筹集的卫生资源的货币总额，按来源法核算。

³ 数据来源：国家卫生健康委员会《2018 中国卫生健康统计年鉴》。

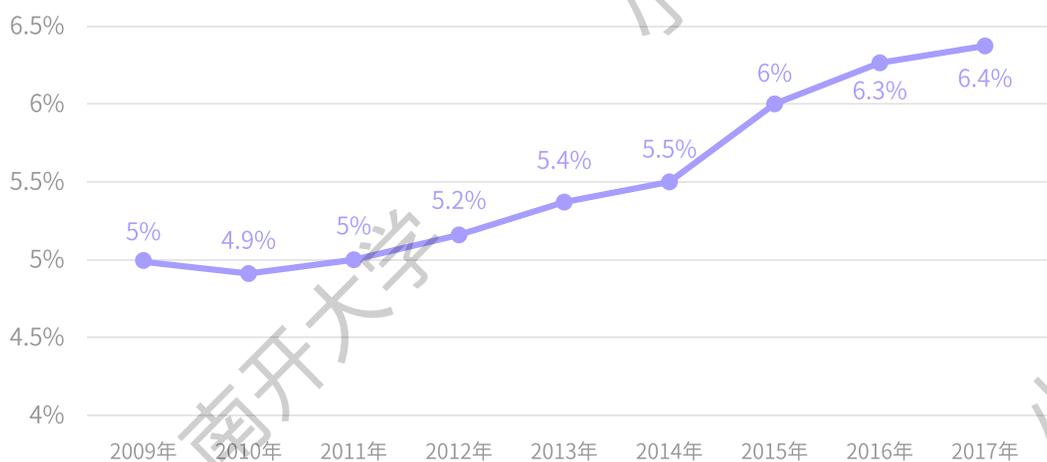


图 1-10 2010 年和 2017 年我国卫生总费用占 GDP 比重

注：结合《中国统计年鉴 2018》与《2018 中国卫生健康统计年鉴》相关数据计算制图。

2017 年全国卫生总费用中，政府卫生支出¹15205.87 亿元，占当年度卫生总费用 28.91%，比上年度增加 1295.6 亿元，减少 2.2%，占卫生总费用比重减少 1.1 个百分点；相比 2009 年，政府卫生支出增加 10389.6 亿元，年平均增长 10.09%，占卫生总费用比重增加 1.45 百分点。

2017 年度，社会卫生支出²22258.81 亿元，占当年度卫生总费用 42.32%，比 2016 年增加 3162.1 亿元，增长 0.9%，占卫生总费用比重增加 1.1 个百分点；相比 2009 年，社会卫生支出增加 16104.3 亿元，年平均增幅达到 12.78%，占卫生总费用比重增加 7.24 个百分点。

2017 年度，个人现金卫生支出³15133.6 亿元，占当年度卫生总费用的 28.77%，比 2016 年增加 1795.7 亿元，增长 2.2%，占卫生总费用比重维持不变；相比 2009 年，个人卫生支出增加 8562.4 亿元，年平均增长 3.36%，占卫生总费用比重减少 8.7 个百分点。2009 年和 2017 年我国卫生总费用结构变化比较见图 1-11 和图 1-12。

¹ 政府卫生支出，是指各级政府用于医疗卫生服务、医疗保障补助、卫生和医疗保障行政管理、人口与计划生育事务性支出等各项事业的经费。

² 社会卫生支出，是指政府支出外的社会各界对卫生事业的资金投入，包括社会医疗保障支出、商业健康保险费、社会办医支出、审核捐赠援助、行政事业性收费收入等。

³ 个人现金卫生支出，是指城乡居民在接受各类医疗卫生服务时的现金支付，包括享受各种医疗保险制度的居民就医时自付的费用。

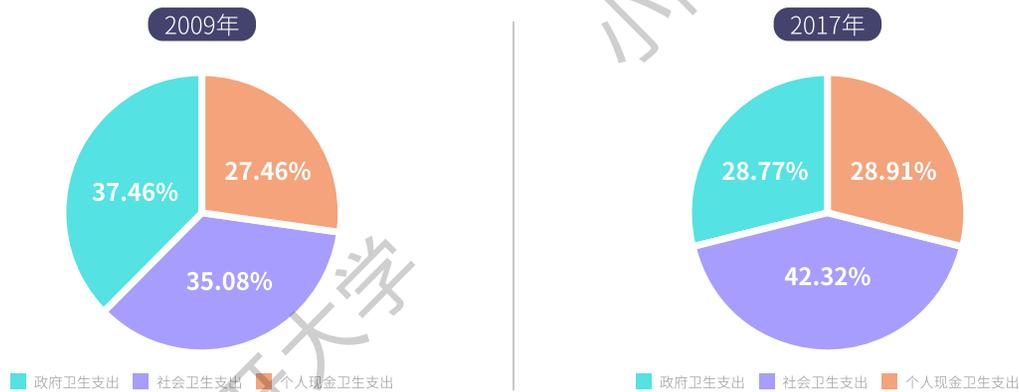


图 1-11 2009 年和 2017 年我国卫生总费用结构

注：根据《2010 中国卫生和计划生育统计年鉴》和《2018 中国卫生健康统计年鉴》数据制图。

2009 年至 2017 年度，个人卫生支出逐年降低，2017 年比 2010 年降低 6.52 个百分点，个人医疗费用负担有所降低。

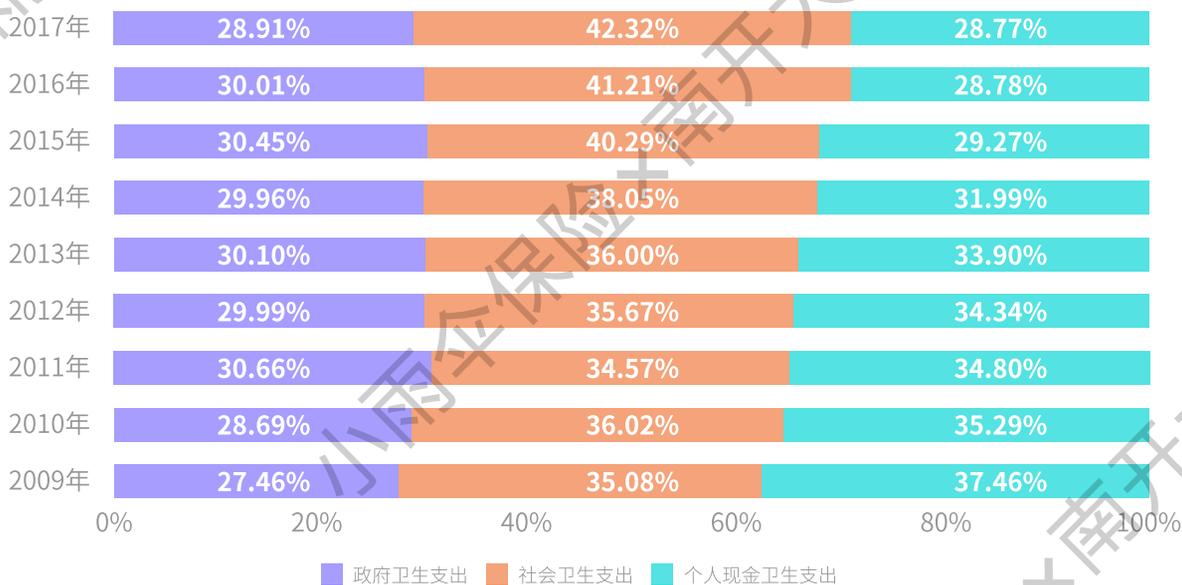


图 1-12 2009-2017 年我国卫生总费用构成变化

注：根据《中国卫生和计划生育统计年鉴》(2009-2017) 和《2018 中国卫生健康统计年鉴》数据制图。

二、相关指标比较

(一) GDP、卫生总费用和医院医疗收入增速比较

2017 年，GDP 总量为 824828.4 亿元，较上年度增加 84229.7 亿元，增长

11.4%，比 2009 年增加 476329.9 亿元，年平均增长 12.33%。2009-2017 年，卫生总费用平均增长率为 17.12%，医院医疗收入年平均增幅达到 19.08%，总体上高于 GDP 平均增速和卫生总费用平均增速。具体见图 1-13 所示。

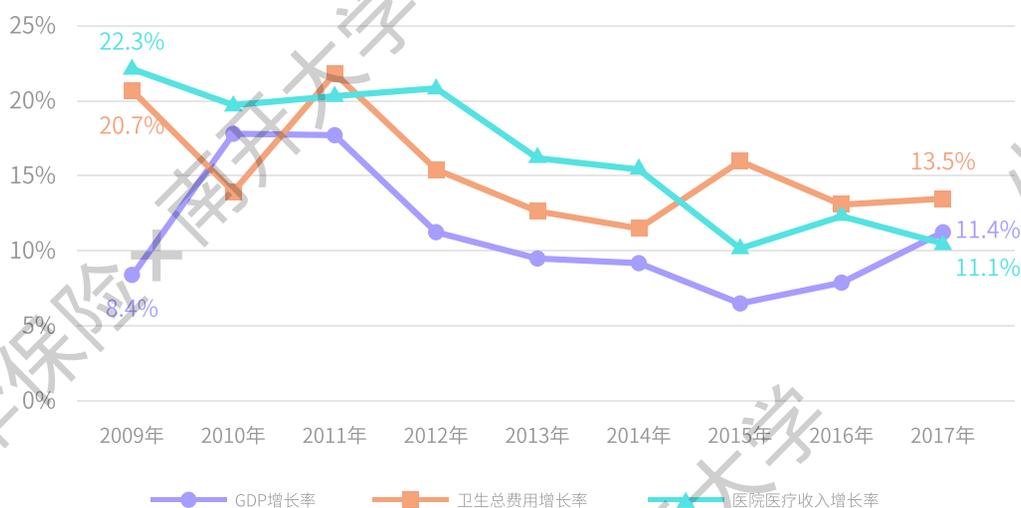


图 1-13 2009-2017 年 GDP、卫生总费用和医院医疗收入增速比较

注：根据《中国统计年鉴 2018》、《中国卫生和计划生育统计年鉴》（2009-2017）和《2018 中国卫生健康统计年鉴》数据制图。

（二）基本医保基金支出占医院医疗收入比重

2017 年度，全国医院医疗收入 25570 亿元，基本医疗保险基金¹支出 15176 亿元，基本医保基金支出占医院医疗收入的 59.35%；2009 年，医院医疗收入 7871 亿元，基本医保基金支出 3720 亿元，基本医保基金支出占医院医疗收入的 47.26%。2017 年基本医保基金支出占医院医疗收入比重比 2009 年增长 12.09 个百分点。基本医保已成为医疗服务主要购买主体。详见图 1-14 所示。

¹ 基本医保基金包括城镇职工医保基金、城镇居民医保基金和新农合基金三个部分。

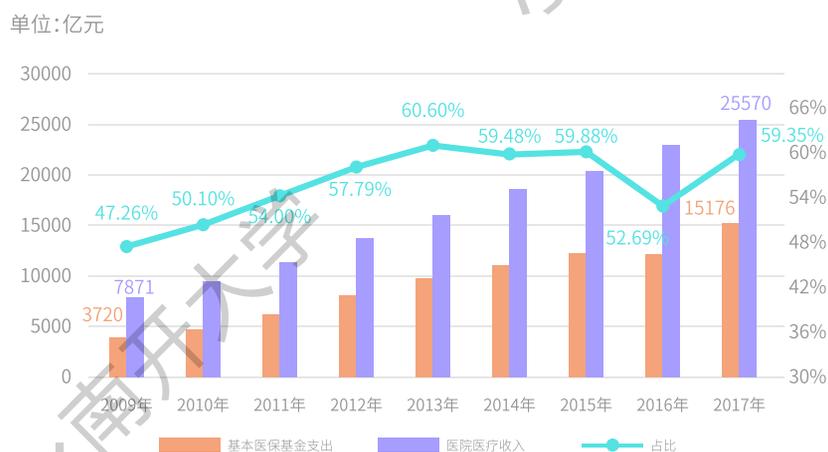


图 1-14 2009-2017 基本医保基金支出占医院医疗收入比重

注：根据《中国劳动统计年鉴》（2010-2018）、《中国卫生和计划生育统计年鉴》（2009-2017）和《2018 中国卫生健康统计年鉴》数据制图。

（三）社会保障卫生支出占卫生总费用比重

2017 年度，中国卫生总费用为 52598.9 亿元，按照国际分类标准，其中社会保障卫生支出¹为 20307.6 亿元，社会保障支出占卫生总费用的 38.6%，比 2016 年提高 0.6 个百分点。2009 年度，卫生总费用 17541.9 亿元，社会保障卫生支出 5957.63 亿元，社会保障支出占卫生总费用 34.0%；2017 年比 2009 年占比提高 4.6 个百分点。见图 1-15。

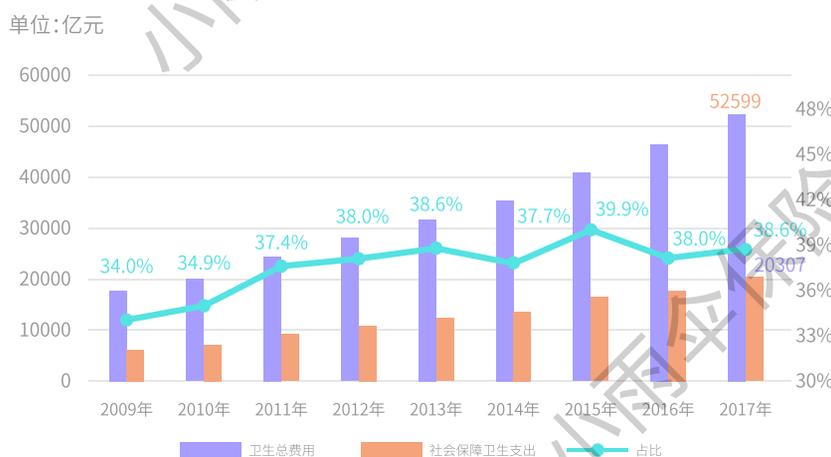


图 1-15 2009-2017 社会保障卫生支出占卫生总费用比重

注：根据《中国卫生费用研究报告 2017》数据制图。

¹ 社会保障卫生支出包括城镇职工基本医疗保险、城镇居民基本医疗保险、新型农村或医疗、城乡医疗救助、行政事业单位医疗经费、企业职工医疗卫生费等。

第二章 家庭灾难性医疗支出、健康保障缺口与财务脆弱性

第一节 家庭灾难性医疗支出

一、灾难性医疗支出的含义与发生机理

近年来，我国已经建立起以城镇职工医疗保险、城乡居民医疗保险为主体的基本医疗保障体系，开展大病保险，“减轻人民群众大病医疗费用负担，解决因病致贫、因病返贫问题的迫切需要”，并针对贫困人口建立起医疗救助制度。不可否认，我国基本医保、大病保险、医疗救助发挥了重要的保障作用，但目前的保障水平比较有限。一旦发生高额医疗费用，个人仍面临较高的经济负担，家庭生活正常生活将遭受严重冲击。

灾难性医疗支出是国际常用的衡量医疗财务风险的主要指标。世界卫生组织指出，在一个公平的医疗融资体系中，个人现金卫生支出（Out-Of-Pocket Expenditure, OOP）不应严重影响个人或家庭的消费结构，如迫使个人或家庭减少食物、住房或子女教育等必要的开支。如果高额医疗支出使家庭不得不减少包括食品、住房在内的必需品以及本该用于其他商品和服务的支出，甚至在长期内耗尽资产、积累高额债务，那么这一支出就是灾难性的。

保险机制是化解灾难性医疗支出的有效手段。无论是社会医疗保险还是商业健康保险，都能通过社会化的风险分散方式，有效降低个人自付医疗支出规模，从而降低 OOP 在卫生总费用中的比重，减少高额医疗支出对个人和家庭的经济冲击。接下来，通过模型具体分析灾难性医疗支出的发生机理和信号以及对医疗保险的敏感度。

设 $U(C,M)$ 表示个人效用，其中 C 表示非医疗消费， M 表示医疗消费。 \bar{C} 为必要的非医疗消费， \bar{M} 为必要的医疗消费。非医疗消费为个人带来正效用，且超出必要非医疗消费越多，个人效用越高，但边际效应递减，即 $U'_C(\cdot) > 0$ ， $U''_C(\cdot) < 0$ ，因此将其设定为对数形式。医疗消费为个人带来负效用，当医疗消费等于必要医疗消费时，个人效用达到峰值，而无论医疗消费高于或低于必要医疗消费，个人

效用都会降低，即 $U''_M(\cdot) < 0$ ， $U'_{M|M < \bar{M}}(\cdot) > 0$ ， $U'_{M|M = \bar{M}}(\cdot) = 0$ ， $U'_{M|M > \bar{M}}(\cdot) < 0$ ，因此将其设定为二项式形式。医疗消费和非医疗消费为个人带来的边际效用不同，取决于个人对自身健康的重视程度，用 α 表示医疗消费的相对边际效用，也是对自身健康的相对重视程度， $\alpha \geq 0$ 。P 表示医疗消费和非医疗消费的相对价格（设非医疗消费的价格为 1）。 β 表示医疗保险补偿比例， $0 \leq \beta \leq 1$ 。

个人在收入预算约束和必要非医疗消费约束条件下决策实现效用最大化，即：

$$\max_{C, M} U(C, M) = \ln(C - \bar{C} + 1) - \alpha(M - \bar{M})^2 \quad (2-1)$$

$$\text{s.t. } C + M(1 - \beta)P \leq Y \quad (2-2)$$

$$C - \bar{C} \geq 0 \quad (2-3)$$

当 $C + M(1 - \beta)P < Y$ 时，

$$C^* = Y - M(1 - \beta)P \quad (2-4)$$

$$M^* = \bar{M} \quad (2-5)$$

假设医疗消费的相对价格 P 一定，此时个人对医疗保险的补偿比例不具备敏感性，即 $M'(\beta) = 0$ 。

当 $C + M(1 - \beta)P \geq Y$ 时，

$$C^* = \bar{C} + x(P, \alpha) \quad (2-6)$$

$$M^* = \frac{Y - \bar{C} - x(P, \alpha)}{(1 - \beta)P} \quad (2-7)$$

其中， $x(P, \alpha)$ 为非医疗消费中除必要消费外的其他消费，满足 $x(P, \alpha) \geq 0$ ， $x'_P(\cdot) > 0$ ， $x'_\alpha(\cdot) < 0$ 。

特别地，当个人对自身健康非常重视，即 $\alpha \rightarrow +\infty$ 时，

$$C^* = \bar{C} \quad (2-8)$$

$$M^* = \frac{Y - \bar{C}}{(1 - \beta)P} \quad (2-9)$$

此时个人对医疗保险的补偿比例具备敏感性，即 $M'(\beta) > 0$ 。

综上，个人累积自付总额与预算约束的关系影响个人医疗服务需求对医疗保

险补偿比例的反应敏感程度：个人累积自负总额在预算约束范围内，意味着个人对医疗服务的潜在需求能够全部转化为有效需求，这时个人对医疗保险补偿比例的反应敏感度不高，甚至在为了获得较高补偿比例而不得不先付出较高自负金额的情况下减少自认为非必要的医疗服务开支；当个人累积自付总额超过预算约束时，个人对医疗服务的潜在需求只能部分转化为有效需求，但依然可以动用有限的储备预算将部分潜在需求进一步转化为有效需求，而转化程度将直接取决于医疗保险的支付比例，支付比例越高，转化程度越高，而且潜在需求与有效需求之间的缺口越大，对医疗保险补偿比例的反应敏感程度越高，最终个人医疗服务开支也就随之增加。

假设必要消费 \bar{C} 为收入 Y 的一个固定比例 θ ，即： $\bar{C} = \theta Y$ ，此时医疗自付金额占收入的比例 γ 为：

$$\gamma = \frac{M^*(1-\beta)P}{Y} = \frac{Y-\bar{C}}{Y} = 1-\theta \quad (2-10)$$

根据以上分析，我们可以界定灾难性医疗支出标准 γ 。目前国际上一般认为，当家庭医疗支出超过家庭收入或非食品消费支出的40%，即成为灾难性医疗支出。

二、我国灾难性医疗支出现状分析

近年来，我国财政中用于医疗卫生的比例一直处于上升趋势。财政部数据显示，2018年全国一般公共预算支出中医疗卫生与计划生育支出为1.57万亿元，同比增长8.5%，占全国一般公共预算支出的7.1%。卫生支出的增长为人们保障水平的提高提供了有力保障，但我国作为世界上最大的发展中国家，地区差异、城乡差异较大，灾难性医疗支出依旧存在，这给一些家庭造成了负担。

本章采用北京大学中国家庭追踪调查（CFPS）数据，该数据库涉及31个省市自治区，621个社区，共计14241个家庭，涵盖了社区、家庭、个体三个层次的信息，反映了当前社会、经济、人口、教育和健康的变迁，提供了家庭关系与家庭动态、人口迁移、教育成果等方面的信息，同时提供了家庭成员基本医疗保险、养老保险、收入、资产以及医疗费用支出等详细信息，能够为本文研究家庭灾难性卫生支出与家庭财务脆弱性之间的关系研究提供数据支持。本文以家庭作为研究对象，最终我们筛选后的样本为12696，涵盖了全国31个省市自治区。

参考WHO设定的灾难性卫生支出标准（家庭非食品支出的40%），测算中

国家家庭灾难性医疗支出发生率。测算结果显示自 2010 年以来，我国居民灾难性医疗支出发生率逐渐降低，2018 年相比于 2010 年降低了 5.58 个百分点。尤其是 2012 年城乡居民大病保险全面实施后，居民灾难性医疗支出发生率显著降低。从城乡差异来看，城市和农村灾难性医疗支出发生率都普遍降低，但农村因病致贫、因病返贫的可能性仍然高于城市。统计结果中，农村 2016 年灾难性医疗支出发生率略高于 2014 年，原因可能是医疗保障水平的提高显著促进了优质医疗资源的利用，进而导致医疗支出上升，造成数据波动。

表 2-1 灾难性医疗支出发生率 (%)

年份	总体	城市	农村
2010	14.68	12.21	16.96
2012	14.23	11.77	16.29
2014	10.95	9.23	12.48
2016	10.81	8.08	13.60
2018	9.10	7.37	11.17

按人均收入高低进行分组，测算不同收入组家庭发生灾难性医疗支出平均标准和灾难性医疗支出家庭分布情况，如表 2-2、2-3 所示。结果显示，我国不同收入组灾难性医疗支出标准存在显著差异，灾难性医疗支出的发生主要集中在中低收入群体。也就是说，对于中低收入人群来说，即使是相对较低的医疗费用支出，也会成为一种灾难性医疗支出，进而影响家庭其他方面的消费。医疗保险可以显著地降低灾难性医疗支出的平均费用和发生概率，具有十分重要的保障作用。

表 2-2 不同收入家庭灾难性医疗支出标准及分布（医保没有报销前）

组别	人均收入标准(元)	家庭灾难性医疗支出平均费用(元)	灾难性医疗支出生率(%)
低收入家庭	0~5000	20635	28.96
中等偏下家庭	5000~10000	26092	20.30
中等收入家庭	10000~16400	31140	14.14
中等偏上家庭	16400~27466.67	35941	11.71
高收入家庭	27466.67以上	55856	8.16
总体	19079.34	32549	14.61

表 2-3 不同收入家庭灾难性医疗支出标准及分布（医疗保险报销后）

组别	人均收入标准(元)	家庭灾难性医疗支出平均费用(元)	灾难性医疗支出生率(%)
低收入家庭	0~5000	15399	21.49
中等偏下家庭	5000~10000	22478	14.31
中等收入家庭	10000~16400	24549	9.42
中等偏上家庭	16400~27466.67	28595	7.08
高收入家庭	27466.67以上	39598	4.25
总体	19079.34	24234	9.62

考虑到医疗服务价格城乡差异较小，因此对于城乡收入分组中按照相同的收入等级进行分组，统计结果见表 2-4。总体来看，随着收入的提高灾难性医疗支出生率逐渐降低。并且，即使是相同收入的情况下，农村灾难性卫生支出生率也显著高于城市。

表 2-4 城乡不同收入家庭灾难性医疗支出发生率 (%)

组别	城市	农村
低收入家庭	20.41	21.84
中低收入家庭	13.53	14.70
中等收入家庭	10.02	9.07
中等偏上家庭	6.50	8.01
高收入家庭	4.10	5.43
高收入家庭	4.10	5.43

我国基本医疗保障制度从无到有，逐步发展，已经实现了全面覆盖，人民群众看病就医有了根本性的改善，但由于我国目前的基本医疗保障制度，侧重于满足居民的基本医疗需求，特别是城镇居民基本医疗保险和新型农村合作医疗的保障水平还相对有限，重特大疾病的高额治疗费用仍会给部分家庭财务带来灾难性影响。

第二节 我国健康保障缺口测算

灾难性医疗支出是健康保障缺口的关键驱动因素，会给家庭财务带来压力。随着医疗卫生支出数额的不同，带来的压力也有所差别，当自付医疗费用达到一定程度时，甚至会出现放弃治疗的现象。为具体测算我国健康保障缺口的规模，本报告将健康保障缺口定义为以下两部分之和：第一，造成财务压力的自付医疗费用支出，并按压力程度打分；第二，由于经济能力有限而未治疗的群体可能产生的医疗费用估计。

其中，造成财务压力是指人们不得不做出以下行为：（1）削减可支配收入，如购买更便宜的日常用品、减少奢侈品消费；（2）减少储蓄；（3）向亲戚/朋友/银行借钱；（4）削减必需品开支，如学费、日常用品、水电费支出等。按照自付医疗费占家庭非食品支出的比重，判断各压力情景对家庭财务状况的影响程度，具体如表 2-5 所示。

表 2-5 压力情景

压力情景	可影响家庭财务状况的自费比例
削减可支配收入	20%
减少储蓄	30%
向亲戚和朋友借钱	50%
从银行贷款	60%
削减必需品开支	80%

因负担能力有限而未接受治疗的部分有以下计算公式：因负担能力有限而未接受治疗的名义成本=估计医疗费用均值*此类受访者在总样本中的比例*家庭总数。家庭总数由 CFPS 数据库中家庭数按抽样权数扩大到全国，得到全国的因负担能力有限而未接受治疗的医疗费用估计值。

测算得出，我国健康保障缺口约为 9946.10 亿元，基本医疗保险在很大程度上提高了保障水平、降低了缺口规模、缩小了保障缺口的城乡差异。随着家庭收入水平的提高，健康保障缺口呈上升趋势，医疗保险对不同收入家庭的保障效应存在较大差异，如表 2-7。总体来看，医疗保险的保障效应随着家庭收入水平的提高而增长，医疗保险对低收入家庭的保障效应略高于中低收入家庭，这可能是由于脱贫攻坚背景下医疗救助等扶贫政策的实施，进而导致低收入家庭的医疗支出负担较大幅度下降。

表 2-6 健康保障缺口

	总体(亿元)	城市	农村
基本医保报销前	16551.74	54%	46%
基本医保报销后	9946.10	48%	51%

表 2-7 不同收入家庭健康保障缺口（亿元）

收入水平	人均收入标准	基本医保报销前	基本医保报销后	医疗保险的保障效应
低收入家庭	5000元以下	2155.14	1474.97	32%
中低收入家庭	5000—10000元	2858.03	1982.20	31%
中等收入家庭	10000—16400元	3181.91	2050.60	36%
中等偏上家庭	16400—27467元	3132.35	1854.14	41%
高收入家庭	27467元以上	5224.31	2584.19	51%

值得注意的是，我国各个家庭保障缺口差异显著。例如，如表 2-8 所示，按所有家庭计算的我国户均缺口规模的估值不足 2500 元，占家庭收入的比例仅为 3%，但前 5%最高缺口的家庭户均估值规模接近 5 万元，占家庭收入的比重高达 44%，这说明我国不同家庭面临的医疗支出压力差异较大。我国基本医疗保险设定了基本药品目录、基本诊疗项目目录及基本检验目录，且目录内报销比例有限，当家庭发生重大疾病冲击时，基本医疗保险的保障作用十分有限，不能完全抵消家庭的财务风险，带来较大压力。

表 2-8 户均健康保障缺口及其占家庭收入的百分比

户均健康保障缺口		前5%缺口最高的家庭的户均缺口	
元	占家庭收入的百分比	元	占家庭收入的百分比
2429.02	3%	46735.64	44%

从家庭规模来看，健康保障缺口主要来自 3 人及以下的家庭，其次为 4—7 人的家庭，随着家庭规模的扩大，健康保障缺口明显下降。家庭是最传统、最基本的社会单位，是个人应对大病冲击的重要支撑，较大规模的家庭应对风险冲击的能力较强，具有一定的韧性和缓冲作用，而人口较少的三口之家则更脆弱、更容易受到疾病风险的冲击。

从户主年龄看，保障缺口主要来自 60 岁以上的老年家庭，其次为 45—59 岁的家庭。原因在于老年家庭发生重大疾病风险和灾难性医疗支出的风险较高，

医疗支出较多，导致其健康保障缺口较大。在我国老龄化速度不断加快和医疗费用通胀的背景下，如果不采取有效措施，预计未来几年我国的健康保障缺口将进一步扩大。

表 2-9 不同特征家庭健康保障缺口

变量	分组	健康保障缺口(亿元)	百分比
家庭规模	3人及以下家庭	5180.35	52%
	4—7人家庭	4423.82	44%
	8人及以上家庭	341.94	3%
户主年龄	35岁以下	268.47	3%
	35—44	267.03	3%
	45—59	3534.11	36%
	60岁以上	5876.50	59%

值得注意的是，健康保障缺口并不等于保险机会。保险是帮助弥补保障缺口的关键工具，但在某些情况下，面临巨大保障缺口的家庭可能无力承担传统保险。这时，缺口规模不能被视为保险机会。

此外，健康保障缺口的平均规模并不代表充分应对各种医疗紧急状况所需的健康险保额。由于数据库涵盖了各种疾病，其治疗费用从几千元到几十万元不等。因此，平均医疗费用更趋于体现发病率较高、严重程度较低、且治疗费用较低的疾病，而基于医疗费用的缺口规模也就存在偏差。理想的健康险保额取决于很多重要因素，包括但不限于医疗卫生费用、医疗费用通胀、医疗条件、家族病史、财务状况、家属人数、年龄、生活方式、公共医疗设施和社会保障制度等。

第三节 中国家庭财务脆弱性现状

灾难性医疗支出衡量已经发生的医疗费用给家庭福利带来的影响，并基于此探究如何通过基本医疗保险、大病保险以及医疗救助等制度建设帮助因病致贫家庭脱贫。事实上，风险的发生具有不确定性，不同家庭应对疾病风险的能力也存在较大差异。因此，我们不仅要关注发生大病冲击的家庭如何脱贫，还要关注未受到大病冲击的家庭应对风险的能力。为此，本节基于消费者行为理论，构建灾难性卫生支出风险导致的财务脆弱性指标，衡量家庭应对重特大疾病冲击的能力，分析不同特征家庭财务脆弱性程度，并进一步研究医疗保险的保障效应，为我国医疗保险制度改革和商业健康保险等补充保险保障制度建设提供理论参考，为居民家庭财务配置提供有效建议。

一、财务脆弱性的概念

世界银行在 2000 年的《世界发展报告》¹中正式提出了家庭脆弱性(Household Vulnerability)的概念，所谓的家庭脆弱性是指家庭或个人在未来因遭遇负向风险冲击而导致家庭福利下降的可能性。Chaudhuri (2002) 将财务脆弱性应用到贫困问题的研究，将其定义为家庭未来贫困或更加贫困的可能性。财务脆弱性是基于家庭收入、资产等特征的动态变化和事前的视角，识别家庭遭遇风险冲击抵御能力，因此该指标具有一定的前瞻性。本研究的负向冲击主要是指灾难性卫生支出风险冲击；财务脆弱性或者是财务脆弱程度，是指家庭如果遭遇灾难性卫生支出风险，家庭福利下降的程度，体现了居民家庭应对灾难性卫生支出风险的能力。该指标对制定预防和抵御灾难性卫生支出风险的政策而言具有较强的针对性。

二、财务脆弱性指标体系构建

(一) 财务脆弱性指标的定义

利用期望效用理论中的确定性等价效用分析方法研究医疗支出风险微观家庭的福利变动效应，我们设灾难性医疗支出风险为 S ，医疗保险保障水平为 I ，

¹ World Bank: World Development Report 2000: Attacking Poverty, Oxford University Press, 2000

因此无保险时灾难性卫生支出风险导致的家庭福利变动的财务脆弱性指标可以定义为：

$$V_h \triangleq U_h(C_h) - E[U_h(C_{hs})] \quad (2-11)$$

有医疗保险时灾难性卫生支出风险导致的家庭福利变动的财务脆弱性指标可以定义为：

$$V_h = U_h(C_h) - E[U_h(C_{hSI})] \quad (2-12)$$

其中，其中 V_h 为家庭财务脆弱性指标，当 $V_h > 0$ 时，即家庭财务为脆弱（杨文等，2012）。该指标不仅能反映灾难性卫生支出风险冲击对家庭消费的影响，也能有效度量家庭应对大病风险的能力。 C_h 为家庭在没有任何风险时家庭的消费水平， C_{hs} 为家庭 h 发生灾难性卫生支出时家庭人均消费水平。 C_{hSI} 为发生灾难性卫生支出家庭医疗保险报销后人均消费水平。

显然，家庭灾难性卫生支出风险与家庭成员的收入水平与家庭资产水平密切相关，当家庭发生灾难性卫生支出时，家庭的医疗费用支出以外的消费水平必然会受到较大影响。为了更好的测算家庭财务脆弱性，本部分构建家庭消费与家庭收入、资产的关系，深入研究医疗支出风险的影响效应。本报告考察家庭在发生灾难性卫生支出时对于家庭消费的影响。假设家庭总收入为 Y_h ，发生灾难性卫生支出时大病医疗费用支出为 M_{che} ，总资产为 A_h ，所以家庭人均消费存在以下三种情形：

没有灾难性卫生支出风险时的消费：

$$C_h = \eta_h \frac{Y_h + A_h}{N^\beta} \quad (2-13)$$

发生灾难性卫生支出风险时的消费：

$$C_{hs} = \eta_h \frac{Y_h + A_h - M_{che}}{N^\beta} \quad (2-14)$$

发生灾难性卫生支出，医疗保险保障后的消费：

$$C_{hSI} = \eta_h \frac{Y_h + A_h - M_{che} + ins * M_{che}}{N^\beta} \quad (2-15)$$

其中 N 表示家庭规模， β 为家庭规模效应因子， η_h 表示消费率，即家庭消费占家庭财富的比重， ins 为家庭医疗保险保障水平。此外，假设家庭发生灾难性卫生支出的可能性为 F 。则没有发生灾难性卫生支出时家庭的效用为是：

$$U_h(C_h) = u(C_h) \quad (2-16)$$

效用函数 $u(\cdot)$ 选取杨文等（2012）和张冀等（2016）类似的设定形式，即：

$$u(x) = \frac{x^{1-r}}{1-r} \quad (2-17)$$

假定家庭为风险厌恶型， r 反映家庭的风险厌恶程度，目前关于取值并不一致，通常规定 $r > 1$ 。

因此，当发生灾难性卫生支出且无医疗保险保障时家庭人均消费的期望效用为：

$$EU_h(C_{hs}) = (1-P) * u(C_h) + p * u(C_{hs}) \quad (2-18)$$

当发生灾难性卫生支出且有医疗保险保障时家庭人均消费的期望效用为：

$$EU_h(C_{hst}) = (1-P) * u(C_h) + p * u(C_{hst}) \quad (2-19)$$

将公式（2-13）-（2-19）带入公式（2-11）（2-12）可分别计算不同情形下家庭财务脆弱性指标 V_h 的值。

（二）确定性等值

为了进一步研究医疗保险的保障效应，需要定义财务脆弱性的相对指标。由于采用上述计算方法是通过计算效用值直接测算财务脆弱性，而效用值的大小只能进行排序而无法直接比较数值，因此通过上述方法只能判断财务脆弱性的类型，即是否脆弱，而对于脆弱程度无法直接做出判断。因此本文中参考杨文等（2012）和张冀等（2016）对家庭经济脆弱性研究中选用的确定性等值方法对家庭消费的效用值进行转化。在具体的计算过程中，采用该方法能够将财务脆弱程度转化为 $[0, 1]$ 之间的取值范围，以便于缩小脆弱性的取值范围，同时又不会对财务脆弱的类型产生影响。¹具体设定如下：

$$U(CE_s) = EU_h(C_{hs}) \quad (2-20)$$

$$v_{hs} = \frac{C_h - CE_s}{C_h} \quad (2-21)$$

$$U(CE_{st}) = E[U_h(C_{hst})] \quad (2-22)$$

¹ 确定性等值是一个完全确定的消费值，在此消费水平上所对应的效用水平等于不确定条件下期望的效用水平，该方法对财务脆弱性类型并不产生影响。具体算法详见《微观经济学十八讲》平新乔 [M]: 59-65

$$v_{hSI} = \frac{C_h - CE_{SI}}{C_h} \quad (2-23)$$

CE_S 为效用期望的财富等值，即考虑灾难性卫生支出风险发生的可能性时，期望效用的确定性等值。 v_{hS} 和 v_{hSI} 分别为无医疗保险保障和有医疗保险保障两种情形下，灾难性卫生支出风险导致的家庭财务脆弱性程度。

三、中国家庭经济脆弱性现状

(一) 中国家庭经济脆弱性整体分布

表 2-10 反映了我国居民家庭由于灾难性卫生支出风险导致的财务脆弱性情况。结果显示，我国居民家庭抵御灾难性卫生支出风险的能力普遍较弱，遭遇灾难性卫生支出风险冲击会引发财务脆弱性的家庭占比达到 82.97%，我国居民家庭财务脆弱性程度平均为 0.107，且城乡差异不明显。医疗保险保障后财务脆弱的家庭占比为 81.25%，与保障前测算的结果略微下降，但脆弱程度下降到 0.0452，下降了 57.76%。结果说明，目前我国基本医疗保险保障水平无法完全化解家庭面临医疗支出风险，但可以较好的抵御医疗支出风险，降低灾难性卫生支出风险导致的经济负担。

表 2-10 家庭经济脆弱性程度

	总体(亿元)	城市	农村
基本医保报销前	0.107	0.0855	0.128
基本医保报销后	0.0452	0.0356	0.0546

表 2-11 家庭经济脆弱性总体分布

	家庭经济脆弱性情况	总体(亿元)	城市	农村
基本医保报销前	脆弱家庭	82.97%	84.95%	81.03%
	不脆弱家庭	17.03%	15.05%	18.97%
基本医保报销后	脆弱家庭	81.25%	82.26%	80.26%
	不脆弱家庭	18.75%	17.74%	19.74%

（二）不同收入家庭财务脆弱性特征

从收入水平的角度进一步分析我国家庭经济脆弱性情况进行分析。首先，从家庭人均收入水平来看，不同收入阶层医疗支出风险导致的家庭经济脆弱性均很严重，但随着收入水平的提高，经济脆弱程度逐渐降低，尤其是对于中高收入家庭，其经济脆弱性程度显然低于中低收入阶层，说明财富可以有效抵抗医疗支出风险，降低发生灾难性支出风险的可能性。考虑到对于低收入贫困家庭，其发生灾难性卫生支出时，政府可以通过医疗救助等措施发挥托底保障功能；但对于中低收入阶层，一方面其收入水平未达到享受国家相关扶贫政策水平，医疗支出风险只能通过保险、储蓄等机制进行缓解，对商业医疗保险的补充保障机制需求最大，但商业医疗保险等保障机制覆盖范围较小；另一方面中低收入阶层在就业、住房、教育、医疗等方面面临较大压力，其贫困存在一定的隐蔽性，当发生灾难性卫生支出时其财务风险更为严重。其次，并非所有的低收入家庭都是经济脆弱性家庭，且非贫困家庭在未来也有较大可能因病而陷入贫困，但随着收入水平的上升，其发生财务脆弱性的可能性逐渐降低。

表 2-12 不同收入家庭财务脆弱性程度

家庭经济脆弱性程度	基本医保报销前	基本医疗保险报销后	医疗保险的保障效应
总体	0.107	0.0452	0.0618
低收入	0.2433	0.1391	0.1042
中低收入	0.1016	0.0316	0.07
中等收入	0.0561	0.0122	0.0439
中高收入	0.0482	0.0133	0.0349
高收入	0.0737	0.0225	0.0512

（三）不同保险保障水平的家庭财务脆弱程度分析

医疗保险在家庭资产投资决策中会起到一定的作用，医疗保险保障水平的差异会导致家庭在资产配置上的不同（孙丛海，2014）。因此，本文选取家庭的社会医疗保险保障水平，来研究其对家庭财务的影响效应。具体指标如下：

$$Health_insur_h = \frac{insur_worker_h}{familysize_h} * w_h + \frac{insur_people_h}{familysize_h} * p_h \quad (2-24)$$

其中， $insur_worker_h$ 为城镇职工家庭参保人数； $insur_people_h$ 为居民医保参保人数； $familysize_h$ 为家庭总人口数； w_h 为城镇职工医保住院实际报销比例， p_h 为居民医保住院实际报销比¹， $Health_insur_h$ 为家庭基本医疗保险的保障水平。

2016 年 CFPS 数据显示，我国基本医疗保险家庭平均参保率为 53.6%，中位数为 50%，其中家庭成员完全参保的家庭占比 21.36%，说明 78.64% 的家庭未实现基本医疗保险完全保障。从实际保障水平来看，我国基本医疗保险设定了基本药品目录、基本诊疗项目目录及基本检验目录，且目录内报销比例并非 100%，因此当家庭面临疾病冲击时，基本医疗保险仅能使得家庭得到部分补偿，而不能完全抵消家庭财务风险。此外，随着医疗保险保障水平的提高，一方面通过降低个人自付医疗费用支出，缓解医疗支出风险带来的家庭经济脆弱性；另一方面，医疗保险会一定程度上释放患者的医疗服务需求，从而促使家庭消费更多的医疗服务。统计结果显示，医疗保险与家庭经济脆弱性之间的关系无法确定，因此需要进一步进行验证。

表 2-13 不同保险保障水平的家庭经济脆弱性程度

保障水平	基本医保报销前	基本医疗保险报销后	医疗保险的保障效应
0~0.25	0.2278	0.2197	0.0081
0.25~0.5	0.0840	0.0367	0.0473
0.5~0.75	0.1061	0.0336	0.0073
0.75以上	0.0475	0.0020	0.0455

（四）不同特征家庭财务脆弱程度分析

从家庭规模来看，不同规模家庭财务脆弱性程度不同，3 人及以下规模的家庭财务脆弱程度高于 3 人以上家庭，但医疗保险对于财务脆弱程度的保障效应也相对较高。这说明，一方面对于规模较小的家庭，一旦父母或子女发生疾病会严

¹ 本文的实际住院报销数据来自于 2010-2016 年《全国生育医疗保险运行报告》各省的数据。

重影响家庭的消费；另一方面，医疗保险对于规模较小的家庭的保障效应也相对较高，可以较好的抵御医疗支出风险。这表明在家庭规模角度，我国的医疗保险与保障需求存在较好的平衡。

从老年人数角度来看，有老年人的家庭灾难性卫生支出风险导致的财务脆弱性程度要高于无老年人家庭，但医疗保险对于财务脆弱性程度的改善差异不明显。

从户主年龄来看，户主年龄在 60 岁以上的家庭经济脆弱性程度最高，其次为 35 岁以下的青年家庭经济脆弱程度最高，原因在于老年家庭发生灾难性卫生支出的风险以及重特大疾病的可能性均较高，而青年家庭抵御经济风险冲击的能力相对较低，从而导致两个年龄组的财务脆弱性较高。

表 2-14 不同特征家庭财务脆弱性程度

变量	分组	基本医保报销前	基本医保报销后	医疗保险的保障效应
家庭规模	3人及以下家庭	0.1597	0.0743	0.0854
	3人以上家庭	0.0504	0.0140	0.0364
老年人数	0人	0.0881	0.0319	0.0562
	1人	0.1512	0.0794	0.0718
	2人及以上	0.1191	0.0504	0.0687
户主年龄	35以下	0.1273	0.0508	0.0765
	35-44	0.0554	0.0156	0.0398
	45-59	0.0706	0.0234	0.0472
	60以上	0.1749	0.0893	0.0856

第三章 商业健康保险市场分析

第一节 健康险市场规模分析

2019年上半年，产险业务原保险保费收入5893亿元，同比增长8.29%；寿险业务原保险保费收入15026亿元，同比增长12.45%；健康险业务原保险保费收入3976亿元，同比大幅增长32%；意外险业务原保险保费收入642亿元，同比增长17.43%。在保险姓保的大背景下，人身险保费规模增长回归理性，其中寿险，健康险，意外险业务较去年同比均有所增长，但健康险逆势增长，同比增长达到了30%以上，2019年健康险保费市场预测目标在8000亿-9000亿左右，至2022年可达11500亿的规模。

单位：亿元

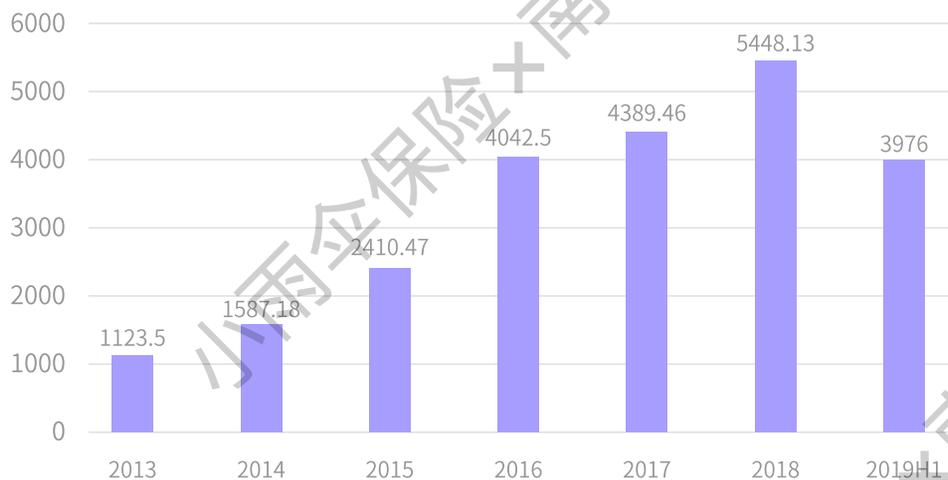


图 3-1 2013-2019 上半年商业健康险保费规模（单位：亿元）

自2013年以来，健康险保费便开始快速增长，持续保持在各险类增速第一，即使在整个2018年，人身险保费收缩的情况下，依然保持较高的增长速度。直到今年上半年止，依然逆势增长。而在商业健康保险的密度与深度方面，2017年，我国商业健康保险原保费收入占GDP比重，即健康保险深度为0.53%，与上年度基本持平，比2009年增长0.37个百分点，见图3-2。2017年度健康保险密度为315.8元，比上年度增加23.4元，增长8%；比2009年增加272.8元，

年均增长率为 28.3%。见图 3-3。

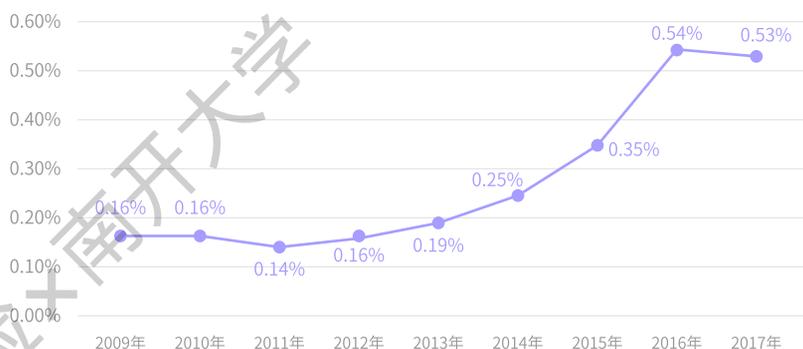


图 3-2 2009-2017 年我国商业健康保险深度

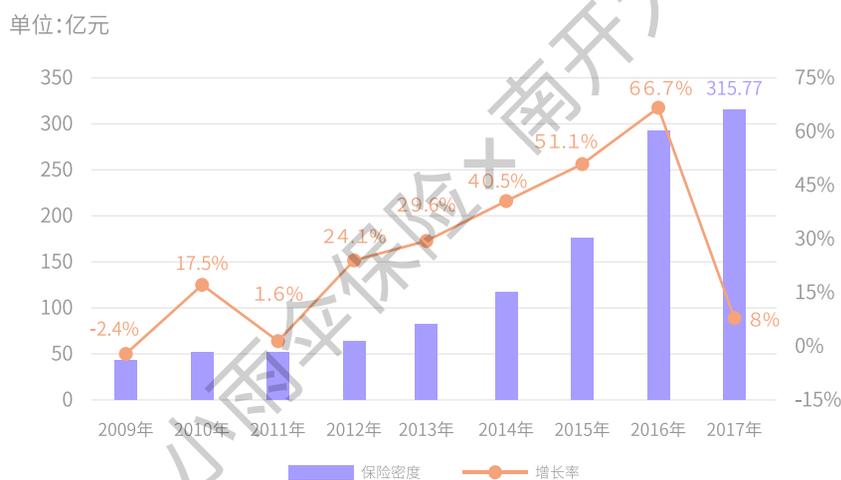


图 3-3 2009-2017 年我国商业健康保险密度及增长率

近三年来，互联网健康保险业务得以迅猛发展。2018 年互联网健康保险业务持续高速增长，在互联网人身保险中的比重首次突破至 10.3%。

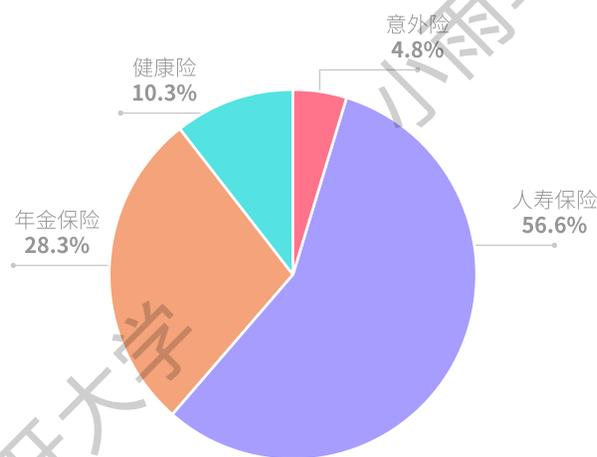


图 3-4 2018 年互联网人身保险保费收入结构



图 3-5 互联网健康保险发展趋势

2018 年，互联网健康保险累计实现规模保费收入 122.9 亿元，同比增长 108.3%，其中，费用报销型医疗保险仍是受市场欢迎的主力险种，全年累计实现规模保费 64 亿元，同比增长 133.3%，占互联网健康保险总规模保费的 52.1%；重大疾病保险实现规模保费 33.9 亿元，同比增长 68.7%，占互联网健康保险总规模保费的 27.6%。

第二节 产品发展趋势

一、产品数量迅速增长

截止 2018 年 8 月，全行业共有 4053 款非税优健康险在售，30 款税优健康险在售。其中，疾病保险与医疗保险是主要险种，护理保险和失能收入损失保险数量较少。

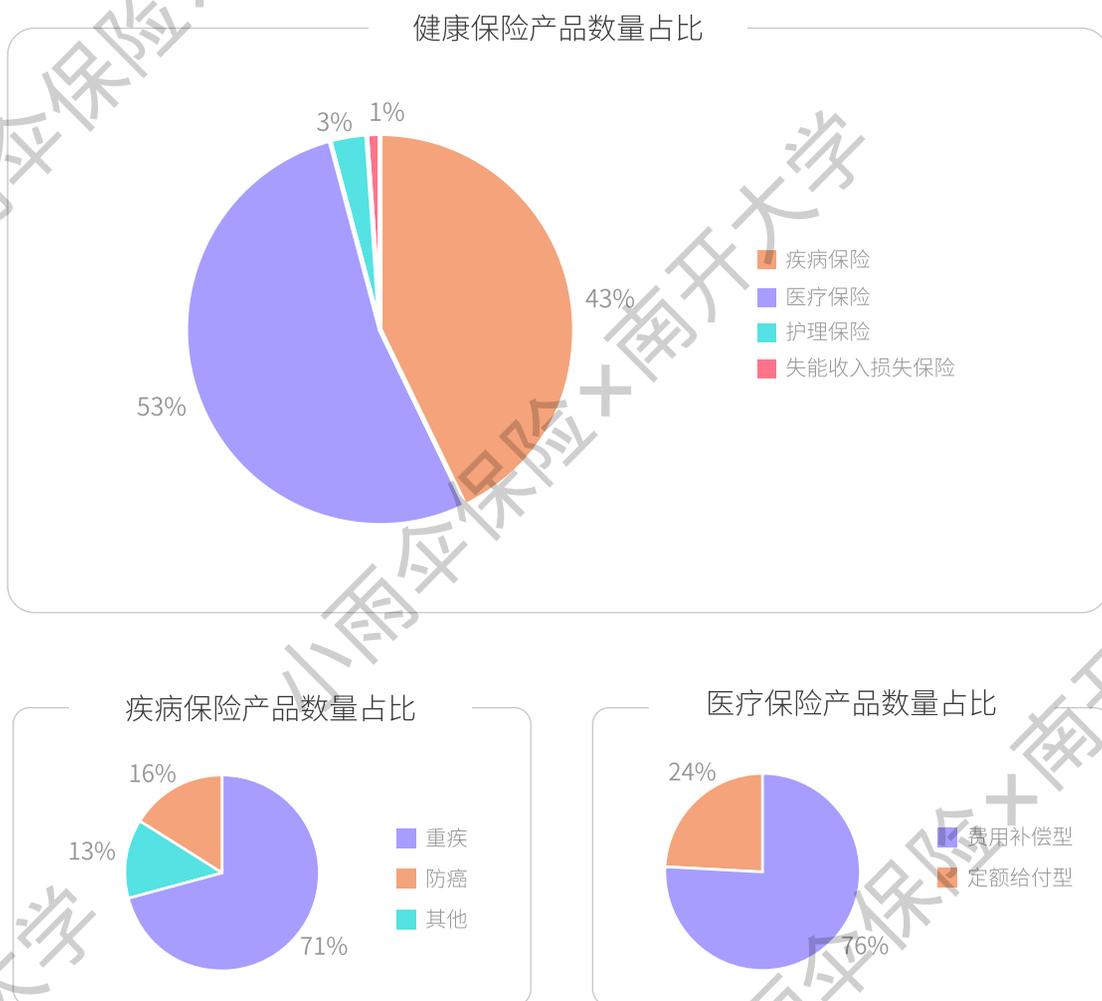


图 3-6 互联网健康保险发展趋势

二、创新比较活跃，形态日益丰富

随着消费者新需求的出现，保险产品也顺应出现了创新的产品形态：

表 3-1 保险产品形态创新

医疗保险	疾病保险	护理保险	失能保险
<p>1.以住院医疗、住院津贴为主</p> <p>2.新型中高端医疗保险近年登场：保障范围广(突破社保目录)、年度保额较高(达到百万以上)、免赔额较高(5000元-3万)、续保年龄高(达到90或100岁)等</p>	<p>1.近年来“扩展疾病种类”来升级已有的重疾产品</p> <p>2.越来越多的重疾产品都加入了轻症责任，并且从原先的提前给付轻症向独立保额轻症责任过渡，轻症种类也逐步扩大至50种左右</p> <p>3.市场上也出现了“疾病分组”多次给付等形态复杂的重疾产品</p> <p>4.同时，针对特定人群的疾病保险产品，如糖尿病患者疾病产品、老年防癌产品等也备受客户青睐</p>	<p>1.主要以附加传统险或万能主险的形态存在。</p> <p>2.护理状态的界定以丧失责任设置的生活能力为主，保险责任一般比较简单</p> <p>3.护理保险金全部为定额给付，分为一次性给付或一定期限内分期给付，其中一次性给付占绝大部分。</p>	<p>1.保障范围有限，主要的产品形式有失能豁免保险、工伤失能、意外失能等。</p>

表 3-2 主要老年人保险责任

	老年意外保险责任	老年骨折保险责任	老年防癌保险责任
投保人群	老年人,一些保险公司放宽投保规则,三高、糖尿病人群也可投保		
产品类型	意外险	意外险、医疗险	疾病险、医疗险
保险期间	1年	1年	1年或5/10/20年
保险责任	意外身故、伤残、烧烫伤、航空意外、交通意外、医疗意外	骨折	恶性肿瘤保险金、住院医疗、特殊门诊、住院前30后30天门诊、医疗

表 3-3 主要糖尿病保险

产品公司	大特保	泰康	老年防癌保险责任
投保人群	2型糖尿病患者		
产品类型	医疗保险	医疗保险	疾病保险
保险期间	1年	1年	终身
保障范围	糖尿病并发症:脑中风后遗症、终末期肾病、截肢、失明		同左述,并含有寿险责任
保额	10万	10-30万	5-15万
增值服务	公立三甲医院全年不限次数问诊	血糖仪	无

三、健康管理开始与健康保险结合

近年来,一些保险公司开始将健康激励、健康管理与保险产品相结合。这样不仅能降低健康保险赔付率,还能更有效地提升国民健康意识和水平。

表 3-4 健康激励、健康管理与保险相结合

将健康激励、健康管理与保险产品相结合	与相关医疗机构开展合作
<p>▶ 平安健康推出的“健行天下”健康促进计划,通过对健康行为和健康饮食的干预,鼓励客户持续改善健康并可享受奖励;</p> <p>泰康人寿推出的甜蜜人生特定疾病保险,在为糖尿病患者提供保险保障的同时,通过智能血糖仪及配套的APP血糖管理服务平台,随时监测病人血糖波动,进行药物干预、饮食干预,协助客户做好慢性病管理。</p>	<p>▶ 如人保健康险公司与北京肿瘤医院合作开发防癌管家保险保障计划,对于客户在该医院发生的合理且必须的癌症治疗相关的医疗费用,直接由保险公司与医院进行结算,还提供北京大学肿瘤医院门诊挂号、住院、手术预约等就医绿色通道服务。</p> <p>太保安联健康险公司联合太平洋寿险开发的“质重优享”防癌产品,首次将质子重离子治疗纳入保障范围,与上海市质子重离子医院和复旦大学附属肿瘤医院特需部签订直付协议,被保险人可以在两家医院享受零现金直付就诊服务。在同时解决高额治疗费用和“就医难”的基础上,对接顶级肿瘤治疗技术,从而为被保险人提供一套全方位的癌症保障解决方案。</p>

四、产品与科技加强融合

在大数据时代下,保险科技得到蓬勃发展。在人工智能、区块链等程序应用下,保险产品得以与保险科技更高效地结合。例如:

支付宝联合人保健康、微信联合泰康在线分别推出“好医保”、“微医保”,运用大数据技术实现风险管控。

平安医保科技”云享 e 通“智慧商保服务解决方案,利用 AI 智能科技,以商保医院联网平台为基础,远程调阅平台为核心,以线下共享平台为补充,打造“线上+线下+AI”三位一体的服务网络。未来,通过“云享 e 通”区块链技术认证的当地医院员工,将能第一时间代表保险公司慰问关怀客户、协助收集材料、陪诊和垫付诊金,保险运营服务从此不再受人力成本和地域的限制。

太保打造的业内首个人工智能保险顾问“阿尔法保险”，产品使用大数据分析和机器学习算法，融合保险、精算专家团队经验，通过基本信息、家庭结构、收入支出、资产负债、社保福利、生活习惯等六组问题，为客户测算家庭风险防御能力指数，量身定做家庭理想保险保障建议。

第三节 商业健康险市场面临的问题与挑战

一、供需结构不匹配

供需结构不匹配，首先体现于险种类别失衡严重。目前商业健康保险产品中，疾病险和医疗险占比大、护理险和失能险份额过低，不适于我国日益严重的老龄化问题。其次，保险产品同质化严重，即产品险种设计上缺少个性化、多样化、定制化，各公司产品相似度较高，条款大同小异。再次，市场细分能力不足，产品针对性弱，如针对癌症、慢性病高发的健康保险产品不足、纯健康保障产品不足、一个产品全国通用等问题的存在。

二、产品形态滞后于社会进步

随着医疗技术水平的进步，重大疾病检出率大幅度提高，这就导致某些重疾发生率逐渐超出原本重疾保险产品的定价假设，导致保险存在亏损风险。同时，不同病种的实际费用成本存在巨大差异，而许多保险产品仍对不同病种统一保额，未能与实际费用有效匹配。其次，保险公司无有效的长期调费机制，与再保公司的非保证费率机制存在矛盾。再次，各地医保政策变化频繁，保险公司缺乏对医保政策变化的前瞻性研究，导致推出的新产品未能有效对社会保险形成补充作用。

三、商业健康保险运营成本高

健康险产品形态的特征决定它的成本受多重因素影响，既包括客观的发生率和理赔成本，更包括客户、销售人员的行为变化，医疗手段、社会保障体系的变更和医疗、法律等其它相关行业对保险的认识理解程度等。由于带病投保的逆选择行为成本较低，对实际理赔结果影响较大，健康险对风控人员的专业程度和系统的要求更高，人力和运营成本较高。

四、产品开发定价基础数据缺乏

首先，商业健康险产品定价基础不足。重疾基础数据不稳定、变化快；不同地区、不同人群差别很大；缺乏细分病种发生率。同时，医疗基础数据垄断封闭，保险公司无从获得。护理险和失能险数据更是十分缺乏。其次，数据共享难、标准不统一。各家公立医院与保险公司在系统层面的对接意愿不强，信息不对称性高。存在数据定义、数据格式等方面的差异，数据整合费时费力。

第四节 健康险产品经营优化建议

一、从保障本源上推动商业健康保险发展

我国目前的商业健康险的发展，与英美日国家的发展水平相比，尚有巨大提升空间。为进一步推动商业健康保险的发展，保险行业必须加深对消费者健康保险需要、支付意愿、产品偏好等多方面的研究，探索是哪些因素阻碍了主观意识向客观购买力的转化。

二、加强个性化产品设计

健康保险经营者应深入分析客户可保利益及需求缺口，同时借鉴国际经验，在现有产品形态基础上优化、升级，以可负担的成本为有健康保险需求的社会各阶层和群体提供保障功能更丰富、更多元化的个性产品。例如，按不同疾病的严重程度和治疗费用确定给付金额、探索突破已知疾病清单、重疾保险回购条款、特需医疗保险等，推动产品形态创新。

三、提升健康管理服务能力

健康的生活方式有助于降低疾病发生率，不良生活方式是罹患慢性疾病的主要原因。将健康管理与保险产品有机结合，有利于改善保险人群生活质量，降低保险公司经营成本，促进健康管理服务专业化发展。因此，保险公司应加快培育优质医疗资源的能力，需要铺陈直达医师、专家等相关专业人员的渠道。保险公司可通过战略投资布局或与第三方合作的方式实现提供的专业健康服务质量的

提升，以及品种的丰富，以此提升行业竞争力。

但同时，健康管理体的建立是一个逐步完善的过程。保险公司还可以采取一些有利于激励被保险人改善生活方式的产品设计，加强被保险人进行自我管理的动机。例如，鼓励运动、加入无赔款优待条款等。

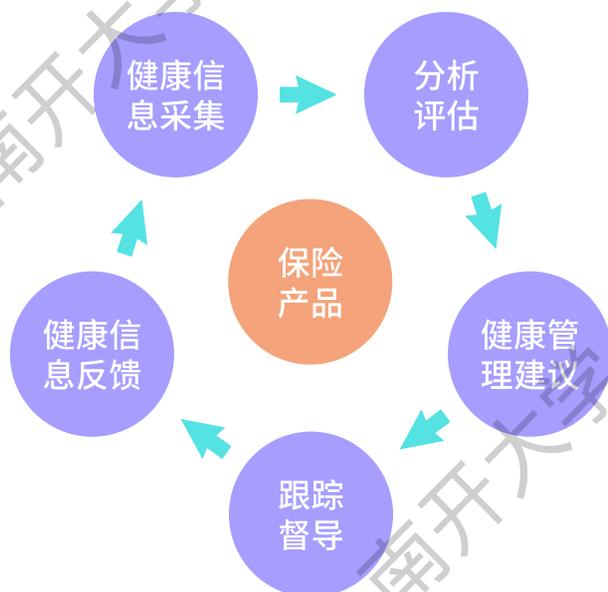


图 3-7 健康管理服务能力

四、建立有利于健康保险产品创新的内部环境

完善内部产品开发流程：保险公司应完善现有产品开发流程，在深入分析客户需求的基础上，全面分析预判创新产品对于公司 IT 系统、核保理赔管理、精算评估、资本需求、资产负债匹配等各方面的影响，加强产品跟踪与反馈工作。

重视人才与科技能力建设：一方面加强内部人才培养，鼓励创新学习氛围，另一方面适当引入外部同业或跨界专业人才，保持活力和成长动力。重视科技能力，加强对大数据基础架构的投入和数据分析能力建设。

第四章 互联网健康险保障指数测算

互联网健康险保障指数是衡量互联网健康险对个人的健康保障水平的指标体系及其量化结果。本章通过指标和指数的形式分析个人的健康保障情况，找出短板和不足，明确发展方向，为个人和家庭健康保障水平的提高以及互联网健康险行业接下来的发展提供理论和技术支持。

第一节 研究互联网健康险保障指数的意义

国民健康幸福是社会经济稳定与发展的基础，也是国家与政府的重要关切和发展目标。随着互联网技术的快速发展，保险的营销形态发生了变化，越来越多的健康保险产品通过互联网平台销售给客户。商业健康保险是我国多层次健康保障体系的重要组成部分，是基本医保的重要补充。在“健康中国”的大背景下，包括社会保障在内的各项事业进入到深入发展的历史时期，研究“互联网健康险保障指数”具有重要的意义。

首先，这是完善我国多层次社会保障体系的客观需要。十九大报告指出，“按照兜底线、织密网、建机制的要求，全面建成覆盖全民、城乡统筹、权责清晰、保障适度、可持续的多层次社会保障体系。”医疗保障制度作为社会保障体系的重要构成与核心环节，是构建多层次社会保障体系的重点内容，是提高全体国民身体素质和健康水平的重要保障。健全以基本医疗保障为主体、其他多种形式补充保险和商业健康保险为补充的多层次医疗保障体系，是实现我国“健康中国”战略的主要途径和核心环节。商业健康保险在其中的作用不可忽视，依托互联网技术迅猛发展起来的互联网健康险值得我们关注和研究。

第二，这是满足人民群众日益增长的美好生活需要的迫切要求。十九大报告指出，我国社会的主要矛盾已经转化为人民日益增长的美好生活需要和不平衡不充分的发展之间的矛盾。目前，我国已经实现基本医疗保险全覆盖，建立起世界上覆盖人口最多的基本医疗保险体系，取得了举世瞩目的成绩。但是，基本医疗保险的保障水平较低、报销比例有限，不能完全满足人民群众对身体健康和生活质量的追求。商业健康保险充分发挥市场机制，可以满足更高水平、多样化的保

障需求，是基本医疗保险的重要补充，对提高个人和家庭应对疾病风险冲击的能力、提高医疗和健康保障水平具有重要意义。通过研究制定科学的评价指标和指数体系，量化考察居民个人的健康保障情况，找出差距和原因，明确完善的方向。

第三，这是促进互联网健康险行业发展的需要。长期以来，保险公司和消费者之间存在着信息不对称。一方面，消费者对保险产品的作用和功能认识有限；另一方面，保险公司开发的产品不能有效满足消费者的需要和诉求，这限制了行业的健康发展。互联网健康险保障指数可以帮助消费者个人了解自身的健康保障水平，提高保障意识和保险意识，也可以帮助保险公司深入了解客户的保障现状和产品诉求，从而开发出更贴近客户需求的保险产品，切实发挥好商业保险的重要补充作用，从而实现行业的健康、可持续发展。

第二节 保障指数的评价体系设计

一、评价对象界定和评价标准设计

互联网健康险保障指数是评价互联网健康险对个人健康保障程度的技术工具，因此，在编制互联网健康险保障指数之前，首先要明确该指数的评价对象——互联网健康保险的保障情况。

评价互联网健康险保障情况有多种纬度，本报告将通过以下三个纬度进行评价：一是保障水平纬度，评价个人的保障“水平高低”情况；二是保障结构纬度，评价保障的协调情况与结构合理性；三是发展趋势纬度，评价健康保障发展趋势的“向好度”与“正常度”情况。

根据互联网健康险的保障水平、保障结构、发展趋势等三个评价纬度，设计相应的评价标准，由此形成评价标准体系。保障水平的评价标准有“保障度”和“持续性”；保障结构的评价标准有：基本医保和商业健康保险的“协调度”、家庭成员保障结构的“合理度”；发展趋势的评价标准有：发展趋势的“向好度”和保险消费的“正常度”。根据以上评价标准，互联网健康险保障指数指标体系设计如图 4-1 所示：

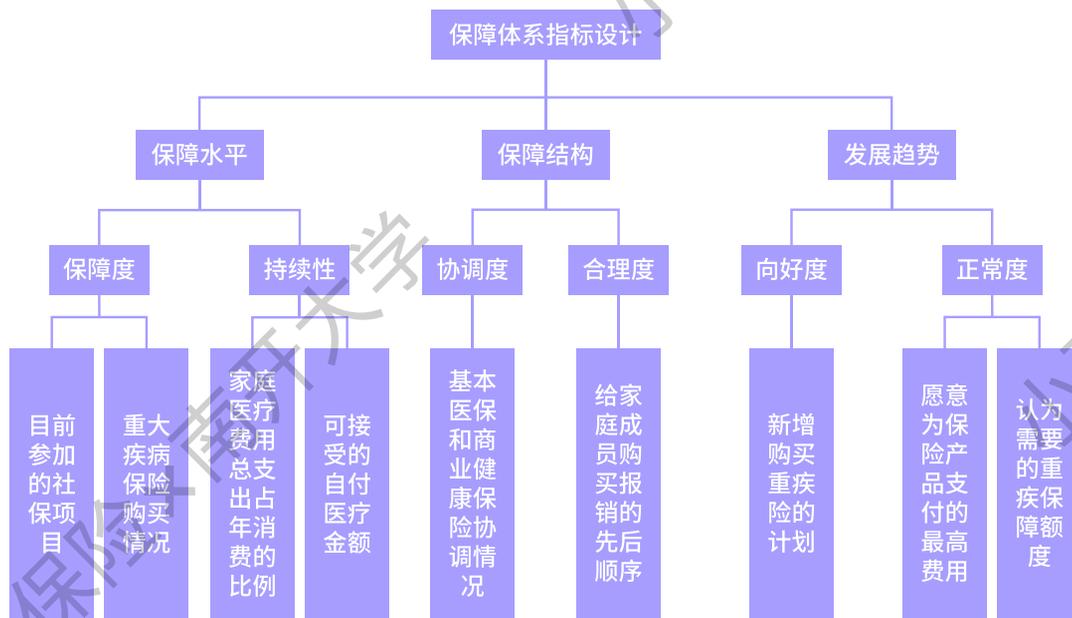


图 4-1 互联网健康险保障指标体系

二、评价方法——无量纲化方法设计

根据以上的初步分析，需要统计的二级指标有 3 个、三级指标 6 个、四级指标 9 个。本指数体系涉及到多种性质、不同类型的指标，各类指标的数量区间和性质亦有所不同，故需要进行无量纲化处理，以实现各指标之间具有可比性。

以保障水平的指标为例，一般认为可接受的自付医疗金额越高，应对疾病风险冲击的能力越强，即指标数值越大越好，这是正向指标；家庭医疗费用支出占家庭年消费的比例越小，家庭发生灾难性卫生支出的风险越小，这是负向指标；购买重大疾病保险有“购买”和“未购买”两种情况，这是一个选择指标。另外，在发展趋势指标中，愿意为保险产品支付的最高费用是一个适度指标，一般认为保费支出占家庭年收入的 10% 较为合理；需要的重疾险保障额度是一个区间指标，在家庭年收入的 15—20 倍范围内较为合适。

综上所述，本体系中正向指标有：可接受的自付医疗金额；负向指标有：家庭医疗费用支出占年消费的比例；选择指标有：目前参加的社保项目、重大疾病保险购买情况、基本医保和商业健康保险的协调情况、给家庭成员购买保险的先后顺序、新增购买重疾险计划；适度指标有：愿意为保险产品支付的最高费用；

区间指标有：需要的重疾保障额度。

鉴于数据结构，本报告采用打分的方法，对于正向指标，数值越高得分越高；负向指标，数值越低得分越高；适度指标，数值稳定在最佳值上得分最高；区间指标，数据越接近最优区间内得分越高；对于选择指标，根据具体情况，有利于提高个人保障水平的选项得分最高。

基于以上分析，依据指标权重原理，汇总得到个人保障情况的最终得分，实现不同个体之间保障情况的量化展示，从而进一步深入分析不同群体的保障情况和互联网健康保险整体的保障情况。具体指标权重如表 4-1 所示。

表 4-1 指标体系权重

一级指标	二级指标	三级指标	四级指标	权重
互联网健康险保障指数	保障水平	保障度	参加的社保项目	0.08
			重疾险购买情况	0.08
		持续性	家庭医疗费用支出占年消费的比例	0.08
			可接受的自付医疗金额	0.09
	保障结构	协调度	基本医保和商业健康险协调情况	0.17
		合理度	为家庭成员购买保险的顺序	0.17
		向好度	新增购买重疾险计划	0.17
	发展趋势	正常度	愿意为保险产品支付的最高费用	0.08
			认为需要的重疾保障额度	0.08

第三节 小雨伞客户群互联网健康险保障指数测算

按照上一节的保障指数评价体系设计，我们对问卷中每位受访者的问卷指标结果进行打分，每位受访者得分在 0 到 1 之间分布。

本次调查共收回有效问卷 2159 份，保障得分均值为 0.6254。从保障得分统计中可以得出以下结论：

总体上，客户人群整体得分近似呈正态分布，最高分(0.92)与最低分(0.076)

之间差距较大，说明某些个体与个体间保障程度有显著差异，这种差异是综合保障水平、保障结构及发展趋势三类指标形成的。见表 4-2。

表 4-2 总体保障得分

总体得分情况	均值	0.6254
	最大值	0.9200
	最小值	0.0760
	方差	0.0173

从性别划分得分来看，问卷受访者中女性得分均值略高于男性。其中，女性得分中的合理度、向好度的单项得分普遍要高于男性，说明女性在保障需求的观念上整体向好。当然，若改变上述两项指标的权重，可能会得到不同的结论。

从年龄段划分得分来看，问卷受访者中 36-40 岁年龄段为保障水平最优区间。一般来讲，此年龄区间多为家庭主要劳动力，主要劳动力保障水平高，则家庭抗风险能力更强，这个结果是比较令人欣慰的。保障水平得分次高区间为 31-35 岁、41-50 岁，均可认为是主要劳动力年龄区间。但仍应看到，较老年龄者（50 岁以上）、青少年（18 岁以下）保障水平还有待提升，这也可以作为下一步商业健康保险发展的对象人群。具体见表 4-3。

表 4-3 性别、年龄划分保障得分排序

性别划分平均分排序	女	0.6278
	男	0.6183
年龄段划分平均分排序	36-40岁	0.6394
	31-35岁	0.6377
	41-50岁	0.6335
	26-30岁	0.6174
	50岁以上	0.5714
	18-25岁	0.5453
	18岁以下	0.4555

从学历划分得分来看，问卷受访者的平均分完全依照学历正向相关，即学历越高，平均分越高。我们认为，学历和收入也是正向关系，这印证了保障水平和收入存在一定的正向关系。见表 4-4。

表 4-4 学历划分保障得分排序

学历划分平均分排序	研究生及以上	0.6490
	大学本科	0.6342
	大学专科	0.6083
	高中、中专或技校	0.5938
	初中及以下	0.5591

从婚姻状况划分得分来看，问卷受访者中单身有孩子的人群保障水平较高，这是希望看到的结果。这部分群体在生活中更需要保障，家庭灾难性医疗支出发生概率较高，因为主要劳动力只有一位，和双劳动力家庭的保障能力尚存在差距。但结果显示这部分群体保障水平向好，也有可能是反向因果关系导致，即正因为这种家庭状况，所以在互联网保险平台上选择更多的保险产品，以获得较高的保障。见表 4-5。

表 4-5 婚姻状况划分保障得分排序

婚姻状况划分平均分排序	单身有孩子	0.6485
	已婚无孩子	0.6387
	已婚有孩子	0.6292
	未婚	0.5809
	单身无孩子	0.5574

从职业类型划分得分来看，问卷受访者中，外企类职业者保障水平最高，高于机关事业单位群体，民企保障水平要高于国企，但上述四类的得分相差不大。值得注意的是，务农类型职业保障水平最低，平均分为 0.4912，远低于总体平均分和其他职业平均分。这也可以是商业健康保险下一步的重点保障的对象。虽然我国社会医疗保险已经实现制度性全覆盖，城乡医疗保险整合也不断完善，但农村地区的保障程度相较城镇居民依然存在差距。除了政府政策性倾斜外，商业保险更应发挥其补充功能。见表 4-6。

表 4-6 职业类型划分保障得分排序

职业类型划分平均分排序	外企	0.6494
	机关事业单位	0.6437
	民企	0.6352
	国企	0.6303
	个体经营者	0.6203
	退休	0.6110
	其他	0.5911
	务农	0.4911

经过统计检验，在等权重指标体系下，年龄、学历、婚姻状况、职业类型的不同导致保障得分的差异均具有显著性，不同性别人群间的保障得分差异未通过显著性检验 ($\alpha = 0.1$)。这说明年龄、学历、婚姻状况、职业类型对保障情况具有显著性影响，而不同性别人群的保障情况差异不大。

此外，我们根据问卷填写者的 IP 地址，得出其所在省份，近似代表问卷填写者的地区。为避免数据过少对结果客观性的影响，截取回收问卷数量前 20 的省份，测算其保障平均得分，根据地区平均分得到的降序结果如表 4-7 所示。

表 4-7 地域划分保障得分排序

地区	保障得分	地区	保障得分
北京	0.6474	陕西	0.6226
黑龙江	0.6440	国外	0.6201
河南	0.6367	湖南	0.6169
上海	0.6359	天津	0.6164
浙江	0.6335	安徽	0.6158
湖北	0.6285	辽宁	0.6154
江苏	0.6284	山东	0.6151
广东	0.6235	广西	0.6018
四川	0.6232	重庆	0.5974
福建	0.6231	河北	0.5817

从省级划分指数平均分排序中可以看到，北京市得分最高（0.6474），河北得分最低（0.5817）。共有 7 个省份指数得分高于平均值（0.6254），分别为北京、黑龙江、河南、上海、浙江、湖北、江苏。东部沿海经济发达省份的指数平均分整体高于中西部地区。经济欠发达的中西部省份、人口数量多的省份是社会保障体系未来建设以及商业健康保险未来发展的重点。

总体来说，小雨伞客户群的互联网健康险保障指数水平中等偏上，其中教育水平、年龄段、婚姻状况等对指数得分有重要影响。同时，得分中的保障需求观念等在同等加权系数下对分值的影响显著，协调度等距离目标还有差距，侧面印证了互联网保险用户在收入和其他条件并非最优的情况下，普遍保险观念较强。

互联网保险对于提升大众的保障意识、公司获得潜在用户等方面，有着重要的作用。商业健康险为不同群体提供服务，和社会基本医疗保险相互补充，在我国医疗体系中都有着举足轻重的地位。

第五章 结束语

本课题运用理论模型、演绎与归纳、定性与定量分析法等方法，对互联网健康保障情况进行了研究。

一、主要研究发现

首先，我国基本医保保障程度有限，存在较大保障缺口。2010年，我国基本医疗保险实现制度性全覆盖，成为覆盖人口最多、影响范围最广的保障制度，给全国人民带来了福祉。但是，目前的基本医保也存在着一些比较突出的问题：第一，存在漏保、断保人群，存在保障真空的现象；第二，社保关系转接连续不够顺畅，无法适应人口的快速流动；第三，保障待遇差距较大，公平性有待提高；第四，保障水平有限，居民看病实际报销比例约为50%，大病自付金额较高。本报告测算得出2018年，我国总体灾难性卫生支出发生率为9.1%，具体为城市7.37%、农村11.17%，较2010年大幅下降；基本医保报销后的健康保障缺口为9946.1亿元，基本医保使全国的缺口规模下降39.9%。基本医保报销后家庭经济脆弱性程度为0.0452，基本医保使家庭经济脆弱性下降57.8%。由此可见，我国基本医保确实发挥了不可替代的重要作用，但是在制度建设和保障程度等方面还存在着不足，需要其他多种形式的保障做补充。

其次，商业健康保险快速发展，是基本医保的重要补充。2013年以来，健康险保费便开始快速增长，持续保持在各险类增速第一。2019年上半年，健康保险原保费收入3976亿元，同比大幅增长32%，远高于人身险12.45%、产险8.29%的增速。2017年，健康险保险密度和深度分别为315.8元和0.53%，较2009年增长了5倍。产品方面，产品形态不断丰富、创新活跃；注重与科技融合；利用医疗资源，推动建立全方位的健康保障与管理服务体系。健康险市场呈现出日趋成熟、向好的发展态势。互联网技术改变了传统的信息触达方式，成为全新的保险营销渠道，并以其低成本、方便快捷等特点受到保险公司和消费者的青睐。2018年，互联网健康保险累计实现规模保费收入122.9亿元，同比增长108.3%，在互联网人身保险中的比重突破10.3%，发展迅猛。当前，我国的基本医保保障程度有限，这给商业健康保险带来了巨大的发展机遇。如何更好地与基本医保制度

衔接，为百姓提供多层次、全方位的保障，促进自身更好更有质量地发展，是商业健康保险未来努力发展的方向。

最后，构建互联网健康险保障指数，量化评估互联网健康险对个人的保障情况。本报告对“小雨伞”客户群的互联网健康保障情况进行了测算，结果显示个体保障得分的最大值为 0.9200、最小值 0.0760、均值 0.6254、方差 0.0173。总体来看，“小雨伞”客户群的保障情况中等偏上，其中教育水平、年龄段、婚姻状况等对指数得分有重要影响。这侧面印证了互联网保险对于提升大众保障意识、公司获得潜在用户等方面有重要的作用，这也为大力发展互联网健康险的效益性提供了实证依据。

二、互联网健康保险未来发展展望

2019 年 11 月 12 日，银保监会正式发布新修订的《健康保险管理办法》（后简称“办法”），办法主要从调整对象和主旨、产品规范与监管、销售与经营监管、健康管理与合作、信息技术与健康保险、扩大适用范围等六大方面进行了修订，并于 2019 年 12 月 1 日正式实施。

具体来看，本次修订有以下几点变化值得关注：第一，也是最大的一点变动，就是将医疗意外保险纳入了健康保险的范畴。由此，商业健康保险包括医疗保险、疾病保险、失能收入损失保险、护理保险和医疗意外保险五大类别。第二，短期健康保险不得含有保证续保条款，保险公司曾经包含这一条款的描述将全部修改。第三，除健康保险公司外，保险公司经营健康保险业务应当成立专门的健康保险事业部，对从事核保、理赔以及销售等工作的从业人员进行健康保险专业培训，建立客户信息管理和保密制度，健康险经营管理的专业程度不断提高。第四，鼓励保险公司开发、销售长期健康保险产品，长期医疗险费率可以调整，医疗意外和长期疾病产品可以包含死亡保险责任。第五，鼓励创新，支持医疗保险产品对新药品、新医疗器械、新诊断方法在医疗服务中的应用进行保障。第六，保险公司可以加强与医疗机构、健康管理机构、康复服务机构等合作，将健康保险产品与健康管理服务相结合，控制疾病风险，减少疾病损失。

这一办法为健康保险市场提供了规范化指导，健康保险市场发展迎来利好，同时对整个健康管理行业和新型医疗服务机构发展促进作用也是积极向好的，会有极大的促进作用。健康保险公司应抓住机遇，乘势而上，顺势发展。在此背景

下，本报告提出以下几点建议：

（一）做好产品自查，推进产品创新

办法对健康保险产品做出许多新的规定，如长期护理保险保险期间不得低于5年、长期医疗保险费率可调、长期健康险产品犹豫期不得少于15天、被保险人同时拥有多份有效的费用补偿型医疗保险保单时可自行决定理赔申请顺序、医疗保险责任范围包括康复保障等等。保险公司应根据新规及时调整自身产品条款，依法合规经营，为客户负责，树立正面的企业形象。

同时，办法鼓励保险公司开发医疗保险产品，对新药品、新医疗器械和新诊断方法在医疗服务中的应用支出进行保障；鼓励保险公司提供创新型健康保险产品，满足人民群众多层次多样化的健康保障需求。创新是发展的第一动力。不可否认，企业在创新中面临着未知的风险与挑战，但机遇与挑战共存。在《健康管理办法》出台的背景下，国家释放出鼓励创新的积极信号。保险公司应站在长远发展的视角上，抓住机遇，把握先机，积极推动产品创新，破而后立，促进自身持续稳定发展。

（二）加强人员培训，提升健康险专业化经营水平

办法对健康险专业经营提出了更高的要求：健康保险业务单独核算；建立专门的精算制度和风险管理制度；建立专门的核保制度和理赔制度；建立数据管理和信息披露制度；建立功能完整、相对独立的信息管理系统；配备具有专业知识的精算人员、核保人员、核赔人员和医学教育背景的管理人员等。

办法从人民群众的健康保障需求出发，对健康保险经营管理提出了更高的要求。保险企业应积极响应办法的号召，努力提升自身专业化水平，这不仅有利于更好的服务客户，满足人民群众日益增长的健康保障需求，也有利于保险公司自身专业化水平的提升，形成核心竞争力，促进行业的健康、可持续发展。

（三）加强与健康产业链上相关主体合作，提升健康管理能力

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、健康咨询、健康维护、慢性病管理、养生保健等服务。将更多的资源用于前期的疾病预防的健康管理，可以降低被保险人的健康风险、提高生

活质量、减少疾病损失，也有利于保险公司控制成本。保险公司还应加强与医疗机构、健康管理机构、康复服务机构等的合作，真正实现事前预防、事中管理、事后康复等全流程的整合，为被保险人提供优质、方便的医疗服务。在此过程中，保险公司可以发挥其专业优势，充分发挥健康保险费率调节机制对医疗费用和风险管控的作用，降低不合理的医疗费用支出，促进整个健康产业的发展。

附录 A

表 A1 相关微观数据库中参保率

基本医保总体参保率	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
CHNS	—	—	86.4%	—	90.4%	—	—	—	94.3%	—
CFPS(少年儿童参保率)	—	—	—	57.1%	—	49.6%	—	66.2%	—	—
CHIP	76.9%	86.1%	—	—	—	—	94.7%	—	—	—
CLDS	—	—	—	—	—	88.2%	—	90.2%	—	89.0%
CHARLS	—	—	—	—	90.1%	—	91.8%	—	85.5%	—
流动人口	—	—	—	—	—	—	81.8%	85.0%	90.5%	?
流动人口(雇主缴纳医保)	—	13.1%	12.2%	14.3%	16.7%	16.9%	17.6%	17.6%	—	—
CLHLS(65岁以上老人)	—	70.0%	—	—	?	—	—	—	—	—
CHFS	—	—	—	—	—	—	89.6%	—	—	—

数据说明：

在参保率的计算中，计入的样本是至少参保了一种基本医保的样本，总样本剔除了有保险但基本医保问题答案全部缺失或全填不知道的样本。

各数据库样本农村/城市的比例不同，有的数据库比如 CHIP 城市农村参保比例差异较大，可能会导致结果具有一定差异。

表 A2 相关微观数据库中就医报销比例

去医院看病基本医保报销比例	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
CHNS (含其他, 过去四周)	—	—	19.5%	—	31.9%	—	—	—	32.3%	—
CFPS (无)	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
CHIP (含其他, 年)	14.1%	15.8%	—	—	—	—	—	—	—	—
CLDS (含其他保险, 年)	—	—	—	—	—	11.0%	—	41.8%	—	—
CHARLS (含其他, 年)	—	—	—	—	17.4%	—	24.4%	—	25.2%	—
流动人口 (无)	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
CLHLS (>65岁, 含其他, 年)	—	26.4%	—	—	41.6%	—	—	—	—	—
CHFS (仅基本医保)	—	—	—	—	—	—	29.5%	—	—	—

数据说明:

表中的看病费用均不包括间接费用, 只包括支付给医院的直接费用。

CHNS、CHARLS、CLHLS 的报销比例是包含了商保和其他补充保险后的水平。

CHIP 报销比例的计算样本剔除了医疗现金支出为 0 的样本, 按照城市、农村和流动人口样本人数加权平均得到总体报销比例。

CLDS、CHFS 报销比例的计算均剔除了自付和报销金额都为 0 的样本, 求出每个人的报销比例, 再求平均。

表 A3 相关微观数据库中基本医保住院报销比例

基本医保住院报销比例	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
CHNS (含其他, 过去四周)	—	—	50.5%	—	49.9%	—	—	—	58.8%	—
CFPS (年)	—	—	—	28.9%	—	33.3%	—	38.5%	—	—
CHIP (无)	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
CLDS (无)	—	—	—	—	—	32.2%	—	43.1%	—	—
CHARLS (含其他, 年)	—	—	—	—	39.0%	—	48.0%	—	46.0%	—
流动人口 (最近一次住院)	—	—	—	—	—	—	—	26.6%	—	—
CLHLS (>65岁, 含其他, 年)	—	—	—	—	85.0%	—	—	—	—	—
CHFS (无)	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—

数据说明:

住院费用均不包括路费、看护费等费用, 只有给医院的直接费用。

CHNS、CHARLS、CLHLS、CLDS 的报销比例是包含了商保和其他补充保险后的水平。

流动人口数据库计算的结果为基本医保报销比例。

附录 B

表 B1 全国 31 个省市及自治区大病保险支付标准

地区	筹资标准	分段	起付标准(元)	支付比例	封顶线
北京市	城镇:基本医疗保险基金的5%	1	22310-5万元(含5万元)	60%	上不封顶
	农村:新农合基金的5%	2	5万元以上	70%	
重庆市	28元/人	1	14188元-20万元以内	50%	
		2	20万元以上	60%	
河南省	城乡居民基本医疗保险当年总筹资额的6%左右	1	1.5-5万元(含5万元)	50%	40万元
		2	5-10万元(含10万元)	60%	
		3	10万元以上	70%	
湖北省	城乡居民基本医保筹资标准的5%至10%	1	1.2-3万元(含)	55%	30万元
		2	3-10万元(含)	65%	
		3	10万元以上	75%	
浙江省	40元/人	1	3-15万元	60%	45万元
		2	15-30万元	70%	
		3	30万元以上	80%	
内蒙古自治区	20元/人	1	3-5万元	60%	100000
		2	5-8万元	70%	
		3	8万元以上	90%	
新疆维吾尔自治区	2016年城乡居民基本医疗保险财政补助人均新增部分中的10元用于大病保险	1	5万元(含)以下	不低于50%	(基金筹资困难地区) 不低于200000
2	5-10万元(含)	不低于60%			
3	10万元以上	不低于70%			
湖南省	50元/人	1	0至3万元(含)	55%	30万元
		2	3-8万元(含)部分	65%	
		3	8-15万元(含)	75%	
		4	15万元以上	85%	

地区	筹资标准	分段	起付标准(元)	支付比例	封顶线
安徽省	35元/人	1	0-5万元	55%	省内不设封顶线,省外就医原则上为15-20万元
		2	5-10万元	65%	
		3	10-20万元	75%	
		4	20万元以上	80%	
云南省	20-40元/人	1	自负起付线以上-4万元(含)	50%	150000
		2	4-6万元(含)	60%	
		3	6-8万元(含)	70%	
		4	8-15万元	80%	
江苏省	15至55元不等	1	1.5-6万元(含6万元)	55%	
		2	6-10万元(含10万元)	60%	
		3	10-15万元(含15万元)	65%	
		4	15万元以上	70%	
山东省	66元/人	1	2万(省级要求2万元,实际各市设置为1.2万元)至10万元	50%	40万元
		2	10-20万元	60%	
		3	20-30万元(含20万元)	70%	
		4	30万元以上的部分	75%	
甘肃省	30元/人	1	0.5万元-1万元(含)	50%	上不封顶
		2	1-2万元(含)	55%	
		3	2-5万元(含)	60%	
		4	5万元以上	65%	
西藏自治区	37元/人	1	0.5-1万元	70%	140000
		2	1-2万元	80%	
		3	2-4万元	85%	
		4	4万元以上	90%	

地区	筹资标准	分段	起付标准(元)	支付比例	封顶线
山西省	城乡居民基本医保筹资标准的5%至10%	1	5万元以下(含5万元)	55%	
		2	5-10万元(含10万元)	65%	
		3	10-20万元(含20万元)	75%	
		4	20-30万元(含30万元)	80%	
		5	30万元以上的部分	85%	
宁夏回族自治区	32元/人	1	8400(贫困人口3000)-2万元(含2万元)	50%	上不封顶
		2	2-5万元(含5万元)	52%	
		3	5-10万元(含10万元)	54%	
		4	10-20万元(含20万元)	57%	
		5	20-30万元(含30万元)	60%	
		6	30-40万元(含40万元)	63%	
		7	40-50万元(含50万元)	66%	
		8	50万元以上	70%	
辽宁省	城镇不低于30元	城镇	起付线(人均可支配收入的50%)以上每增加五万元,支付比例提高5%,最高支付标准为70%		无封顶线
	农村不低于25元	农村	起付线(人均纯收入的60%)以上支付比例不低于50%		
海南省	城镇:29元		起付为0.8万元,分段支付比例为50%-70%		22万元
	城镇:29元				
吉林省	以上一周动态确定	城乡	支付比例提高至55%,分段支付比例相应调整,最高不超过80%		无封顶线
		贫困	起付标准下调至40%,分段支付比例提高5%的倾斜性支付政策		
贵州省 (以贵阳市城镇居民为例)	不低于年度基本医疗保险人均筹资总额的5%	省级标准:对发生的合规医疗费用支付比例不低于50%。			12万元
		1	1-6万元	50%	
		2	6-9万元	55%	
		3	9-12万元	60%	
陕西省 (以西安市为例)	西安市:城镇居民25元/人,农村居民35元/人	省级标准:首段报销比例不低于50%,起付线不超过1万,年度累计报销封顶线不超过30万,			30万元
		1	(贫困人口0.3)1(不含)-5万元(含)	50%	
		2	5-10万元(含)	60%	
		3	10万元以上	80%	

地区	筹资标准	分段	起付标准(元)	支付比例	封顶线
广西壮族自治区(以南宁市为例)	不高于35元/人 南宁市:25元/人	省级标准:一个年度合计的实际支付比例均不低于53%,起付线由试点市自定,原则上不得高于15000元			37.2万元
		1	(起付线1.5)2万元(含)以下	50%	
		2	2-4万元(含)	60%	
		3	4-6万元(含)	70%	
		4	6万元以上	80%	
河北省(以石家庄市为例)	各地科学制定	省级标准:大病保险对患者经基本医保支付后需个人负担的合规医疗费用实际支付比例应达到50%以上。			40万元
		1	起付线-1万元	50%	
		2	1-2万元	60%	
		3	2-3万元	70%	
		4	3-4万元	80%	
黑龙江省(以哈尔滨市为例)	省级筹资:当年城乡居民医保人均筹资标准的5%左右 哈尔滨市:35元	省级标准:大病保险支付比例不低于50%,具体标准由各市(地)确定,并建立与筹资标准相适应的待遇调整机制。			上不封顶 限额50万元
		起付1.4万元	超过起付标准以上0-5万元(含5万元)	50%	
		一档缴费(包括大学生和儿童)	5-10万元(含10万元)	55%	
			10-15万元(含15万元)	60%	
			15-20万元(含20万元)	65%	
			20万元以上	70%	
		二档缴费	超过起付标准以上的报销比例为50%		
建档立卡贫困人口	起付标准为6000,支付比例相应提高5个百分点				
广东省(以广州市为例)	当年基本医疗保险基金的5%	省级标准:支付比例应达到50%以上			单次投保:40万元,连续投保:45万元
		广州市:	属于城乡居民医保统筹基金最高支付限额以下所对应的个人自付医疗费用,全年累计超过1.8万元以上部分由大病保险资金支付60%		
		全年累计超过城乡居民医保统筹基金最高支付限额以上部分,由大病保险资金支付90%。			

地区	筹资标准	分段	起付标准(元)	支付比例	封顶线
四川省(以成都为例)	省级筹资: 10-40元/人	省级标准:大病保险支付比例应达到50%以上			
	成都市:上年度 城乡居民基本 医疗保险人均 筹资标准的6% 左右	成都市:		支付标准:总体支付比例不得低于50%, 具体分段支付比例由商业保险机构通过 投标确定。	
天津市	天津市具体起付标准在每年底公布次年度筹资标准和待遇水平时,根据上年度本市 全体居民人均可支配收入确定,并由市人力社保部门发布				
上海市	筹资标准为当年城乡居民医保基金 筹资总额的2%左右	参保居民罹患大病目录中的疾病后,在本市基本医疗保 险定点医疗机构发生、符合本市基本医疗保险报销范围 的费用,在基本医疗保险报销后,参保居民在基本医疗 保险政策范围内个人自付的费用,纳入城乡居民大病保 险支付范围,由大病保险资金报销55%。			
江西省	不低于20元	一级医疗 机构	90%	每人每年不低于 城镇居民可支配 收入6倍以上	
		二级医疗 机构	85%		
		三级医疗 机构	80%		
		转外诊	70%		