

# Study on the Chinese commercial health insurance developing routine

WANG zhijun<sup>1</sup>, WANG qin<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Strategy Development Dept., China Life P&C Insurance Company, Beijing, China, 100140

<sup>2</sup> Sales and Training Dept., China International Capital LTD., Beijing, China, 100004

**Abstract:** Health insurance is a special classification. It contains both insurance and medicine technology. The insurance object concerns health care risk and relative financial losses based on diseases, medical expenses, health services etc. Thus, it's difficult to identify and prevent. It is also influenced by government's policy and guide. Compared to life insurance and P&C insurance, it is different among such areas like data requirement, pricing progress, claim handling, and distribution channel. All of them limited the profit margin of health insurance and make it unstable. Due to above reasons market rules always inefficient. In western countries, it is found that government paid enough attention on the properties public goods of health insurance. In some special periods those governments want to be trusted by majority citizens in order to avoid riots. Some social welfare experts do not agree to use financial solution to cover health risk. However, they prefer use social security instead of health insurance. In America, commercial medicine system is the main solution to cover health care risk, but government also play important role in health insurance operating. In this circumstance, market rule can not be absolutely applied. The Chinese health insurance's developing routine and the future are not coherent answer both in theory and practice. This study firstly find some clues through overseas' experience. Secondly, it contrasts the political, economy, culture and social factors along the routine of industrialization, urbanization, and globalization and with the market mechanic reform in china. Meanwhile, it is referring the government's health care policy and analyzing the basic elements and potential ways to help health insurance developing well. This study shows public-private joint is the best way. In public point of view, third party administration (TPA) is the best choice. In private viewpoint, empowering operation is essential. To health insurance product design, company should develop product differently according to the properties public goods. In another words, if the properties public goods become dramatic, it will depend on the government. If the properties public goods become weaker, it could be operated by market rules. To succeed, insurer should integrate the resources in health care provider to develop product, cooperating with health care provider is a key factor, which can not be jumped away.

**Keywords:** health insurance; health care risk; insurer; insured; provider

## I.对商业健康保险特性的分析

按照传统保险理论，保险风险是不确定的，客观存在的，具有一定的数量的，且能够被测量和评估的风险集合体。健康保险作为重要的保险类别，其风险特征应满足：一是损失发生的不确定性，二是损失存在的客观性，三是损失发生的普遍性，四是损失程度的可测定性。然而，随着医学技术和诊疗水平的提高，人类对健康风险事件的预测能力较以往显著改善，应对和干预健康风险事件的手段较以往不断丰富，人们对损失事件的处理方式更加多元，以财务方式界定的补偿标准和赔付范围很难做到统一，这对健康风险的不确定和可测定的理论基础产生了挑战。同时，健康风险受到

气象、环境等外部因素，公共服务设施、医疗服务水平等社会因素，行为习惯、风险偏好等行为心理因素，以及年龄、性别、遗传基因等生理因素的综合影响，在客观性和普遍性特征上，也与传统的可保风险存在较大差异。另外，健康保险的道德风险和逆选择问题较为严重，以致于有学者<sup>1</sup>对商业保险理论在健康保险领域的适用性提出了质疑。以下从健康保险风险、管理模式、基础定义出发，综合分析商业健康保险的特性。

---

<sup>1</sup> Diane Archer, attorney and health care authority, the past president of the Medicare Rights Center (MRC), USA

## A. 健康保险风险的来源<sup>[1]</sup>

保险与风险密切相关, 一般来说, 没有风险就没有保险, 风险是保险存在的基础。健康保险是以人的身体健康为标的的保险, 其风险主要来源于医疗风险、道德风险和逆选择风险。医疗风险是健康保险可保风险的核心内容, 道德风险和逆选择风险虽然不在可保范畴, 但实务操作很难清晰明确地将其排除在保险合同之外。

从医疗风险的定义看, 国内较为普遍的描述是“在医疗服务过程中, 可能导致损害或伤残事件的不确定性, 以及可能发生的一切不安全事情”, 美国杜克大学的描述是“遭受损害的可能性”。定义中的不确定性、不安全事件、可能性表述, 侧重于医疗风险发生的概率, 具体到医疗风险的来源, 无外乎三种类别: 一是患者本人, 二是医疗服务提供过程中医院、医生等医疗服务提供者, 三是其他诸如生态环境变化所导致的系统性因素。因此, 研究医疗风险可以从患者、医疗服务提供者、外部环境三个角度分别切入。美国医学研究所(IOM) 1999年的研究表明, 在人类早期的疾病谱中, 鼠疫、伤寒、流感等传染性疾病是医疗风险产生的主要原因, 20世纪以来, 大气污染、温室效应等生态环境变化所引起的疾病, 以及医疗过程中的不确定性因素是导致医疗风险发生的主要原因, 占据所有医疗风险的一半以上<sup>2</sup>。如果对医疗风险来源进行排序, 外部环境第一, 服务提供者其次, 患者最次。这提示在职能制定医疗风险的防治措施中, 是否应该按照这个顺序开展? 研究健康保险制度出现以来的产品和服务提供, 我们发现: 来源于患者的部分是健康保险提供的主要内容, 保险产品有医疗保险、疾病保险、失能收入损失保险、长期护理保险等; 来源于医疗服务提供者的部分也有相应的健康保险产品, 如院方责任险、医师责任险等; 但来源于环境部分的风险, 商业机构却很少提供保障。归纳起来, 现代健康保险产品覆盖了健康风险来源中导致医疗风险的极小部分, 是什么原因导致医疗风险的普遍存在与健康保险产品有限提供的矛盾? 后面的研究将有所提及, 但仍有待后期进行深入的专题论证。

道德风险是指“被保险人或受益人为谋取保险金而有意识地制造事故、致使保险标的受到损害或在保险标的受到损失时不采取减轻损失的有效措施, 故意扩大保险标的的损失度的危险”。主要表现为客户可将本不属于保险赔偿疾病的内容通过私人关系或利用医院管理漏洞, 通过“开大处方、人情方”、“搭车开药”、“挂床治疗”等虚假欺诈行为来增大索赔金额, 损害保险公司的利益, 增加健康保险的风险管理难度。逆选择风险是指“投保人和被保险人为获得保险金而故意隐瞒某些具有高风险因素的情况来选择保险公司, 而使公司遭受的风险”。在传统经营模式下, 保险公司对客户健康状况和医疗信息了解渠道不畅, 对客户隐瞒病情和可能的带病投保信息, 如职业、工作环境、年龄、身体健康状况等, 很难准确识别和加以控制。

虽然医疗风险是健康保险的主要风险来源, 但最终能被健康保险覆盖和服务的内容却极其有限, 这主要是受医疗风险的社会属性影响。一方面, 人类在自然界“生老病死”的规律中体现的是自然属性, 并趋于稳定; 但另一方面, 随着社会进步的加速, 医疗风险的社会属性则复杂多变, 并趋于不稳定, 尤其是工业革命以来的技术进步和制度创新, 显著加剧了风险事件与风险结果间的复杂联系。医疗风险的社会属性, 让人们在损害因果关系的判断上较为困难, 同时, 与经济高速发展对应的环境污染、资源枯竭、社会心理压力等问题对人类健康产生着直接或间接的严重影响, 这些系统性因素导致了医疗风险的防治成本高昂。按照马克思关于社会性的学说, 医疗风险的社会属性是由于不同国家或地区经济水平、人口状况、环境因素、民族风俗等意识领域的差异造成的, 这些差异不仅体现在影响健康水平的因素上, 还反映在不同风格的法律、法规等制度规范上, 使得医疗风险不仅与医疗健康的个体要素相关, 而且与医疗健康的配套制度相关。这就使得要对医疗风险进行准确界定存在困难, 开展综合防治的成本费用较高, 而且不同国家和地区制度规范的差异性较大, 所以, 单纯用保险机制来应对全面医疗风险不一定可行。

这样, 我们研究健康保险风险来源的重点就放在患者和医疗服务提供者上, 如患者自身的疾病、意外、器官功能退化带来的风险损

<sup>2</sup>卫生部医政司, 中国医师协会, 《我国医疗风险监测和预警机制课题》, 2005年国际医疗风险管理与病人安全研讨会

失，外界意外因素导致的风险损失，以及诊疗过程中风险事件的损失。现阶段，这些损失主要通过财务补偿的方式得到解决，由于技术手段和管理流程的限制，目前保险公司在处理健康险赔案时从损失发生到完成补偿的链条较长，其中可人为介入和操纵的环节较多，健康保险理赔环节的“跑冒滴漏”较为普遍。同时，在投保和理赔环节，受不良行为心理因素影响，可能伴随道德风险和逆选择，即投保时故意隐瞒对自己不利的事件，或出现疾病以后才买保险，一定程度上放大了医疗风险的危害，增加了经营管理难度。

## B. 健康保险的管理模式

健康保险的经营管理虽然在不同的主办者、不同的国家和地区、不同的历史阶段有不同的模式，与之对应的运行方式和管理要点有较大差异，但运行环节归纳起来仍然是筹资、运营、给付三部分核心内容，管理环节归纳起来主要是谁主办，谁参与，如何进行利益分配，以及进入和退出标准等。以下，从主办者角度，分为政府主办、商业机构主办，以及混合模式三部分进行介绍。

### 1) 政府主办模式

在此模式下，筹资一般采取强制征缴方式，运营模式有自营、委托外包、部分自营和部分外包相结合，给付则按互助共济原则追求“不赢不亏”。政府主办模式的理论基础来源于社会保险，不以盈利为目的。在极端情况下，健康保险的保费征缴通过税收形式实现，符合条件的公民自动成为被保险人，政府通过行政机构开展健康保险的运营管理，一般来说覆盖面广、保障程度较低，风险管理要求不高，亏损时可能采取财政兜底，盈利时可能面临行政干预。

### 2) 商业机构主办模式

在此模式下，筹资主要通过自愿缴纳方式实现，运营中突出销售功能，强调保险机构的承保理赔能力，重视全流程风险管理，定价和给付遵循大数法则和共济原则，但以营利为宗旨。商业机构主办模式的理论基础来源于商业保险，是市场经济的产物，不论在自由竞争市场，还是垄断或寡头市场，保费收缴永远放在首要位置，消费者必须缴纳足额保费才能成为被保险人，对保险机构而言，产品开发、承保理赔、精算再保等技术要求较高，保险公司自

负盈亏，经营成效取决于机构的整体经营能力和全面风险管理能力。

### 3) 混合模式

属于以上两种模式的混合体。目前，大部分西方国家的健康保险模式均是两种模式的不同组合，相对而言，欧洲国家的政府成分多一些，美国的商业成分多一些。

回到医疗风险的普遍存在与商业保险有限保障的矛盾问题，这个问题的根源就在于模式选择，即主办者利益问题。对政府而言，社会稳定和得到老百姓拥护是提供服务的利益出发点，这就决定了服务的广覆盖是前提，虽然可能出现保障的低水平，但在“不赢不亏”的经营宗旨下，对医疗风险筛选不用很严格，可以做到可保健康风险以外的、针对传染病、环境危害等系统性风险的应对。而商业机构在医疗风险选择上之所以慎重，一方面受到主办者营利动机的驱使，一方面受到风险管理技术水平的限制。值得注意的是，政府主办模式不可避免会出现效率低下、资源浪费和成本高昂等问题，而商业机构主办则不可避免会出现公平问题。

从我国的实际情况看，健康保险的运营管理也是两种模式的组合<sup>[2]</sup>，其中，社会属性的内容由政府主办，称为医疗保险；商业属性的内容由保险公司主办，称为健康保险。为了保持概念的清晰以及与国外经验的比较，本文对商业机构主办模式下的健康保险运营管理统一叫做“商业健康保险”，对政府主办模式下的医疗保险运营管理统一叫做“社会医疗保险”。

## C. 健康保险的定义

为进一步探讨运营管理模式，我们接下来分析不同国家商业健康保险的定义。美国的商业健康保险<sup>3</sup>(Commercial Health Insurance)指覆盖医疗费用和失能收入损失的一类健康保险，可以根据续约规定和所提供的医疗责任予以分类，保单可以卖给个人或是作为团体计划中的一部分。英国的商业健康保险<sup>4</sup>(Private Health Care)指由私人机构提供，由公民直接购买或通过医疗保险支付的，与政府公共健康体系相补充的一类健康保险产品或服务，包括与医疗

<sup>3</sup> The Health Insurance Primer Health Insurance Nuts and Bolts, HIAA, USA

<sup>4</sup> <http://www.privatehealth.co.uk>

费用相关的保险产品以及与医院护理、日间护理、护理中心护理、药物治疗相关的健康保障服务等。德国的商业健康保险<sup>5</sup>定义为“补偿因疾病和意外事故造成的经济损失保险，分为医疗费用保险，医疗保险和津贴的收入损失补偿保险（即伤残保险）三类”。由于医疗保障制度的构成，实质是对医疗服务融资模式的选择<sup>[3]</sup>，诱导需求和道德风险的普遍存在，要求商业健康保险必须借助政府力量进行筹资，筹资模式不应成为判断政府主办还是商业运作的标准。新加坡的商业健康保险<sup>6</sup>指（Private Health Insurance）应对昂贵的医疗费用支出以及预防重大灾害性疾病和潜在的失能损失的健康保险，由政府 and 私人机构合作，为“3M”方案（Medisave, 1984; Medishield, 1990; Medifund, 1993）通过更高质量的保障和服务形式，提供补充<sup>[4]</sup>。

我国学术界对商业健康保险的定义为“健康保险是以被保险人的身体为保险标的，使被保险人在疾病或意外事故所致伤害时发生的费用或损失获得补偿的一种保险。”中国保险监督管理委员会（简称“保监会”）2006年颁布的《健康保险管理办法》给出的定义是“指保险公司通过疾病保险、医疗保险、失能收入损失保险和护理保险等方式对因健康原因导致的损失给付保险金的保险。”

以上定义反映了健康风险在制度框架内主体、客体和内容的关系。随着风险管理理论的发展，以贝克和吉登斯为代表的学者提出制度产生风险的风险社会理论，认为工业化社会发展在规避风险的同时，也制造了风险，而化解或缓解这些风险损害的责任理应由制度变革者，即政府部门或技术进步的主要受益者承担。对于健康保险风险社会性问题的研究本文难以深入进行，但基本看法是：医疗风险的防治应从主要矛盾和基础问题抓起，健康保险是应对医疗风险的有效手段，理应抓大放小，突出重点，从医疗费用、疾病负担、医疗纠纷等结果入手，提供风险管理产品和服务。同时，还应从医疗风险来源入手，尤其要重视系统性因素导致的医疗风险，以及在制度形成过程中，制度本身导致的风险。这也从侧面提示，要提供全面的健康保险服务，纯商业属性是不

够的，因为社会责任不仅是政府的责任，也是社会进步受益者的责任。

对于健康保险的商业化运作，西方国家有不同的观点和做法，美国、英国将其归属人身保险范畴，澳洲、加拿大将其归属非寿险范畴，日本则称其为保险的第三领域，出台单独的法律和监管措施。相对于寿险和财产险的商业化运作，健康保险的商业模式并不成熟，不同国家和地区有不同作法。但有几点是共同的：一是主办者不是政府部门，大部分主办者是以营利为目的的商业机构，也有部分非赢利组织；二是健康风险局限于疾病、意外、功能衰竭等，环境因素等系统性医疗风险几乎不在保险范围；三是补偿方式以财务损失为主，很少涉及医疗服务项目的提供。这为我们分析商业健康保险的既往经验和经营现状提供了基础，但在探讨未来发展趋势的时候，却不应受此约束。

## D.商业健康保险的特征

为全面分析商业健康保险的经营管理特点，我们从健康风险特征、保险合同要素、产品类别、客户需求特征、运营管理特点几个方面入手。

### 1) 健康风险特征

现阶段，商业健康保险的风险来源主要存在于两个环节：一是公司内部，即销售人员的理解能力，以及对客户的误导和欺诈，以及公司在精算、核保、理赔、客服、再保险等方面的专业能力。另一个是公司外部，包括经济发展、社会道德、法律法规、医学和卫生状况等社会环境，服务水平、管理制度、利益调整等医疗服务提供者的能力，以及来自于被保险人在年龄、性别、职业、健康状况、以往疾病方面的客观风险，和来自于无欺诈动机的自然主观风险，以及有欺诈动机的非自然主观风险。

通过前面分析，我们知道商业健康保险所保障的健康风险与传统的保险风险有较大差异。在风险的不确定性上，虽然大部分疾病发生的原因不明确，但随着科技的进步，尤其是遗传学和基因图谱的应用，越来越多的致病要素被发现，部分疾病发生与否的因果关系逐步被明确；在风险的客观性上，行为心理因素是主观的，但结果证明长期负面的情绪因素也能产生客观明确的病症；在风险的可测定性上，考虑到环境因素的影响，传染病、流行病的危

<sup>5</sup> <http://www.dkv.com/>

<sup>6</sup> Tan A. When ill health strikes, The Business Time, Nov. 8, 2006

害，风险事件的后果可能是巨大的、灾难性的，利用财务补偿的方式往往弥补不了。虽然英国、德国等西方大部分国家采取国家主导的健康保障模式，但健康保险商业化运作在美国、澳大利亚的成功，证实了其不可否认的生命力。但提示我们，支持商业健康保险发展的理论体系是什么？内在规律是什么？本文描述了该问题存在的表象和部分原因，具体分析将在后续研究中进行。

## 2) 保险合同要素

在满足最大诚信、可保利益、补偿、近因等基本原则的基础上，保险合同关系成立，健康保险也不例外。但值得注意的是，商业健康保险合同虽然符合上述基本原则，在实际运营中也表现出一定的特性，或者叫不适应性。

关于最大诚信原则。指保险人和被保险人在签署合约之前，应对保险条款和被保险人的身体健康状况等影响合同生效的事件进行充分告知，本着诚实沟通、相互信任的原则缔结合约；在合同生效之后，应对导致双方利益受损但又不属于保险责任的事件进行充分沟通，不能欺骗对方。健康保险的合同当事人应该遵守这样的原则，但由于医疗风险的专业性强和复杂程度高，以及道德风险和逆选择问题，实际运行中，保险公司的“故意隐瞒”和被保险人的“恶意欺诈”同时存在，对健康保险的商业运作提出挑战。

关于可保利益原则。指投保标的在遭受事故时要对投保人带来经济损失，或对被保险人及其家属带来经济困难，投保人、被保险人、受益人之间应存在利益关系。由于健康风险损失程度的量化缺乏客观统一的标准，如同一疾病采取不同治疗方案、同一治疗方案选择不同医生或医院，所产生的医疗费用可能出现较大差异；另外，考虑到健康的多维属性，单纯通过经济损失来界定可保利益，也显得不够全面。

关于补偿原则。指被保险人发生损失时，通过现金赔付、治疗、手术、器官移植、护理等医疗服务给予的补偿不能对被保险人产生额外收益。从财务损失补偿的角度，不同保险公司间赔偿顺序的界定以及责任大小的分割，需要建立协调机制；更为关键的是，客户同时享受私人保险和社会保险的时候，需要跨越商业公司和政府机构间有顺畅的信息衔接和数据交换，这对补偿原则的适用性增加了难度。另

外，考虑到健康保险的服务需求，补偿原则的量化标准成为问题，这也对健康保险的商业运作产生了挑战。

关于近因原则。指保险事件的发生是由于保险责任对应的直接最近原因导致的，保险人应对保险标的的损失承担责任。就疾病发生的原因而言，由于健康保险承保的疾病、医疗等保险事故部分是行为心理或社会环境因素导致的，而此类事件在常规的保险合同中属于除外责任，介于专业解释和朴素理解的差异，以及投保人与保险公司的信息不对称，法院在受理此类案件时一般会倾向弱者。而有的时候，被保险人的疾病状态并非故意行为所致，如产后抑郁、丧子后的精神异常等，虽近因是心理疾患，但可推导或证明是意外事件产生的直接影响。另外，个人的健康状态是生理、心理和社会适应性几方面的综合表现，简单照搬合同文本，以所谓的近因判断，容易出现理赔纠纷。

除此之外，传统的保险风险主要涉及保险人与被保险人，而健康风险的识别和应对还包括医生和医院这样的服务提供者，这极大地增加了健康保险运营管理的复杂程度。从商业健康保险的发展趋势看，在合同要素中，商业机构出于风险管理需要，逐步把医疗服务提供者纳入到合同主体，或医疗服务者主动提出用保险机制解决医疗过程中的风险，这对传统的保险合同也是一种尝试和挑战。

## 3) 产品类别

健康保险产品实质上是对保险人与被保险人关于保险利益在权利义务关系上的规定，以合同方式存在。从以上分析可见，医疗风险作为健康保险合约的客体，由于来源广泛、因果关系较复杂、需要专业手段界定等原因，符合可保条件的不多，这就出现了合约主体（保险人与被保险人）之间对保险合同关系成立与否的博弈。博弈的结果可能是：保险人或提高价格，或对部分责任予以限制和除外，或夸大功能诱导消费；被保险人或在投保时隐瞒风险，欺骗保险公司，或拒绝加入。上述现象出现在强势保险人（卖方市场）和强势被保险人（买方市场）两个极端情景，要实现博弈均衡，前提是保险人与被保险人对医疗风险的认识和判断趋于一致。对于以个体角色参与博弈的被保险人，要消除信息不对称，显然不太现实；如果增加保险人数量，是否信息不对称问题可以得到一定程度的缓解？这里提出一个命题，市

场机制能否应对医疗风险。在后期深入论证之前，作者的观点是市场机制可以处理来自患者和医疗服务提供者的部分医疗风险，但被保险人需要的保险保障远远超出当前健康保险合同中约定的责任，因此，政府的介入和计划的手段在解决医疗风险问题时仍是必须的。

笼统地看，健康保险的产品分类采用过以下方式：如按投保人数量分为个人健康保险和团体健康保险，按保障时间长短分为短期（可分为一年期以内的极短期和一年期），长期（一年期以上的定期及终身）两类，按合同能否单独购买可分为主险和附加险，按是否提供保证续保责任又可分为可保证续保和不保证续保两类，按风险承担责任还可分为基金管理型和风险保障型产品。为与保险机构提供的产品和服务对照，以下从三种常见分类进行介绍。

#### **(1) 按保障范围分类**

一是医疗费用保险，指因疾病或意外事故所发生的医疗费用支出，一般包括门诊、住院期间发生的医疗费用，也有的国家包括疾病的预防费用，通常包含药费、床位费、检查检验费、治疗费、手术麻醉费、护理费等。二是收入损失保险，指因疾病或意外伤害所导致的收入损失，一般指失去工作能力所发生的收入损失，以 Disability（失能）为判定标准，住院日额津贴也具有类似特点，但不一定满足失能的标准。三是护理保险，指因疾病、意外或衰老而失去自我照顾能力，需要提供护理服务，一般以 ADLS（日常生活能力损失）的程度为判定标准。

#### **(2) 按给付方式分类**

一是定额给付型，以保险事故发生为标的，按事先约定的固定金额给付，通常为一次或分期给付。二是津贴给付型，以保险事故发生后的持续时间为准，按事先约定的固定金额与持续时间作为给付条件，通常为日额津贴、月度津贴或年度津贴，也可一次性支付。三是费用补偿型，根据被保险人所发生的符合保险人合同规定内容的费用，按事先约定的比例给付，通常为住院期间发生的费用。四是服务提供型，由保险人的合作组织向被保险人提供医疗服务，保险人与合作组织间进行费用结算，通常也称为管理式医疗。

#### **(3) 按风险承担方式分类**

一是风险保障型产品，按照疾病发生率、医疗费用、疾病持续时间等作为风险衡量标准

的保险产品。二是基金管理型产品，指从投保人处汇集保费，按基金类型进行管理和运作，目前，有仅作基金委托管理，提供服务项目（理赔账单审核，健康咨询等），不承担保险风险的产品；也有承担一定保险风险，并提供分红、投资连接服务的产品，也有完全不提供服务，也不承担保险和资金风险，仅通过诸如法律咨询等为投保人减少税费支出，而自身收取服务费用的产品。

#### **4) 客户需求特征**

2009 年，美国商业健康保险实现保费收入 8012 亿美元，寿险（不含健康险）实现保费收入 5000 亿元，产险实现保费收入 6600 亿元，健康险业务占比约 40%，成为第一大险种。早在 1993 年，美国以费用报销型医疗保险为主的商业健康保险就已经占据了较大的市场份额，随着管理式医疗模式的建立，美国健康险市场迎来了巨大发展。2005 年，由美国 CLARITA 公司进行的全国客户调研发现：享有商业健康保险产品和服务的美国家庭占比 74%，是美国家庭保险需求的第一选择，其中，管理式医疗的家庭购买率就达到了 60%。从产品特征看，美国市场最受欢迎的管理式医疗保险，主要整合了医院和医生资源，客户在购买保险后可以实现医疗花费与保险金的直接赔付，不需垫付资金；医院和医生均是保险公司优选出来的，医疗水平高、服务质量好；同时，由于保险公司和医疗服务提供者建立了有效的利益机制，不合理的医疗费用得到了较好控制。从客户需求看，购买率由高到低的产品是 PPO/HMO 计划 60%，处方药保险 57%，牙科保险 50%，眼科保险 43%，意外和残疾保险 35%，失能保险 29%，重大疾病 23%。

零点公司 2006 年对我国五个主要城市的健康险市场调研<sup>7</sup>发现：现阶段，我国老百姓对健康保险的需求在所有被调查保险业务中位居第一，45%的人表现出明确的购买意愿，但同期健康保险的保费收入占总保费收入的比例仅为 6.68%，强烈的需求与实际购买之间存在较大的缺口。为了深入了解客户需求，零点公司组织了 10 场焦点小组座谈会，结果发现：在不考虑价格的基础上，客户最关心的是健康保险需求，如果要支付较高的保费，或保费不能部分返还，客户的购买意愿明显下降。总体

<sup>7</sup> 北京零点公司 2006 年为中国人民健康保险公司开展的健康保险产品调研

上,高收入人群看中的是差异化的医疗服务,中低收入人群倾向于不付费的基本医疗保障,中高收入人群是健康保险的主要需求群体。因此,我国中高收入群体不足,可能是解释上述健康保险需求与购买缺口的主要原因。从需求的产品顺位看,重大疾病第一,医疗费用报销第二,意外和残疾第三,对保险公司极力推荐的健康服务项目,客户由于没有经验、缺乏了解,而无法判断是否需要。

### 5) 运营管理特点

商业健康保险由于受制度框架和政策法规的影响较大,保障责任的专业性较强,风险管理的复杂程度较高等因素影响,在运营管理上存在一定的特点。

一是产品突出保障功能,主要补偿因治疗疾病和意外伤害所引起的经济损失,或补偿因疾病和意外失能所致的收入损失;二是管理成本高,保单量大,金额小,运作成本高;三是理赔复杂,理赔金额事先不能确定,客户对理赔金额易产生争议,理赔频率高,合同期间可能多次理赔,保险事故发生频率高;四是风险评估要素不同,主要考察被保险人发生治疗的可能性大小(发病率)及治疗费用的多少;五是对医院的合作要求高,内容多,需要医疗机构提供快速、优质的医疗服务,控制不合理医疗费用,提供相关数据和资讯;六是精算基础不同,数据要求多,如发病率、住院率、门诊率、平均住院天数、人均住院费用、门诊费用等,且数据来源局限性大,数据质量不稳定。

商业机构为了有效管理健康保险,通常采取以下措施:一是加强基础数据的收集分析,保留费率调整的权利,加强定价的合理性和准确性;二是在保险合同中设置保护性条款,如免赔额、等待期、自付比例、既往症、入院通知、择期手术、分项限额、健康告知等,减少被保险人的逆选择;三是进行医疗费用审核,开展必要的理赔调查,注重理赔的数据统计分析,控制不合理的医疗费用支出;四是采用专门的核保技术和有经验的人员,如特殊情况问卷调查,关键指标抽查等,准确进行风险评估并确定适合的承保条件;五是加强医院管理,控制不合理的医疗费用;六是加强销售人员品质管理,建立客户黑名单库,防止业务员的误导和逆选择,防范客户欺诈。

## II. 西方国家商业健康保险发展的常规历程

德国是医疗保健制度的创始人,早在1685年的普鲁士王朝,就建立了国家卫生管理制度,以立法形式推进健康保险经营管理模式的发展,随着1911年《联邦健康保险法规》的实施,私人机构逐步进入到健康保险领域,对疾病费用、住院费用、择医选院等费用和服务进行补偿。从这个意义上说,德国是商业健康保险的发源地,但商业健康保险取得突破性发展的国家是美国。作为两次世界大战的受益者,美国的经济和社会发展在19世纪末20世纪初取得了长足的进步,把英法德意澳等老牌资本主义国家甩在了身后,尤其是一战结束后,美国以自主意识、契约精神、全面竞争为核心的市场经济展现出蓬勃的生命力,即便是《社会保险法》颁布的1936年,政府承担的健康保险责任也极为有限,民众的医疗风险和医疗保障需求主要通过商业健康保险模式来解决。回顾西方国家商业健康保险的发展历程,主要从政府职能、法律和政策法规、疾病谱和医疗技术发展三个方面来归纳。

### A. 受政府职能发展变化的影响

研究政府职能对商业健康保险的影响,实质上是研究作为顶层设计的制度安排。健康保险作为一种制度安排,受政府职能的影响是毋庸置疑的,关键的问题是这种影响是否是决定性的。从德国政府职能与健康保险发展三个时期的关系看,健康保险的商业化发展主要取决于政府的决心和职能的转变。

#### 1) 萌芽期

在1640-1688年,普鲁士国王腓特烈·威廉在位期间,为了解决与周边列国的历史宿怨,扩大版图,政府极力推行军国主义政策,大力发展工商业,建立国家卫生管理制度,以征收“军事税”的方式促进和维护劳动者的基本健康,促进本国经济发展。与1601年英国政府颁布的《济贫法》相比,德国国家卫生制度不仅针对赤贫阶层提供福利救济,更重要的是确保了所有劳动者及其家属都能享受到基本的医疗健康服务<sup>[5]</sup>。同期,法国政府取消南特敕令后,胡格诺教徒纷纷逃往国外,为了解决当时在农奴制条件下劳动力短缺的问题,德国接纳和收容了来自法国的大量流亡者,从而快

速提高本国的军事实力。这一时期政府的职能目标非常明确，虽然当时普遍存在于普鲁士手工作坊和矿厂中的疾病保险协会，如共济会、矿工联合会，以及丧葬互助组等，也能为工人提供援助并减少疾病损失，但显然不能形成足够的势力。政府主办的健康保险成为政府笼络人心，稳定社会分工，促进经济发展的有力工具。因此，德国政府维持了较长时期的政府主导健康保险模式，但随着政府统治重心的转移和筹资能力的下降，来自低收入阶层对税收的不满、高收入阶层对高质量和灵活服务的需求，以及外来移民享受国家医疗的公民身份等问题，为健康保险的商业化运作提供了机会。

## 2) 压抑期

到 1883-1889 年，俾斯麦政府建立了全世界最为完备的社会保障制度体系。如同俾斯麦的著名演讲词“当代的重大政治问题不是用说空话和多数派决议所能决定的，而必须用铁和血来解决。”德国政府在为农工立法的路上，正是德意志帝国建立初期，在封建主义，资本主义，社会主义和宗教主义各种因素并存，阶级关系极其复杂的特定时期，权衡各方利益，德国政府将社会保险立法看作是“一种消灭革命的投资”，在通过强权政治完成德国统一之后，不断出台保障工人阶级利益的措施，以笼络人心。这一时期，先后出台《工人医疗保险法》、《工伤事故保险法》、《伤残和养老保险法》，1911 年，俾斯麦继任者贝斯曼·霍尔威格通过《联邦健康保险法规》，德国政府将上述法律合并，颁布了统一的帝国保险法。直到一战和二战结束前的 50 多年里，由于军国主义思想在德国统治阶层中的盛行，政府职能的重心是通过高税收和高福利维持社会稳定、支持强权扩张，商业健康保险在这一时期几乎找不到踪影。

## 3) 发展期

二战结束后，德国政府面临国内经济崩盘和巨额战争赔款的双重压力，政府职能转向经济建设，无暇顾及国民的医疗健康保健需求，商业健康保险以疾病基金和互助保险的形式在部分行业得到发展<sup>[6]</sup>。但出于天主教传统、普鲁士君主社会主义传统、普鲁士民间互助传统的影响，政府主导的社会保障体系虽然面临投入不足问题，但仍然是解决民众基本医疗健康保障的主要途径。这一时期，商业健康保险在

联邦德国政府扶持下，得到快速发展，而在民主德国却没有形成气候。在东西德国分裂的 30 余年时间里，联邦德国政府于 1975 年增补《孤儿寡妇保险法》，汇总各类社会法规，出台《社会法典》，成为当代德国社会保险制度的法律基础。随着 1989 年柏林墙的倒塌，商业健康保险的发展迎来了春天，1995 年，重新统一后的德国政府设立长期护理保险并纳入法典，至此，德国社会保险的法律框架体系基本成型，但社会保险收费过高、保障不足的问题也日益突出。从科尔政府执政的 80 年代末期到 1996 年，政府每隔四年就会颁布一部新的《卫生保健改革法》，核心内容就是引入竞争、增强个人责任。2004 年，施罗德政府开始推行《法定医疗保险现代化法》，在鼓励投保人积极参与疾病的预防和早期诊治的同时，也要求他们承担部分医疗费用。

分析德国商业健康保险的发展历程，我们可以认为：政府职能在推动社会进步和人类文明发展上扮演了重要角色，对健康保险的社会性抑或商业性发展方向起到了决定性作用。当然，以上是基于政府职能重要调整的分析，虽然时间跨度长但论述较为简单，尤其是对发展期的概括显得过于笼统，为增加说服力，作者将在后续研究中增加篇幅，并借助 1927 年设立的德国健康保险公司（DKV）的成长历程，剖析政府职能对商业健康保险公司的影响。

## B. 受法律法规变化的影响

如果说政府职能明确了政策的方向，法律法规则规定了政策的细节。对政府职能基本稳定的国家或地区，法律法规直接规定健康保险的经营模式和具体内容，从而对健康保险的商业化发展产生重要影响。

对应不同的筹资途径，现阶段，各国的商业健康保险大致有三种类型和四种模式<sup>[7]</sup>。一是政府筹资，以总税收、通货膨胀、特别税费等方式筹集资金，用于由中央政府管理的计划免疫、妇幼保健等，用于修健公立卫生服务机构，提供免费的基本卫生服务，卫生机构以国有为主，全民普遍享有免费的综合卫生服务。二是社会筹资，通过国家立法强制执行，雇主和雇员共同缴纳保险金，从而享有基本卫生服务。三是个人筹资，大多数公民通过自愿参加商业性医疗保险获得卫生服务，卫生服务机构



以私立为主，政府仅负担老人和穷人等特殊人群。

在这三种筹资模式的组合使用上。西方国家历经百余年的发展与演变，对应自身的法律环境，已基本定格为四种模式。一是商业保险模式，特点是参保自由，灵活多样，保障随保费增加而增长，能适应不同的需求层次，典型国家代表为美国。二是社会保险模式，特点是医疗保险基金由社会统筹，互助互济，保险费由雇主和雇员共同缴纳，政府酌情补贴，典型国家代表是德国。三是全民保险模式，特点是由政府直接创办医疗保险事业，老百姓纳税，政府收税后拨款给公立医院，医院直接向居民提供免费（或低价）服务，典型国家代表是加拿大。四是储蓄保险模式，特点是强调个人责任，通过立法迫使个人储蓄积累为医疗保险基金，典型国家代表是新加坡。

### 1) 美国

在美国的商业健康保险发展历程中，法律法规对业务增长的促进作用非常明显。1936年，美国出台《社会保险法》，在此基础上，构建了以老年医疗保障制度、贫困人口医疗救助制度和少数民族免费医疗制度为核心的社会医疗保险体系，以及以非营利性组织和商业机构主导的私人健康保险体系。相应的政策法规包括：《老年健康保险法》、《美国安全法》、《健康维护组织法》、《需求证明书法案》，以及蓝盾（Blue Shield）保险计划和蓝十字（Blue Cross）保险计划等。由于社会医疗保险与私人健康保险的边界清晰，美国政府承担了弱势群体的基本健康保障需求，为健康保险的商业化发展奠定了基石。同时，部分政策法规的颁布，对商业健康保险的快速发展提供了机遇。如1942年，美国在《战时稳定法案》中规定“在战时物价和工资严格控制的情况下，允许雇主通过提供健康保障福利项目来留住工人”，通过商业保险方式，变相提高工人的薪酬待遇，受到工人阶级的普遍欢迎。1943年，政府在行政税收法规中特别声明“雇主向商业保险公司缴纳的团体医疗和住院保险保费可以作为员工收入而不用纳税”（《税收法》的前身），强化了健康保险和就业之间的联系，有效推动了企业团体健康保险的发展。美国是世界上商业健康保险发展最为成熟的市场，目前，随着管理式医疗（Management Care）和第三方管理（Third

Party Administration）的兴起，美国的商业健康保险已经完成医疗费用报销模式向服务提供模式的转变，覆盖人群比例超过75%，在医疗费用支出中的比重接近30%<sup>8</sup>。

### 2) 德国

德国现行的《社会保险法》规定，为公民提供医疗健康保障的方式有两种，一个是法定医疗保险，一个是商业健康保险，法定医疗保险机构是具有法人地位的，按公司法管理的、非营利性的机构，不隶属于政府，政府不直接参与法定医疗保险的实施和管理，德国公民一旦选择投保商业健康保险公司的保险，就不得随意退出而转入法定医疗保险机构，但参加了法定医疗保险的人可以自行决定是否变更为商业健康保险。数据显示<sup>9</sup>：2008年，90%的德国人口选择了法定医疗保险，10%仅选择了商业健康保险，10%的人两者兼有，商业健康保险支付的医疗费用占全国医疗费用支出比例达到12%，随着医改方案的逐步深入，商业健康保险覆盖的人群和费用占比表现出明显的增长势头。

### 3) 英国

英国的医疗保障体系由公共医疗体系（英国国民保健服务 NHS）和私立医疗体系构成，商业健康保险可以覆盖更多公共体系不能涵盖的医疗服务，政策规定，拥有商业健康保险的癌症患者可以接受新型药品治疗，可以选择医疗机构，减少住院预约和等待的时间。2008年英国保险行业者协会统计数据<sup>10</sup>显示：商业健康保险的参保比例约为12%，在享受商保的人群中，73%由雇主为员工购买。由于健康保险的保障功能较为突出，在英国经济发展相对停滞的时期，业务发展仍然稳定，并表现出较强的抗经济下行能力，在2003-2008年的经济下行周期，健康保险却增长迅速，2008年GDP增速0.55%，而同期健康保险保费增长达到7.3%。

### 4) 澳大利亚

<sup>8</sup> 美国维朋（Wellpoint）公司北京代表处，美国医疗融资体系及商业健康保险，中国健康保险发展论坛，2010年，北京

<sup>9</sup> 慕尼黑再保险公司，德国健康保险发展模式的经验借鉴，中国健康保险发展论坛，2010年，北京

<sup>10</sup> 英国保柏（Bupa）集团北京代表处，英国医疗保障体系及商业健康保险市场概述，中国健康保险发展论坛，2010年，北京

澳大利亚在立法和行政职能上延续了英联邦国家的传统，但对商业健康保险的扶持力度显然比英国更大，陆续出台《国民健康法》、《全民健康保险税收豁免法》、《商业健康保险法》等，其中，1996年出台的《医疗税修正法案》，针对未购买商业健康保险的高收入人群惩罚性地征收医疗附加税；1998年出台的《商业健康保险激励法》，增强了对商业健康保险的补贴力度；2000年推出终身医疗保险制度，鼓励消费者尽早投保商业健康保险，允许商业健康保险基金推出全报销保障产品。从时间纬度看，澳洲每一项支持政策的出台，都极大地促进了商业健康保险业务的发展，仅2000年6月，由于终身医疗保险制度的出台，商业健康保险的持有率从1999年底的31.3%快速提高到43%，到了9月份，商保持有率跃升至46.8%。目前，澳洲的商业健康保险覆盖人群比例稳定在44%左右<sup>11</sup>。

由于各国的政治经济环境不同，东西方国家的法律体系差异较大，西方国家内部的政策法规也千差万别，为找出健康保险商业化运行发展的规律，需要更为完整的国别研究，这也是作者下阶段的重要工作。

### C. 受疾病谱和医疗技术水平发展变化的影响

在研究健康保险制度的同时，不可避免地要研究健康保险制度的核心——医疗风险事件在各个不同时期的发展和演变，而决定人类所面临医疗风险事件的主要因素是疾病谱和医疗技术水平。以下，以商业健康保险最为发达的美国市场为例，分析疾病谱的变化与商业健康保险产业发展之间的关联。

1776年，美国独立宣言提出“人人生而平等，任何人拥有生存权、自由权和追求幸福的权利，政府的正当权利，是经被统治者同意授予的”。在美国历史上，人权的重要性不言而喻，但建国后的100多年时间里，美国政府并不能对威胁公民健康生存的疾病风险承担全面的责任，倡导创新精神的商业机构也很少通过金融工具涉足医疗健康领域，这一方面是由美国当时急于摆脱英国统治，寻求政治经济独立的特殊历史阶段决定的，美国政府没有欧洲国家那样的财力和物力积累，在应对健康风险

上难以有所作为。另一方面也是健康风险本身的特性决定的，因为这一时期，威胁人类健康的疾病风险主要是急性和慢性传染病，营养不良以及寄生虫病，生存尚且困难，治病就更加不易，人类通过医疗技术手段逆转或应对疾病风险的能力极为有限。

20世纪初，医学技术在控制鼠疫、伤寒等流行病和传染病上取得了实质性突破，西方资本家最为担忧的劳工健康和生产力问题得到了保证，大部分疾病风险成为可保风险。美国政府作为世界战争的受益者，积累了一定的财力，在应对健康风险的手段选择上也更加自如。在这一时期，基于生物因素的疾病谱和医学模式引导了西方医学科学技术的发展，商业机构纷纷进入保险领域，开发了以费用报销为主要特征的医疗费用保险产品，得到雇主和雇员的普遍欢迎。

随着疾病谱的变化，健康和医疗风险的内涵发生了变化。20世纪30年代，生物-心理健康成为人们对健康状态的共同理解，而衡量健康状态的标准也从单纯的医学指标扩展到生命质量指标，医学模式从一维发展到二维。这一时期，行为生活方式导致的心脑血管疾病，以及战争阴影下的心因性疾病成为危害健康的主要因素，但由于健康危险因素的测量在当时带有一定主观性，疾病风险事件的产生又存在一定滞后，商业机构提供的产品仍集中在生物因素导致的财务损失风险应对上，费用报销管理仍然是商业健康保险的主要特征。

70年代末，关于生命质量的研究取得重大进展，医学领域研制出来的数以百计的测定量表对健康危险因素进行了全面客观的判断，逐渐形成以生物-心理-社会因素为核心的现代医学模式，这一时期的疾病谱，逐渐转变为高血脂、高血压、高血糖等营养过剩的富贵病，和心理、社会压力过大环境下的机体功能紊乱症。1997年，美国精神病和心身医学教授恩格尔提出生物心理社会医学模式，再一次引领了健康风险理论的发展，但在保险实务界，由于对社会风险因素和损失程度进行评估的难度较大，商业机构的风险补偿模式受到了极大冲击，但部分眼光深远的公司，开始从末端的风险补偿功能绕到前端的风险预防功能，并尝试介入医疗服务过程，从而更为有效地应对医疗风险。这一时期，管理式医疗的观点逐渐在被保险人、保险公司和医疗服务提供者间得到普

<sup>11</sup> 范娟娟，澳大利亚私人健康保险监管现状及启示，中国保险，2010年02期

及和推广。90年代末期,美国完成了由传统的费用报销型到管理式医疗的转型,传统费用报销型业务的市场份额从1993年的46%下降到1999年的9%。

与许多国家不同,美国是一个医疗卫生资源极为丰富的国家,在和平年代中成长的美国公民均把医生和律师作为第一职业选择。到了80年代,美国医生数量迅速增加,病房、各种检查诊断、治疗及辅助设备出现大量闲置;同期,随着金融服务行业的快速发展,保险公司积累了大量客户,保险公司在与医疗机构的博弈中,掌握了一定的话语权,这为保险机构介入医疗服务提供了机会;更为重要的是,美国政府通过税收减免政策鼓励私人 and 雇主购买商业健康保险,极大地促进了保险公司的发展。但随着基因工程技术的发展,尤其是进入21世纪,人类对疾病风险的认识从完全陌生到相对确定,从可保风险角度,部分医疗风险经历了不可保到可保再到不可保的过程。这一时期,从保险中派生出的第三方管理机构,实质上已经不是风险管理机构,而是服务提供机构。2002年,美国60%以上的雇主使用了某种形式的第三方管理服务,包括基础行政管理,账单审核和报销,医疗管理,法律咨询等。

以上,从三个角度分析了商业健康保险的发展。在政府职能视角,由于健康是公民的基本权利,政府部门在力所能及的情况下,一般会通过社会保险方式提供健康保险服务,但政府承担所有健康风险的能力有限,保障程度通常不高,除非遇到战争或政权变更等临时性的重大事件。同时,在政局较为稳定时期,满足国民的健康保险需求成为政党争取选票的重要手段,政府部门委托商业机构进行健康保险的运营管理成为趋势。在法律法规视角,由于操作难度较大,不同国家都先后出台了支持商业健康保险发展的政策,相对而言,财政税收手段的效果最为直接。在医疗技术视角,由于健康风险与医疗技术息息相关,人类对健康风险的认识慢慢从局部到整体,应对手段逐渐从被动到主动,而覆盖疾病风险的健康保险产品,其商品属性在各个阶段都不明显。这些判断不是基于三个完全不同的视角得出的,因为,健康保险产品和服务所对应的基本人权、商业操作难度大、产品的非商品属性等特征,集合在一起,实际上对应了健康保险的“公共物品”视角<sup>[8]</sup>。

保罗·萨缪尔森认为“公共物品是增加一个人对该物品的消费,并不同时减少其他人对该物品消费的那类物品”,理查德·马斯格雷夫认为“公共物品是非竞争性消费的物品,通常还具有消费上的非排他性”,詹姆斯·布坎南认为“公共物品是通过政治制度实现需求与供给的那一类物品”<sup>[9]</sup>。从风险应对的角度,政府主导的免费预防接种、健康保险机构提供的健康教育等服务,具备公共物品特性,而在实际操作中,健康保险依赖财政税收政策扶持的特性,也表明按照公共物品属性运行健康保险是行之有效的办法。以上论述将在后续研究中深入探讨。

综合来看,商业健康保险的发展是众多因素共同作用和推进的结果,但出于健康保险的公共物品属性,从制度设计开始的,由政府推动的,自上而下的发展应该成为主要路径,而自发的,由市场推动的,自下而上的发展只能是有益的补充。

### III. 对我国商业健康保险发展历程的分析和具体建议

要论证健康保险的既往经验,不论是时间跨度,还是模式本身,国内的积累显然不够;因此,要结合国外、尤其是发达国家的经验教训,归纳出健康保险发展的内在规律和常规路径,作为参照并找出可供借鉴的内容。但是,中国从半封建、半殖民地社会进入到社会主义社会,经历的是帝王政治到民主政治的巨变,与西方国家在同一时间纬度上的经济基础和上层建筑差异巨大。这就需要在借鉴国外经验的时候,重新回到中国自身的发展历程上,结合我国经济社会发展所处的特定阶段,综合政治、经济、文化、社会等要素,分析我国健康保险发展进程中存在的主要问题,并对这些问题的性质、成因、潜在影响、解决措施等进行深入研究,才能得出我国商业健康保险发展的路径选择,以及与之配套的政策建议。

#### A. 我国商业健康保险发展历程

商业健康保险在中国出现的时间较短,只有三十余年。为方便研究,我们按时间序列把它划分为四段:一是1982年由中国人民保险公司经办的上海市合作社职工医疗保险,开创了国内商业健康险业务第一单;二是到1995年,保险公司推出重大疾病附加保险,充实和

完善寿险保单责任；三是城镇职工基本医疗保险制度改革前后，保险公司以寿险附加型的健康险经营模式快速拓展市场；四是到 2004 年，出现了人保健康等一批专业性的健康保险公司。这四段时间，反映了我国商业健康保险从一笔业务、一类产品、一种模式到一个主体的探索，取得了积极成效。但从经营结果看，我国商业健康保险的发展不够理想，主要表现在三个方面：

一是健康保险的供需不平衡。虽然健康保险是我国老百姓的第一保险需求，但实际购买的保险产品非常有限，健康险市场份额偏低，1999 年不到 3%，最高年份也不到 7%，与成熟市场 10% 以上的市场份额有一定差距，2008 年，国家主导模式的英国为 10.7%，市场主导模式的美国为 39%。二是保险补偿和社会管理功能发挥有限。2007 年，我国健康险保费支付的医疗费用占医疗卫生总费用的比例不足 1%，市场主导模式的美国为 37%，国家保障为代表的英国为 11.9%，德国为 9%。三是政策引导效果不明显。《健康保险管理办法》出台以前，我国健康保险保费的复合增长率 49.55%，在财产、人寿、意外和健康险的四个分类中增长最快，业务占比从 1999 年的 2.62% 提高到 2005 年的 6.34%；2005 年以后，健康保险保费的复合增长率 15.53%，业务增速在四类业务中最慢，保费占比从 2006 年的 6.68% 下降到 2011 年的 4.82%。

我国商业健康保险发展历程虽然不长，但正值改革开放的关键时期，加上健康保障涉及政治、经济、文化等诸多方面，关系较为复杂，需要系统地加以论述。为保持连续性和表达作者的观点，以下从几个重要事件入手，提供简要的概览。

一是城镇职工基本医疗制度改革，1996-1997 年，朱镕基总理对医疗保障制度改革观点“我认为医疗保险筹资不能根据需要，只能根据可能。在这个低标准的基本医疗保障水平以上的医疗需求怎么办？我看，就要靠商业保险、企业补充保险和社会救济这三个渠道。医疗保险不要像养老保险以前那样搞部分行业统筹，基本医疗保险从一开始就要全面覆盖，各个行业都必须交纳基本医疗保险基金用于社会统筹。”基本医疗保险制度改革解决了商业健康保险的定位问题，提供了业务发展的广阔空间，即政府根据筹资可能办基本的事情，市

场根据客户需要办补充的事情，1998-2005 年，健康险业务得以快速发展与此不无关系。

二是健康保险实行专业化经营，2006 年，保监会颁布实施《健康保险管理办法》，随着健康险专业化经营模式的确立，健康险经营的进入门槛提高，风险管控要求明显提升，但由于缺乏配套政策扶持（如税收政策），健康险的市场局面并没有如期打开。对比国外扶持健康险发展的税收政策，我国目前实施的国税发[2003]45 号（国家税务总局《关于执行〈企业会计制度〉需要明确的有关所得税问题的通知》）和财企[2003]61 号《财政部关于企业为职工购买保险有关财务处理问题的通知》，仍然是 2000 年和 2001 年政策的延续<sup>[11]</sup>。由于补偿力度有限，而且在提高健康保险经营资格背景下，出现健康保险业务的相对下滑也是情理中的事。

三是医疗卫生体制改革<sup>[10]</sup>，2009 年，《中共中央、国务院关于深化医药卫生体制改革意见》明确提出要积极发展商业健康保险，在确保基金安全和有效监管的前提下，积极提倡以政府购买医疗保障服务的方式，探索委托具有资质的商业保险机构经办各类医疗保障管理服务。

## B. 存在的主要问题

结合国外商业健康保险发展历程，我国健康保险发展不利的原因主要有四个：一是顶层设计不完善，政府职能在健康保险商业化运作中应该扮演的角色定位不够突出。二是政策配套不完善，如法律体系不健全，关键时期的财税支持力度不够等。三是医疗环境不健康，医疗服务环节存在严重的“诱致需求”，风险管理难度较大。四是健康保险的运营模式较粗放，虽然专业化经营提高了健康险的运营要求，但总体上我国商业健康保险机构仍然采用费用报销型管控思路，竞争焦点放在风险规避而不是降低成本、提高服务质量上，与客户需求存在较大差距。

人类在用市场手段应对健康风险自然属性的过程中取得了较多经验，但在应对健康风险诸如制度因素、环境因素、行为心理因素等社会属性的时候，市场手段会失灵，而计划手段往往产生一定效果<sup>[13]</sup>。由于健康保险具有一定的公共物品特性，我国短短三十年的商业健康保险运行实践，也经历和遇到了其他国家上百

年发展历程中出现的问题，这中间必然存在一定的规律。有关这部分观点，作者将作专题深入研究。

### C.对商业机构的建议

结合以上分析，我国商业健康保险的发展路径应在计划经济和市场经济中间找到一个平衡，从制度设计来看，公私合营是必然的选择，配套法律法规应对经营主体给予差异化的扶持政策，而在商业机构自身的运行管理上，传统的费用报销模式、介入风险管控的管理式医疗模式和无风险的第三方管理模式均应成为当前的组织行为方式，以寻求适合我国商业健康保险发展路径的最佳组合。这需要保险人、被保险人和监管机构共同努力，限于篇幅，以下重点从商业保险机构的角度，提几点具体建议。

#### 1) 产品设计

##### (1) 明确市场定位

2006 年以来，我国基本医疗保障体系初步建立，由劳社、卫生、民政部门主办的“全民医疗”保险框架，为商业机构提供了明确的市场机遇。按照现有政策<sup>[2]</sup>，我国商业健康保险可开展与城镇职工基本医疗保险、城镇居民基本医疗保险以及新型农村合作医疗相补充的中高端医疗保险，以及通过更加灵活高效的手段提供的替代性健康保险产品和服务。

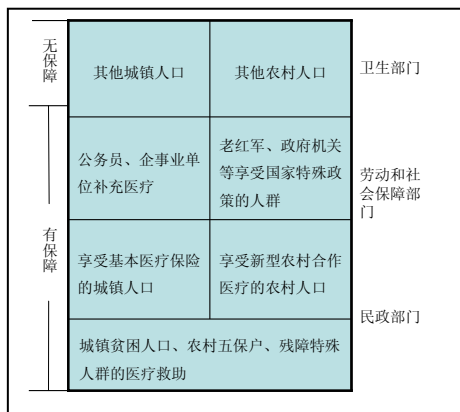


图 1. 中国商业健康保险覆盖人群示意

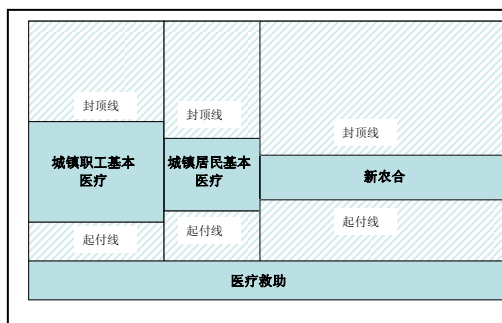


图 2. 中国社会医疗保险与商业健康保险关系

#### (2) 做好客户分类

客户分类是研究客户需求的基础，也是保险产品设计的前提。目前，常规分类方式有：按照按承保对象分为个人被保险人、团体被保险人，按交费对象分为个人投保人、雇主投保人、政府投保人（财政税收安排），按付费对象分为个人受益人、团体受益人、医疗机构，按服务对象分为投保人（个人、团体）、被保险人（个人、团体）、营销员，按人口特征如保障状况、收入水平、居住区域、就业状况等。

按照管理学优先要素理论，客户分析的核心是购买决策环节及产品适应性分析，即承保对象和交费对象分析，然后是后续服务提供及费用结算方式分析，即付费对象和服务对象分析；结合人口特征交叉分组后，可以找到不同客户分类后的健康保险关键需求点。

一是按承保对象特征分类，其健康保险需求点如下。

表 1. 按承保对象特征分类

	分类特征	健康保险需求点
A 群体	有城镇职工基本医疗保险	便捷的医疗保健服务，各种类型的财务补偿计划
B 群体	有城镇居民基本医疗保险	针对大额医疗费用的财务补偿计划
C 群体	有新型农村合作医疗	针对常规医疗及大额医疗费用的财务补偿计划

二是按缴费对象特征分类，其健康保险需求点如下。

表 2.1. 按个人缴费对象特征分类

个人	分类特征	健康保险需求点
A 群体	高收入	注重医疗服务质量和可及性的保障方案
B 群体	中等收入	兼顾医疗服务质量、可及性和财务补偿内容的方案
C 群体	低收入	注重交费水平和财务补偿额度的保障方案

表 2.2 按团体缴费对象特征分类

团体	分类特征	健康保险需求点
A 群体	大型团体，效益好	委托管理或自保，完善基本保障之外的员工福利计划
B 群体	大型团体，效益一般	委托管理，基本保障之外适度的补充计划

C 群体	中型团体, 效益好	委托管理或购买商业计划, 完善基本保障外的员工福利计划
D 群体	中型团体, 效益一般	委托管理或购买商业计划, 基本保障之外适度的补充计划
E 群体	小型团体, 效益好	购买商业计划, 完善基本保障之外的员工福利计划
F 群体	小型团体, 效益一般	购买商业计划, 基本保障之外适度的补充计划

表 2.3 按政府缴费对象特征分类

政府	分类特征	健康保险需求点
A 群体	财政筹资或政策要求, 全部风险委托	承担风险的第三方管理内容
B 群体	财政筹资或政策要求, 部分风险委托	部分承担风险的第三方管理内容
C 群体	财政筹资或政策要求, 无风险委托	业务操作概念的第三方管理

三是按付费对象特征分类, 其健康保险需求点如下: 个人, 针对个体受益人, 健康保险需求点为根据保险大数法则确定的财务补偿计划。团体, 针对企业受益人, 健康保险需求点为根据预付制、后付制等方式确定的财务补偿计划。医疗机构, 针对医疗服务提供组织, 健康保险需求点为利用 DRG、总额包干、人头付费等方式确定的服务结算或补偿计划。

四是按服务对象特征分类, 其健康保险需求点如下: 投保人, 关键点是如何让公司在众多竞争者中脱颖而出, 成为投保人的最终选择。被保险人, 关键点是如何让公司的产品成为适合被保险人实际需求的方案。营销队伍, 关键点是如何吸引留存以及培育高产能的销售团队, 围绕产品、薪酬福利方案等制定配套举措。

### (3) 进行产品开发

一是结合客户健康状况进行产品开发设计和改造。主要根据生物医学模式对应的健康定义, 按照是否有明确疾病诊断或出现器质性改变的情形, 分为健康状况良好、健康状况出现急性改变, 以及健康状况发生慢性改变三类, 差异化的设计现金补偿方案、致死性疾病保险、医疗保险、收入损失保险、长期护理保险, 以及康复理疗类健康管理服务, 做好现有健康保险产品的设计、改造和升级。

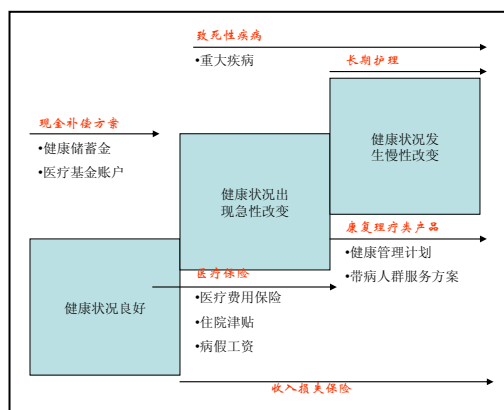


图 3. 按客户健康状况开发产品路线图

二是结合医疗服务提供水平进行产品开发研究和论证。结合客户预期的医疗服务要求, 加强新产品的研究论证工作。如根据客户健康状态从好到外, 服务需求水平从低到高设计产品, 针对服务要求高的客户提供预防性医疗服务产品, 对慢性病患者提供常规性医疗服务方案, 对重症、急性病或致死性疾病患者提供高额医疗保障并提供医疗服务方案。

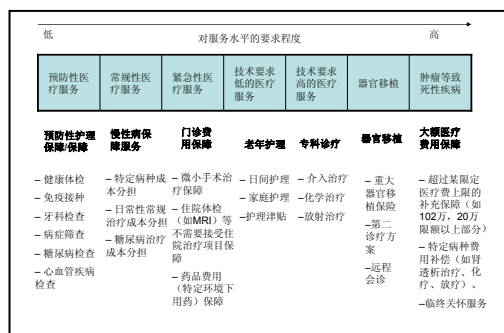


图 4. 按服务水平提供程度开发产品路线图

三是结合国外健康保险发展趋势进行产品开发学习和储备。结合美国传统费用报销型到管理式医疗的健康保险发展路径, 加强健康保险发展趋势研究, 做好国外新产品的学习、吸收和引进工作。

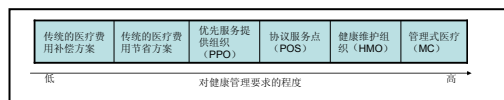


图 5. 国外健康保险产品演进路线图

同时, 由于健康风险中占据主要位置的系统性医疗风险, 一般的风险管理技术难以发挥效果, 需要借助类似于巨灾风险管理的办法才能有效应对<sup>[14]</sup>。因此, 商业健康保险机构应组织力量, 研究论证巨灾风险管理思路融入健康保险的可行做法。

## 2) 渠道设计

从保险公司的现有销售渠道看，可大致分为3类12个。第一类是中介/代理渠道，包括经纪公司、专业、兼业代理公司、银行/邮政，以及媒体（广播、电视、报纸等）四个渠道；第二类是专属代理人渠道，包括健康咨询顾问、渠道销售专员，以及区域服务专员三个渠道；第三类是公司直销渠道，包括电话、信函、网站、保险超市，以及门店五个渠道。

由于健康险产品在保险责任、免责规定、医疗行为、给付方式等方面的描述比一般产寿险产品抽象，客户理解难度相对较大。因此，中国市场的健康险销售渠道发展方向是：传统销售渠道的个人产品，应通过类似于理财规划师的专属代理人操作，团体产品应通过属于公司雇员的团险专员实现；要逐步强化通过经纪或代理公司操作的非直销渠道；在当前阶段，电话、信函、网络等直接销售方式的操作难度较大，不宜开展。

资源上下工夫，对需要基础建设和创新性开展的要经过充分的试点论证，在试点成功的经验上再做大面积推广。同时，低成本的考虑还要注意渠道发展后期的扩展性和转换问题，因为健康保险核心优势会随着与医疗（保健）服务提供者合作关系的逐步深入而充分彰显，按照美国的发展模式，健康保险作为核心业务还将延伸到健康保健企业等多种产品领域；因此，销售渠道建设需考虑如何在医疗卫生领域下工夫的同时，保留转型或扩展的灵活性。

二是与产品配套原则。渠道永远是支持

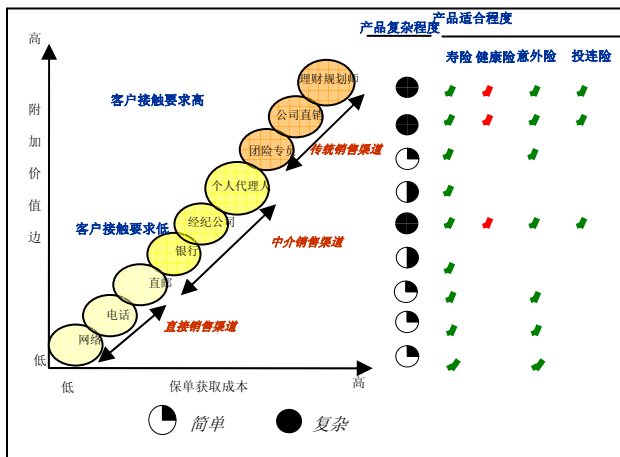


图6. 不同险种的销售渠道适用性比较

鉴于中国当前法律环境和政策体系还不成熟<sup>[15]</sup>，商业健康保险的市场接受度、国民健康保健意识、健康险产品特点、政府相关政策举措、法律法规，以及社会保障体系等方面的特点，健康保险公司的渠道设计，可遵循以下原则：

一是低成本原则。要考虑对现有资源和网络的充分利用以降低建设成本、提高综合效益；另一个是对前期需要大额投入而后期产出并不明朗的渠道建设，必须进行充分的可行性论证和投产分析，限定在局部范围试点以获取充足的经验。在考虑建设成本的同时，新型销售渠道也需要有明确的任务目标，并提供战略性投入予以支持。低成本的核心是鼓励在现有

产品销售的，因此在考虑渠道建设的时候，保险公司拥有什么样的产品，未来将开发什么样的产品必须是清晰的。对于医疗费用、失能收入损失、长期护理、特定疾病、牙科/眼科等不同类别的健康险，对销售渠道的要求也不尽相同，在进行渠道建设的时候，一定要抓住产品特性。概括起来，中国目前健康险产品的特点是：产品多为短期险，每年单独投保；保险责任逆选择风险大，核保环节要求较高；理赔机会较大，客户与公司接触较为频繁，且赔款以1000元上下的小额赔付为主。针对这些特点，寿险公司主要通过个人代理人和公司直销两个渠道进行健康险销售，由于件均保费不高，采用以附加险搭配销售或组合销售模式，既节约成本又促进销售。但对专业公司而言，传统意义的个人代理人制不仅优势不明显，还可能因产品线的问题难以留存；同时，健康险服务需求较多的特性，也使得产品销售的同时应更多的考虑服务功能的实现。目前，由于涉及牙科/眼科、失能、护理等责任的新型健康险产品缺乏，在设计新型销售渠道的同时，也应提出合理的产品责任、销售模式、预

计成本等信息，以协助产品设计的快速实现，确保产品更有市场针对性和竞争力。

三是效益原则。新渠道的设计必然涉及投入产出问题，对投入要坚持低成本原则外，对产出需要用效益原则进行评估。每个新渠道建设的提案，具体的保费计划和利润指标即是最直接的效益指标，是评估该渠道建设的主要依据；同时，对密切政府关系及增强潜在市场影响力，进行有效客户及经验数据积累等方面的因素也要综合考虑。

四是可操作性原则。要基于保险公司各阶段的能力现状，尤其是对新渠道的建设开发，要充分整合销售管理、产品开发、信息技术、客户服务、健康管理等公司核心部门资源，详细加以设计和论证，通过细化各环节关键点、形成具体渠道建设方案，经过操作性评估后再开展建设。

### 3) 运营设计

健康保险的运营设计主要基于运营模式的选择，结合国外商业健康保险经营管理模式，可划分为医疗费用报销模式、管理式医疗模式和第三方管理模式，这三种模式的特点各异，管控要点也有极大差别。

#### (1) 医疗费用报销模式

该模式基于疾病、住院、护理、失能等的发生概率和损失程度，通过历史经验、精算技术和数学模型，确定不同损失情形下的医疗费用补偿标准，保险合同规定了保险公司与被保险人的权利义务，对医疗服务提供者没有直接约束力。我国的大部分商业健康保险机构采取该模式，对医疗风险进行事后补偿。

#### (2) 管理式医疗模式

该模式在医疗费用报销管理之上，通过与医院及医生资本层面的深层次合作，增加了对医疗服务提供者的管理，介入到疾病、住院、护理、失能等医疗服务过程。我国的专业健康保险公司在尝试该模式，对医疗风险进行事前预防、事中干预、事后补偿。

#### (3) 第三方管理模式

与前两种模式最大的差别在于，第三方管理只收取服务费，不承担保险风险。我国新农合经办业务就是典型的第三方管理模式。2011年，全国共有 134 个县由保险公司参与经办服务，覆盖 3000 万人，委托管理资金 46 亿元。

运营模式的设计不仅要考虑当前业务的管控模式，还应结合未来业务的发展方向。目

前，为满足新医改方案提出的“全民医保”目标，政府部门和私人机构需要携手合作，建立“公私合营”机制，提供品种丰富、种类齐全的健康保险产品和服务，在满足基本需求的同时，更好地提供个性化、多元化服务，不断改善人民物质文化生活水平。公私合营的实质是借助公立机构力量完成私人机构难以做到或难以做好的环节，如筹资环节、医疗服务提供环节，在确保公平的前提下提高效率。包括：公举私办，即政府负责筹资，将筹集到的资金委托私人机构管理；公私合办，即改革部分公立医院，允许民营资本进入医疗机构等。围绕新医改目标，我国商业健康保险机构除了传统的医疗费用报销管理模式外，在管理式医疗和第三方管理上将大有作为，这也对保险机构的资金运用和医疗卫生资源整合等提出了具体要求。

需要说明的是，文章立论之初，作者试图构造适合中国商业健康保险理论和实践发展需要的、体系较为完整的研究报告，论述中，尽力想跳出传统保险理论视野，希望通过对经济学、管理学、医学、社会学等学科知识的整合，从保险人、被保险人、监管者角度对制约我国商业健康保险发展的问题进行分析，并对现阶段健康保险实务操作中遇到的客户需求、业务性质、风险管理、监管政策等核心内容进行探讨。但由于时间、精力和学识的限制，很多观点仅在概念上提及，尚未深入下去和综合论证，部分观点在当前实务及学术界都还存在争议；部分内容是为了在逻辑上支持相关结论和政策建议，为后期研究所做的铺垫。因此，文章虽然涉及面较广，但更多地站在保险机构的立场，很多内容还留待后期进一步加以补充、修改和完善。

## References

- [1] Chentao, Health Insurance, South West China Finacial University Press, 2002  
陈滔，健康保险，西南财经大学出版社，2002年
- [2] Geyanfeng, Gongsen, The source and way about China Healthcare reform, China Development Press, 2007  
葛延风，贡森，中国医改问题根源出路，中国发展出版社 2007年
- [3] Zhuminlai, Kuichao, Analysis on commercial health insurance position in the new healthcare reform, Comparative Economic & Social Systems, vol. 1, 2007



朱铭来, 奎潮, 论商业健康保险在新医疗保障体系中的地位, 《经济社会体制比较》, 2009年第1期

[4] Joshi V D, Lim J F Y, Health insurance in Singapore: Who is not included and why? Singapore Med J 2010; 515(5):399

[5] Fengyu, Analysis on the reason why first social security system happened in Germany, The News World, No.10, 2011

冯瑜, 浅析德国率先建立社会保障制度的原因, 新闻世界, 2011年第10期

[6] Sir Winston Leonard Spencer Churchill, Reminiscences on the second world war, Vol.1, South China Press, 2005

温斯顿·丘吉尔, 第二次世界大战回忆录, 第一卷, 南方出版社, 2005年

[7] Wangzhijun, Commercial health insurance in different countries, Journal of China Insurance, No.8, 2008

王治军, 各国商业健康保险, 中国保险, 2008年第8期

[8] Mary E Northridge, John F Duane. Serving the Public Good. American Journal of Public Health. Mar 2009. Vol. 99, Iss. 3; pg. 393, 1 pgs

[9] Majun, Issue on the properties public goods, Journal of China Women's University, Vol.1, 2012

马珺, 公共物品问题: 文献述评, 《中华女子学院学报》, 2012年第1期

[10] Guqin, The position of Commercial health insurance in national health care, Comparative Economic & Social Systems, vol.6, 2009

顾昕, 商业健康保险在全民医保中的地位, 《经济社会体制比较》, 2009年第6期

[11] Zhuminlai, Dingjihong, Study on the Tax policy on health insurance in different countries, Comparative Economic & Social Systems, vol.2, 2008

朱铭来, 丁继红, 健康保险税收优惠政策的国际比较研究, 《经济社会体制比较》, 2008年第2期

[12] Liuyihui, Understanding the 'Economics Logic' of China, Journal of Finance, 16th, Jan, 2012

刘煜辉, 理解中国“经济的逻辑”, 《财经》, 2012年1月16日

[13] Guofeng, Sunlinyuan, Study on moral hazard in health insurance, Economic Journal, No.6, 2003

国锋, 孙林岩, 健康保险中道德风险影响研究, 《经济科学》, 2003年第6期

[14] Fengpengchen, Wangzhongsheng, Thinking about China commercial health insurance development, Finance Teaching and research, No.4, 2006

冯鹏程, 王忠生, 对我国发展商业健康保险的思考, 《金融教学与研究》2006年04期

[15] Makai, Some issues on the government under the rule of law in china, Journal of China National School of Administration, No.5, 2011

马凯, 关于建设中国特色社会主义法治政府的几个问题, 《国家行政学院学报》, 2011年第5期

## 中国商业健康保险的发展路径研究

王治军<sup>1</sup>, 王沁<sup>2</sup>

<sup>1</sup>战略发展部, 中国人寿财产保险股份有限公司, 北京, 中国, 100140

<sup>2</sup>销售交易部, 中国国际金融公司, 北京, 中国, 100004

**摘要:** 健康保险是保险中较为特殊的分类, 由于保险标的是健康风险和与之相关的财务损失, 跨越了保险与医学两个领域, 涉及疾病、诊疗费用, 医疗服务的方方面面, 风险识别和防范的复杂程度高, 对医疗卫生环境和政府干预的依赖性强, 在精算定价、核保核赔、销售管理等环节不同于传统的财产和人寿保险, 这些特性决定了健康保险在实际运营中承保利润边际偏小且不稳定, 商业化运作的难度较大。考察西方发达国家的健康保险发展历程, 在某些特定阶段, 出于政权稳定及社会管理的需要, 政府会强化健康保健的公共物品属性, 部分推崇社会福利的学者, 甚至否认健康风险可以通过财务筹融资方式得到解决, 极力推动政府构建以社会保险为核心的医疗保障体系。在美国, 虽然商业途径提供健康保险成为主流, 但健康保险的运行中仍有较多的政府干预行为。中国商业健康保险的发展路径过去是什么样的, 未来应该如何? 在理论和实践上都缺乏总结。本研究通过对国外商业健康保险发展脉络的梳理, 找出在不同层面制约和促进健康保险发展的关键因素, 在借鉴国际经验的基础上, 对照中国的政治、经济、文化和社会实际, 循着我国社会的工业化、城市化、国际化发展路径, 以及市场经济体制改革的进程和轨迹, 结合历届政府在医疗健康保障问题上的政策主张, 分析我国商业健康保险实现繁荣发展的基本要素和可能途径。研究表明: 公私合营是现阶段健康保险发展的最佳路径, 对公端, 第三方管理是首选, 对私端, 授权经营是基础, 在产品的设计时, 应充分考虑公共物品属性的强弱进行差异性开发。换句话说, 对公共物品属性强的基本和低端医疗保障需求, 要加强与政府的合作, 通过强制保险、委托服务方式开展; 对私人物品属性强的补充和高端医疗保障需求, 政府应制定区别于寿险与财险的差异化政策, 推进健康险的专营或授权经营。保险公司应加强整合医疗服务资源的产品设计和开发, 这是健康险繁荣发展进程中不可逾越的环节。

**关键词:** 健康保险; 健康保障风险; 保险公司; 被保险人; 医疗服务提供者