

# 新医改环境下我国商业健康保险发展的现状、问题与对策

严晓玲<sup>1,2\*</sup> 王洪国<sup>3</sup> 陈红敬<sup>1,4</sup> 杨柳<sup>1,2</sup> 饶克勤<sup>5</sup>

1. 北京协和医学院 北京 100730
2. 中国医学科学院医学信息研究所 北京 100020
3. 北京大学人民医院 北京 100044
4. 中国医学科学院 北京 100730
5. 中华医学会 北京 100710

**【摘要】**在我国,商业健康保险与基本医疗保险、补充医疗保险、医疗救助共同构成了覆盖城乡居民的多层次医疗保障体系。经过近三十年的发展,我国商业健康保险在市场覆盖、保费收入、赔付支出、风险控制、行业监管等方面取得了一定进展。但是,商业健康保险发展过程中也面临着医疗保障作用发挥不够充分、专业化水平不高、风险控制能力薄弱等问题。本文在阐述我国商业健康保险发展现状和问题的基础上,提出其发展策略:一是拓展业务领域,充分发挥商业健康保险的作用;二是构建组织和经营体系,提高专业化经营水平;三是多措并举,加强风险控制能力;四是以承办城乡居民大病保险为契机,转变发展模式。

**【关键词】**商业健康保险;现状;问题;发展策略

中图分类号:R197.1 文献标识码:A doi: 10.3969/j.issn.1674-2982.2013.05.009

## Commercial health insurance under the new healthcare reform: Statuses, problems and strategies

YAN Xiao-ling<sup>1,2</sup>, WANG Hong-guo<sup>3</sup>, CHEN Hong-jing<sup>1,4</sup>, YANG Liu<sup>1,2</sup>, RAO Ke-qin<sup>5</sup>

1. Peking Union Medical College, Beijing 100730, China
2. Institution of Medical Information, Chinese Academy of Medical Sciences, Beijing 100020, China
3. Peking University People's Hospital, Beijing 100044, China
4. Chinese Academy of Medical Sciences, Beijing 100730, CHina
5. Chinese Medical Association, Beijing 100710, China

**【Abstract】**In China, a multi-level medical security system covers both urban and rural residents and includes commercial health insurance, primary medical insurances, other supplementary medical insurances and assistance. After nearly three decades, commercial health insurance has progressed in terms of market coverage, premiums, claims paid, risk control, and industry regulation. However, commercial health insurance also has some problems, including the insufficient role of health insurance, lack of professionalism, and weak risk control. In this article, we propose strategies for developing commercial health insurance. First, we suggest expanding business areas to give full play to the role of commercial health insurance. Second, we suggest setting up an organizational and operating system to improve the level of professional management. Third, we suggest exploring a variety of practices to strengthen risk control ability. Fourth, we suggest establishing catastrophic health care coverage for urban and rural residents.

**【Key words】**Commercial health insurance; Status; Problems; Strategies of development

\* 基金项目:卫生部政法司《现阶段中国医疗保障制度发展研究》课题

作者简介:严晓玲,女(1987年—),硕士研究生,主要研究方向为卫生政策与管理。E-mail:yanxiaoling08@163.com

通信作者:饶克勤。E-mail:raokeqin@cma.org.cn

商业健康保险是指以被保险人的身体为保险标的,保证被保险人在疾病或意外事故所致伤害时的直接费用或间接损失获得补偿的保险,包括疾病保险、医疗保险、收入保障保险和长期看护保险。<sup>[1]</sup>我国商业健康保险始于 20 世纪 80 年代初国内保险业复业时期,经过近三十年的发展,健康保险业务快速增长。2009 年中共中央、国务院《关于深化医药卫生体制改革的意见》明确提出:要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;在确保基金安全和有效监管的前提下,积极倡导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。2012 年我国城乡居民大病医疗保险新政为商业保险机构承办城乡居民大病医疗保险提供了政策支持。新医改为商业健康保险的进一步发展提供了良好的政策环境,如果充分发挥商业健康保险的作用,满足人民群众多层次、多样化的健康保障需求,需要开展研究。本文在分析我国商业健康保险发展现状和问题的基础上,提出其发展策略。

## 1 我国商业健康保险发展现状

### 1.1 市场覆盖

2010 年,我国居民购买商业医疗保险的比例为 6.3%,其中城市居民为 6.0%,农村居民为 6.4%。

在购买商业医疗保险的居民中,绝大部分都参加了社会医疗保险,两者均有的居民为 5.5%,仅有 0.8% 调查人口只购买商业医疗保险(城市 1.8%,农村 0.4%)。农村居民购买商业医疗保险的比例高于城市居民,但农村居民更多的是同时购买商业医疗保险和社会医疗保险,纯商业保险的比例很低,且低于城市居民的购买比例。从一类农村地区到四类农村地区,随着经济发展水平的下降,农村居民购买商业医疗保险的比例也降低。2003—2010 年,我国居民购买商业医疗保险的比例从 2003 年的 9.4% 下降至 2008 年的 6.9%,2010 年进一步下降至 6.3%,这一趋势与我国基本医疗保险的覆盖范围和保障水平的提高正好相反(表 1)。

### 1.2 筹资水平

我国商业健康保险保费收入持续快速增长,从 1999 年的 36.54 亿元增长至 2011 年的 691.72 亿元,年均增长率为 27.77%。然而,商业健康保险保费收入占卫生总费用的比重却很小,2008 年该比重达到 13 年中的最大值,也仅为 4.03%;此后,该比重回落,2011 年仅为 2.85%(表 2)。这种保障力度与保险业发达的国家相比有很大差距,同时也表明我国商业健康保险还有很大的发展空间。有研究指出,2015 年我国健康保险潜在的市场需求在 2 520 亿元~10 360 亿元之间,是 2011 年健康保险保费收入的 3.64 倍~14.98 倍。<sup>[2]</sup>

表 1 2003—2010 年调查居民购买商业医疗保险的比例(%)

年份	参保类型	城乡合计	城市	农村	大城市	中等城市	小城市	一类农村	二类农村	三类农村	四类农村
2010	商业医疗保险	6.3	6.0	6.4	7.6	4.6	5.5	10.8	4.9	6.0	3.3
	社保和商保	5.5	4.2	5.9	5.9	2.9	3.6	9.9	4.6	5.6	3.2
	纯商保	0.8	1.8	0.4	1.7	1.7	1.9	0.9	0.4	0.4	0.1
2008	商业医疗保险	6.9	6.9	6.9	7.9	6.3	6.3	9.4	7.4	6.8	2.2
	社保和商保	6.1	5.4	6.4	6.2	4.8	5.0	8.9	6.9	6.2	2.0
	纯商保	0.8	1.6	0.5	1.7	1.5	1.4	0.6	0.5	0.6	0.2
2003	商业医疗保险	9.4	9.3	9.4	9.7	11.6	6.9	12.1	11.5	8.3	3.4
	社保和商保	1.7	3.7	1.0	4.9	4.2	2.0	3.1	0.7	0.3	0.2
	纯商保	7.6	5.5	8.3	4.7	7.3	4.9	8.9	10.8	7.9	3.2

注:国家卫生服务调查根据人口规模,把城市地区分为大城市(非农业人口在 100 万以上,一般为省会城市)、中等城市、小城市(非农业人口在 30 万以下)三种类型;根据社会经济多个指标进行综合分类,把农村分为四类地区,即一类(相当于富裕农村)、二类(小康)、三类(温饱)和四类农村(贫困)。

数据来源:2003 年、2008 年的数据分别来源于第三、四次国家卫生服务调查;2010 年的数据来源于 2011 年 6 月卫生部组织的我国三年医改中期评估调查。

表2 1999—2011年我国商业健康保险保费收入及其占卫生总费用的比重

年份	商业健康保险保费收入(亿元)	卫生总费用(亿元)	商业健康保险保费收入占卫生总费用的比重(%)
1999	36.54	4 047.50	0.90
2000	65.48	4 586.63	1.43
2001	61.55	5 025.93	1.22
2002	122.45	5 790.03	2.11
2003	241.92	6 584.10	3.67
2004	259.87	7 590.29	3.42
2005	312.30	8 659.91	3.61
2006	376.90	9 843.34	3.83
2007	384.17	11 573.97	3.32
2008	585.46	14 535.40	4.03
2009	573.98	17 541.92	3.27
2010	677.47	19 980.39	3.39
2011	691.72	24 268.78	2.85

数据来源:商业健康保险保费收入数据来自中国保险监督管理委员会网站公布的历年统计数据;卫生总费用数据来自2012年中国卫生统计年鉴。

### 1.3 赔付水平

伴随保费收入的增长,赔付支出也稳步增长,从1999年的11亿元增长至2011年的359.67亿元,年均增长率为33.72%。赔付支出占个人卫生支出的比重也呈现出逐年稳步上升的良好态势。但相对于数额巨大的个人卫生支出,商业健康保险的赔付支出仍是微不足道。2011年,个人卫生支出为8 465.28亿元,商业健康保险赔付支出仅占个人卫生支出的4.25%(表3)。

表3 1999—2011年商业健康保险赔付支出及其占个人现金卫生支出的比重

年份	赔付支出(亿元)	个人卫生支出(亿元)	赔付支出占个人卫生支出的比重(%)
1999	11.00	2 260.55	0.49
2000	12.92	2 705.17	0.48
2001	33.52	3 013.89	1.11
2002	49.94	3 342.14	1.49
2003	69.90	3 678.66	1.90
2004	89.10	4 071.35	2.19
2005	107.92	4 520.98	2.39
2006	125.10	4 853.56	2.58
2007	116.86	5 098.66	2.29
2008	175.28	5 875.86	2.98
2009	217.03	6 571.16	3.30
2010	264.02	7 051.29	3.74
2011	359.67	8 465.28	4.25

数据来源:赔付支出数据来自中国保险监督管理委员会网站公布的历年统计数据;个人卫生支出数据来自2012年中国卫生统计年鉴。

### 1.4 风险控制

健康保险公司仍主要采用依靠被保险人的医疗单据进行理赔的传统模式,难以控制医疗费用,经营商业健康保险的公司的赔付率居高不下。据不完全统计,80%以上的公司赔付率超过80%,其中约40%的公司赔付率超过100%,个别公司甚至高达200%,加上公司的代理、管理等经营成本,公司基本处于亏损状态。<sup>[3]</sup>近几年,保险公司与医疗服务行业开展多种合作,加强医疗风险控制。例如,人保健康、平安健康和昆仑健康等健康保险公司建立了包括医保管理部门、医保定点医院等机构在内的医疗网络,建立稳固的合作关系,加强医疗行为监控、降低赔付比例。

### 1.5 行政监管

我国在1998年11月成立了中国保险监督管理委员会(简称“保监会”),根据国务院授权履行行政管理职能,依照法律、法规统一监督管理全国保险市场,维护保险业的合法、稳健运行。<sup>[4]</sup>中国保监会下发了《关于加快健康保险发展的指导意见》、《健康保险管理办法》、《关于保险业深入贯彻医改意见 积极参与多层次医疗保障体系建设的意见》以及统计制度等方面的规范性和指导性文件,同时,采取规范市场秩序、加强信息披露、推进行业标准建设等一系列有力措施,推动相关政策的贯彻落实,基本形成健康保险专业化监管框架,为保险业参与多层次医疗保障体系建设和健康保险专业化发展提供了制度保障和良好的市场环境。

## 2 我国商业健康保险发展面临的问题

### 2.1 公共保险对商业健康保险的挤出效应

国内外经验表明,在医疗保障领域,公共保险覆盖范围的扩大、补偿水平的提高都会对商业健康保险形成挤出效应。2004年、2007年,我国分别在农村和城镇启动了新型农村合作医疗和城镇居民基本医疗保险制度试点。经过试点与推广,2010年底新农合覆盖人口达到8.36亿、城镇居民医保覆盖人口1.95亿。同时,城镇职工医保把关闭破产企业退休人员和困难企业职工全部纳入,覆盖人数达到2.37亿。<sup>[5]</sup>目前我国三项基本医疗保障制度参保总人数达到12.8亿人,占全国人口总数的96%。民众能从

这些基本医疗保险中获得基本的医疗保障,这对商业健康保险形成挤出效应,城乡居民购买商业健康保险的比例逐渐降低,从 2003 年的 9.4% 降至 2010 年的 6.3%,尤其是纯商业保险覆盖人群的比例下降幅度最大,从 2003 年的 7.6% 降至 2010 年的 0.8%。

## 2.2 总体业务规模不大,保障力度有限

目前我国商业健康保险还处于初级阶段。健康险保费收入占人身险总保费收入比例自 2003 年起相对稳定在 8% 左右。2010 年,国内人身保险业务保费收入达到 10 632.33 亿元,同比增加 28.70 个百分点;健康险保费收入占国内人身保险业务保费收入的 6.37%,同比下降 0.58 个百分点。国际经验显示,一个成熟的保险市场,健康险保费收入占人身险总保费的比例一般要在 30% 左右。<sup>[6]</sup>我国商业健康保险在人身保险业务中的比重较小,与居民对健康保障的需求还有很大的差距。此外,我国商业健康保险的保费收入占卫生总费用比重和赔付支出占个人现金卫生支出的比重都较小,保障力度与保险业发达的国家相比还有很大差距。

## 2.3 专业化经营水平有待提升

目前我国只有四家专业健康保险公司(人保健康、平安健康、昆仑健康及和谐健康),2010 年这四家专业健康保险公司保费收入为 96.68 亿元,仅占健康险总保费的 14.27%。<sup>[7]</sup>专业健康保险公司在我国还没有成熟的经营模式可供借鉴,仍处于探索阶段,经营难度大。他们缺乏专属的经营领域,面临夹缝中求生存的困境,市场拓展难度很大。一部分专业健康保险公司在经营上遇到困难,甚至转制为寿险公司。而大多数寿险公司、财险公司将健康保险同其主营保险业务捆绑在一起经营,专业人才匮乏,产品开发技术落后,盈利能力低下,直接影响了健康保险的进一步发展。

## 2.4 风险控制能力有待加强

我国尚未建立起保险公司与医疗卫生服务提供机构的谈判机制,且我国医疗资源分布严重不均,保险公司与病源充足的大医院谈判能力有限,很难建立可以影响医院医疗行为和医药费用的深层次合作机制。此外,我国按服务项目付费的支付方式容易诱导需求,而保险公司主要依靠被保险人的医疗单

据进行理赔,没有实现对医院的直接供款,难以形成第三方支付方对医疗服务过程的监督和约束机制,难以控制医疗费用。从美国、加拿大、德国大型健康保险公司的实践来看,它们覆盖大量的医药消费者,培育强大的医药专业能力,建立与医疗卫生服务提供方、药品供应商的谈判机制,有利于促进科学合理的医疗服务和药品价格形成,有利于遏制不合理的诊疗行为,对医疗风险有较强的控制能力。<sup>[8-9]</sup>

## 3 对策与建议

### 3.1 拓展业务领域,充分发挥商业健康保险的作用

新医改不仅肯定了商业健康保险的经济补偿功能,而且也肯定了商业健康保险的社会管理功能。未来应从三个方面推动商业健康保险的发展:一是开发个性化的健康保险产品,不断丰富保险产品类型,满足广大群众多层次、多样化的医疗保障需求。例如,在人口老龄化背景下,开发个性化的长期照护保险产品以覆盖我国规模巨大的失能老年人的长期照护服务;二是开发补充医疗保险市场。根据基本医疗保险保障对象和保障范围的变化,及时开发与其互为补充的健康保险产品,与基本医疗保险形成良性互补;三是积极稳妥地参与基本医疗保险经办管理业务。在总结借鉴现有商业保险机构经办医疗保险实践的基础上,保险公司应不断探索和创新,提高经办管理服务质量,服务国家基本医疗保险体系,确保基金安全。

### 3.2 构建组织和经营体系,提升专业化经营水平

专业化经营是健康保险的经营理念 and 经营优势,要求商业健康保险在经营模式中体现其特殊性和专业性,锻造健康保险的核心竞争力。保险公司应从以下三个方面提高专业化经营水平:一是组织变革。保险公司应设立专门的健康保险部门或者成立专业健康保险公司,构建专业化的组织结构;二是建立专业化经营体系。根据健康保险的自身规律,建立专业化的产品开发、精算定价、营销渠道、核保核赔和风险控制等经营体系;三是培养专业化的复合型人才队伍。保险公司应吸引一批既掌握保险技术又懂医学知识的复合型人才,或者通过建立专业化的人才建设和教育培训体系,逐步培养一批专业化的健康保险人才队伍。

### 3.3 多措并举,提高风险控制能力

首先,实行风险控制与专业化经营相结合,通过专业的精算体系、核保核赔体系和准备金计算提取制度,防范产品在定价、赔付过程中的风险。其次,以基本医疗保险医疗服务支付方式改革为契机,结合商业保险机构经办基本医疗保险的有利角色,实现对医疗服务提供方的直接供款,探索建立保险支付方与医疗服务提供方之间的谈判机制,控制医疗费用的不合理上涨。再次,借鉴国际经验,结合新医改鼓励社会资本办医的机遇,保险公司投资医疗机构,实行“管理式医疗”经营模式<sup>[10]</sup>,建立起与医疗机构“利益共享、风险共担”的利益联系纽带。美国从上世纪70年代开始兴起管理式医疗,发展了健康维护组织(Health Maintenance Organization, HMO)、优先医疗服务提供者组织(Preferred Provider organization, PPO)、专有提供者组织(Exclusive Provider Organization, EPO)、记点服务计划(Point-of-Service, POS)等管理式医疗机构。美国健康保险市场上传统的费用报销型医疗保险市场份额逐渐下降,从1993年占46%下降到目前不足5%,而“管理式医疗”则从53%上升到目前的95%以上。<sup>[11]</sup>

### 3.4 以承办城乡居民大病保险为契机,转变发展模式

2012年8月30日,国家发展和改革委员会、卫生部、财政部、人力资源和社会保障部、民政部、保险监督管理委员会六部委联合发布的《关于开展城乡居民大病保险工作的指导意见》明确指出,通过政府招标选定承办大病保险的商业保险机构;符合基本准入条件的商业保险机构自愿参加投标,中标后以保险合同形式承办大病保险,承担经营风险,自负盈亏;商业保险机构承办大病保险的保费收入,按现行规定免征营业税。<sup>[12]</sup>商业健康保险应以这些政策支持为契机,积极介入大病保险,转变发展模式。一方面通过经营大病保险,扩大商业保险机构的影响,增进全社会对健康保险的理解和认识,推动商业健康

险的发展;另一方面,保险公司私人保险承保业务和大病保险承办业务相结合,在服务基本医疗保险的同时,积累业务数据,对客户资源进行后续开发和利用,能够取得双赢的社会效应。

### 参 考 文 献

- [1] 曾卓, 李良军. 商业健康保险的定义及分类研究[J]. 保险研究, 2003(4): 20-22.
- [2] 中国保险行业协会, 中国社会科学院课题组. 中国健康保险发展报告[M]. 北京: 中国财政经济出版社, 2010.
- [3] 李朝赞, 胡丹. 保险公司健康险经营现状[J]. 合作经济与科技, 2010(1): 83.
- [4] 任泽华. 商业健康保险的专业化监管及政府职责[J]. 上海金融学院学报, 2007(4): 51-57.
- [5] 中华人民共和国卫生部. 2011年中国卫生统计年鉴[M]. 北京: 中国协和医科大学出版社, 2011.
- [6] 李俊. 新医改环境下我国商业健康保险税收优惠政策研究[J]. 劳动保障世界, 2011(8): 38-41.
- [7] 中国保险监督管理委员会. 2010年1-12月人身保险公司原保险保费收入情况表[EB/OL]. (2011-01-31) [2013-02-15]. <http://www.circ.gov.cn/web/site0/tab3060/i154121.htm>.
- [8] 许东黎. 国外医疗保险与医疗机构谈判机制述评[J]. 中国医疗保险, 2009(12): 62-64.
- [9] 王宗凡. 美国和加拿大的医保费用支付及谈判[J]. 中国医疗保险, 2009(12): 65-67.
- [10] 丁纯, 吴彬. 管理式医疗商业健康保险探究[J]. 保险研究, 2006(9): 26-28.
- [11] 陈冬梅. 社保“雪中送炭”功能定位为商业健康险预留发展空间[EB/OL]. (2010-10-13). <http://www.howbuy.com/news/800602.html>.
- [12] 关于开展城乡居民大病保险工作的指导意见[EB/OL]. [2012-08-30]. [http://www.ndrc.gov.cn/shfz/yywstzgg/ygzc/t20120830\\_502861.htm](http://www.ndrc.gov.cn/shfz/yywstzgg/ygzc/t20120830_502861.htm).

[收稿日期:2013-01-28 修回日期:2013-03-31]

(编辑 薛云)