

卫生政策研究进展

Progress in Health Policy Research

基本医疗保险体系建设专刊

2015 年 第 6 期

(总第 65 期)

上海市卫生发展研究中心

2015 年 7 月 10 日

编者按 2009 年，新医改提出建立覆盖城乡居民的多层次医疗保障体系，为今后一段时期医疗保险业的发展指明了方向，也为商业健康保险的发展提供了良好机遇。2014 年，上海市卫生发展研究中心受上海市医疗保险协会委托，开展“发挥商业医疗保险补充作用完善基本医疗保障制度”课题研究，本期将部分研究成果进行转化，旨在聚焦上海市基本医疗保险存在的问题，探索构建基本医疗保险与补充型商业健康保险相结合的保险模式。本期主要包括：上海市基本医疗保险体系现状及问题分析、上海市发展商业健康保险的可行性研究、引入商业健康保险完善基本医疗保险体系建设研究、引入商业健康保险补充基本医疗保险的政策建议。此外，本期专刊特邀请上海市卫生发展研究中心胡善联教授，对我国发展商业健康保险的困难进行梳理，并提出相关建议，以期为上海市商业健康保险的发展提供借鉴。谨供领导和同志们参阅。



卫生政策研究进展

2008 年 11 月创刊
第 8 卷 第 6 期 (总第 65 期)
2015 年 7 月 10 日
(内部交流)

主管

上海市卫生和计划生育委员会

主办

上海市卫生发展研究中心
(上海市医学科学技术情报研究所)

编辑出版

《卫生政策研究进展》编辑部
上海市北京西路 1477 号 807 室
邮编: 200040
电话: 021-22121872
传真: 021-22121623
E-mail: phpr@shdrc.org
网 址: www.shdrc.org

顾 问: 沈晓初
肖泽萍
主 编: 胡善联
副 主 编: 付 晨
金春林 (常务)
丁汉升
吴凌放
编辑部主任: 信虹云
编 辑: 何江江 杨 燕
陈 多 房 良
冯瑞芳 卢伟霞
校 对: 蔡 磊 周 娜

上海市连续性内部资料准印证
(K) 第 0649 号

目 次

专题研究

- 上海市基本医疗保险体系现状及问题分析…………… 1
- 上海市发展商业健康保险的可行性及政策建议…………… 13
- 引入商业健康保险完善基本医疗保险体系建设研究…………… 22
- 引入商业健康保险补充基本医疗保险的政策建议…………… 31

专家解读

- 中国发展商业健康保险难在哪…………… 41

上海市基本医疗保险体系现状及问题分析

王力男^{1,2} 陈珉悝¹ 金春林^{1,3}

【摘要】 上海市基本医疗保险体系相对健全，总体来看覆盖范围广、筹资水平高，但同时也存在个人医疗负担较重、基金使用效率不高、医院普遍反应医保指标不足等问题，且不能保障多层次医疗服务需求。另一方面，虽然目前商业健康保险发展规模有限，但具备良好的发展潜力，建议发挥商业健康保险的补充作用，完善上海市基本医疗保险体系，同时可依托基本医疗保险的广覆盖来促进商业健康保险的发展。

【关键字】 基本医疗保险；商业健康保险；多层次保障

在我国国家医疗保险体系中，基本医疗保险（以下简称“基本医保”）处于主体地位，商业健康保险（以下简称“商保”）对基本医保形成必要的补充，两者分工协作、有机结合，共同构建我国医疗保险体系^[1]。基本医保是国家根据法律法规，为社会劳动者及其他社会成员提供患病时基本医疗保障的一种社会保险，包括城镇职工基本医疗保险、城镇居民基本医疗保险和新型农村合作医疗保险；商保是指由保险公司经营的、营利性的医疗保险，商保和基本医保两者具有紧密的替代关系、补充关系与合作关系。

一、上海市基本医疗保险现状

（一）城镇职工基本医疗保险

2000年10月，为保障职工基本医疗需求，根据《上海市贯彻

第一作者：王力男，女，研究实习员，博士在读

作者单位：1. 上海市医学科学技术情报研究所，上海 200031；上海市卫生发展研究中心，上海 200040

2. 上海财经大学公共经济管理学院，上海 200433

3. 上海市人口与发展研究中心，上海 201199

《国务院关于建立城镇职工基本医疗保险制度的决定》的实施方案》（沪府函〔2007〕95号），上海市人民政府令第92号发布《上海市职工基本医疗保险办法》（沪府令92号），确立了上海市实施统账结合医保基金管理制度的开端。2008年3月，上海市人民政府对该办法进行部分更改。2013年10月，上海市人民政府再次根据实施情况进行调整，颁布《上海市职工基本医疗保险办法》（沪府令8号），办法规定城镇职工基本医疗保险（以下简称“城保”）适用对象为本市行政区域内企业、事业单位、国家机关、社会团体、民办非企业单位和有雇工的个体工商户及其职工，具体包括在职职工、退休职工和其他参保人员。

从基金构成上看，上海市城镇职工基本医疗保险基金由城保基金和附加基金构成，城保基金由个人账户和统筹基金构成。在职职工个人缴纳的城保保费和单位缴纳的约30%（不同年龄段人员计入标准有所不同，退休人员计入标准相对较高）计入个人账户；用人单位缴纳的城保保费除去计入个人账户部分其他均计入统筹基金，用人单位缴纳的地方附加医疗保险费计入附加基金。

从城保待遇上看，门急诊主要由个人账户和附加基金支付，附加基金支付比例在50%～90%不等，总体来看年龄越大，报销比例越高。门诊大病和家庭病床医疗费用起付线以上部分主要由统筹基金支付，门诊大病在职职工报销85%，退休人员报销92%，家庭病床统一报销80%；住院和急诊观察室医疗费用主要由统筹基金支付，在职和退休人员的报销比例分别为85%和92%。封顶线以上部分，由统筹基金支付80%。

从覆盖范围上看，截至2013年末，本市城保参保人数达到1325.5万人（表1），比上年末增加26.5万人。其中参保职工931.6万人，

离退休人员 393.9 万人。

从基金收支上看，2013 年本市城保基金收入 615.6 亿元（其中财政补贴收入 3.4 亿元），比上年增加 76.0 亿元，其中统筹基金收入 392.5 亿元，个人账户基金收入 223.1 亿元；基金支出 409.2 亿元，比上年增加 45.9 亿元，其中统筹基金支出 308.5 亿元，个人账户基金支出 100.7 亿元；年末基金累计结存 679.4 亿元，其中统筹基金累计结存 163.4 亿元，个人账户基金累计结存 516.0 亿元。

从待遇支付上看，2013 年城保医疗服务总人次达 18847.8 万人次，其中门诊大病和住院为 448.3 万人次；住院医疗费用中基金次均支付 9955 元，比上年增长 9.7%；政策范围内住院医疗费用基金支付比例为 84.3%。

总体来看，上海市城保的筹资水平逐步提高，筹资可持续性好，但基金结余率偏高，个人医疗账户的大量沉淀不利于发挥医疗保险风险分担的作用。

表 1 2009—2013 年上海市城镇职工基本医疗保险基本情况

项目	2009 年	2010 年	2011 年	2012 年	2013 年
参保人数（万人）	812.11	864.88	1 262.27	1 299.01	1 325.50
其中：在职	476.72	513.56	898.04	920.42	931.60
农民工 *			275.53	281.84	278.96
退休	335.39	351.32	364.23	378.59	393.90
基金收入（亿元）	280.11	329.77	419.70	539.67	615.64
基金支出（亿元）	242.77	300.08	326.49	363.33	409.19
基金结余（亿元）	37.34	29.69	93.21	176.34	206.45
人均筹资水平（元）	3 449.16	3812.90	3 324.96	4 154.47	4 644.59

注：2011 年上海市医保政策调整，与本市用人单位建立劳动关系的外来从业人员，本市郊区范围内用人单位及其具有本市户籍的从业人员以及本市领取失业保险金人员参加本市城镇职工基本医疗保险。

（二）城镇居民基本医疗保险

2007 年 12 月，为保障本市城镇居民的基本医疗，根据《国务

院关于开展城镇居民基本医疗保险试点的指导意见》(国发〔2007〕20号),上海市结合本地实际,制定《上海市城镇居民基本医疗保险试行办法》(沪府发〔2012〕89号)。2012年9月,上海市人民政府根据实施经验进行调整,印发《上海市城镇居民基本医疗保险试行办法》(沪府发〔2012〕89号),规定居民医保基金实行个人缴费和政府补贴相结合。

城镇居民基本医疗保险(以下简称“居保”)的适用对象是具有本市城镇户籍的18周岁以上人员、具有本市户籍的中小学生和婴幼儿以及本市大学生(包括本科生、高职高专学生和非在职研究生)。居民医保基金实行个人缴费和政府补贴相结合。参保人员(不含大学生,下同)个人缴费以外资金,由市、区县财政按照1:1比例分担。人均筹资标准按照上一年度本市职工平均工资的2%左右确定。其中,人均个人缴费标准按照上一年度本市城镇居民家庭人均可支配收入的0.4%左右确定。

从居保待遇上看,居保也对参保人员就医发生的医疗费用设定起付标准,一年内医疗费用累计超过起付标准的部分,由居民医保基金按照一定比例支付,剩余部分由个人自负。

从覆盖范围上看,截至2013年末,本市居保参保人数达到256.4万人(表2),比上年末减少6.2万人,其中大学生参保人数为60.7万人。

从基金收支上看,2013年,本市居保基金收入24.3亿元,比上年增加3.4亿元,其中各级财政补贴收入20.0亿元;基金支出20.8亿元,比上年增加1.4亿元;年末基金累计结存6.3亿元。

从待遇支付上看,2013年居保医疗服务总人次达1611.3万人次,其中门诊大病和住院为10.4万人次;住院医疗费用中基金次均支付

7966 元，比上年增长 8.0%；政策范围内住院医疗费用基金支付比例为 71.0%。

总体来看，上海市居保对未参加本市城保的户籍人口和大学生就医发生的门诊和住院医疗费用给予保障，报销比例略低于城保，而个人筹资水平远低于城保。剔除大学生保险人员后，2009—2013 年居保参保人员数量基本稳定在 180 ~ 190 万，人均筹资水平（去大学生）在 2011 年剧增，近 3 年来在 1000 ~ 1300 元之间波动，基金基本维持收支平衡。由于其筹资来源依靠个人缴费和财政补助相结合，个人缴费占比相对较低，对政府财力有一定要求。

表 2 2009—2013 年上海市城镇居民基本医疗保险基本情况

项目	2009 年	2010 年	2011 年	2012 年	2013 年
全市参保人数（万人）	188.33	193.13	249.75	262.59	256.40
其中：大学生 *			68.82	68.96	60.69
基金收入（亿元）	10.97	12.64	22.92	20.88	24.26
基金支出（亿元）	10.75	13.19	22.82	19.32	20.76
基金结余（亿元）	0.22	-0.55	0.10	1.56	3.50
人均筹资水平（元）	582.49	654.48	917.72	795.16	946.18
其中：不含大学生	582.49	654.48	1236.36	1 049.85	1211.68

注：2011 年 9 月 1 日起，本市将大学生纳入城镇居民基本医疗保险，2011—2012 年，大学生缴费标准为 80 元 / 人 / 年，2013 年为 90 元 / 人 / 年。

（三）新型农村合作医疗

上海市农村合作医疗制度自 1958 年实行，至今已有 50 余年的历史。1987 年原上海市卫生局发布了《上海市郊县农民医疗保险试行办法》，1997 年进一步出台《关于改革和完善本市农村合作医疗制度意见》，提出改革目标是“通过多渠道筹资，扩大覆盖面，提高保障水平，建立以县（区）为单位，个人、集体、政府参与的社会统筹的农村合作医疗制度”。2008 年上海市政府办公厅转发了原市

卫生局等五部门《关于加强和完善本市新型农村合作医疗工作意见的通知》（沪府办〔2008〕55号），根据国家提出的有关新型农村合作医疗（以下简称“新农合”）相关政策，结合上海市特点，坚持“两个落实、两个提高、两个全面推进”，各区县基本完成了基金统筹的清理、结算、交接工作，全面实现了区级统筹。2012年1月，原上海市卫生局等部门联合下发《关于进一步完善本市新型农村合作医疗制度的实施意见》（沪卫基层〔2012〕3号），明确了补偿政策、出台了保障基本医疗的具体方案。2014年，《上海市新型农村合作医疗市级统筹实施意见》（沪府办〔2014〕97号）下发，为进一步缩小城乡差距，发挥新农合统筹共济作用提供依据。

新农合的保障对象是本市农业户籍及其外省市农业户籍配偶，且未参加其他基本医保（城保、居保等）的人员，以及选择参加新农合门诊统筹的人员。2009年，上海市将合作医疗补偿的最高支付限额提高至农民人均纯收入的6倍，并建立大病减贫补助基金。2012年进一步提出：住院政策范围内补偿比例平均达到70%，其中，社区卫生服务中心、二级和三级医疗机构分别达到80%、70%和50%。补偿封顶线不低于上年辖区农民人均可支配收入的6倍。住院补偿标准与上海市居保保持均衡。门诊政策范围内补偿比例，村卫生室、社区卫生服务中心、二级和三级医疗机构分别达到80%、70%、60%和50%，补偿封顶线5000元。门诊实行设置“自付段”等需方控费制度^[2]。2013年1月底，原上海市卫生局关于下发《2013年上海市基层卫生工作要点》（沪卫基层〔2013〕6号）的通知要求，上海市新型农村合作医疗人均筹资水平提高到1500元左右^[3]。政策范围内住院费用报销比例平均达到75%，社区卫生服务中心、二级和三级医疗机构分别达到80%、75%和50%。并配以完善的大病减

负政策以避免参合农民“因病致贫、因病返贫”的情况，即住院（含门诊大病）参合农民经新农合基金补偿后，当年累计自付政策范围内费用仍超过本辖区农民人均可支配收入的，对超出部分给予 70% 补偿，大病减负封顶补偿 8 万元。2014 年最新文件规定，2015 年市级统筹的人均筹资标准为 1800 元。

总体来看，2009—2013 年间上海市新农合覆盖人群逐年减少，筹资总额却呈上升趋势。基金大多处于收不抵支的状况，2013 年略有盈余（表 3）。人均筹资水平逐年提高，2013 年已突破 1500 元，超过居保人均筹资水平，其中个人缴费比例约为 20%，其余由各级财政和集体出资补助。此外，上海市各区县筹资水平和基金运行状况存在差异，2015 年起市级统筹后将有利于体现公平，并实现与居保接轨。

表 3 2009—2013 年上海市新农合基本情况

项目	2009 年	2010 年	2011 年	2012 年	2013 年
参合人数（万人）	166.55	148.95	147.23	113.21	104.70
筹资总额（亿元）	9.39	11.29	14.53	13.95	16.69
基金支出（亿元）	9.41	11.82	14.00	14.74	16.60
基金结余（亿元）	-0.02	-0.53	0.53	-0.79	0.09
人均筹资（元）	563.80	757.66	987.04	1 232.50	1 593.87

二、上海市基本医疗保险存在的问题

（一）个人医疗负担仍然较重

随着新医改的推进，上海市基本医保覆盖范围逐步扩大，保障水平逐年提高，2013 年三大基本医保人均筹资水平已分别达到 4644.6 元、946.2 元和 1593.9 元，政策范围内报销比例达到 70%～90%，但居民的个人医疗费用负担仍存在过重的现象。首先，基本医保政策规定了统筹支付的起付线，城保参保人可由个人账户

支付，居保、新农合则需要事先自付到起付线。其次，部分特殊人群仍存在自付比例过高的现象，一方面由于三大基本医保未实现统筹，居保和新农合报销比例低于城保，且报销只能覆盖范围内医疗及药品项目，加之自费药品和项目的购买，个人自付比例相对较高；另一方面高年龄段患者和部分重大疾病患者医疗费用负担较重，如罕见病患者、三级医院的肿瘤和循环系统疾病患者，除去医保目录范围内报销的费用外，个人自付比例接近 50%。此外，上海市基本医保保障项目虽然已经较广，城保药品目录已经达到 3881 种，但保障内容仍相对局限，一些特殊的诊疗项目如义齿、抗肿瘤药物，医疗服务设施及疾病期间发生的营养费、陪护费、失能收入损失等均不在其保障范围之内，加上间接卫生费用支出，患者的就医负担仍然过重。

（二）基金使用效率不高

以城保为例，2009—2013 年，上海市城镇职工参保人数逐年增多（表 4），基金收入和支出也呈稳步上升趋势，当年基金结余在 2010 年有所下降，2011 年由于政策调整，外来从业人员加入城保，导致当年基金结余剧增，是 2010 年的 3.1 倍，2012—2013 年当年基金结余同比增长趋缓，分别为前一年的 89.2% 和 17.1%。与此同时，基金累计结余近几年也呈大幅上升趋势，2011、2012 和 2013 年分别同比增长 45.8%、59.4% 和 43.6%。2013 年，上海市城保当年基金结余率为 33.5%，累计基金结余已超过当年基金收入，是当年基金收入的 1.1 倍。具体来看，基金结余中大多集中在个人账户，2013 年个人账户当年基金结余 122.4 亿元，占当年总基金结余的 59.3%，累计基金结余 516.0 亿元，占总累计基金结余的 76.0%。城保基金的大量结余淡化了医疗保险共济的作用，且由于个人账户基

金的大量沉淀，使得基金的使用效率大打折扣。

表 4 2009—2013 年上海市城镇职工基本医保基金总体情况

项目	2009 年	2010 年	2011 年	2012 年	2013 年
参保人数（万人）	802.64	858.05	1 259.60	1 296.50	1 323.14
当年结余（亿元）	37.33	29.69	93.20	176.35	206.45
累计结余（亿元）	173.74	203.43	296.64	472.98	679.43

（三）医院普遍反映医保指标不足

目前，医疗保险主要采用总额预付制，年初由医院申报一定的医保额度，医保部门进行核定，并按季度根据相应的服务情况给予相应的资金拨付。对于超支部分，2010 年文件规定由医院和医保部门按照 4:6 的比例共同承担，但据某区卫生计生委负责人反映，两年前的医保超支部分截止到目前还尚未得到医保部门的相应补偿。鉴于此，医院普遍反映医保指标不足，尤其是到每年 1～3 月医保年度结算时，部分医院甚至出现推诿医保病人的现象，另有医院存在鼓励医保患者使用不占用医保额度的自费药品或另行购药，大大影响了医保患者就医的可及性和便利性。

（四）不能保障多层次医疗服务需求

目前，上海市医疗服务保险体系已基本涵盖了各方需求，但未完全得到医疗保障覆盖。具体来看，公立医疗机构主要提供基本医疗和公共卫生服务，其中社区卫生服务中心主要提供常见病、多发病和基本公共卫生服务，二、三级公立医院集中了大量优质资源，能够解决居民疑难杂症等医疗服务需求。另有社会办医疗机构，针对居民不同层次的医疗服务需求，提供更为便捷、优质的医疗服务。上海市目前已有部分社会办医疗机构纳入医保定点，仅针对居民的高端医疗服务需求，如上海市国际医学中心和虹桥国际医学园区等，

基本医保尚不能予以保障。

三、讨论与建议

基本医保与商保共同构成医疗保险体系，两者的共同之处在于保障居民的医疗服务需求不因财务风险而得不到满足，但两者侧重点有所不同，基本医保注重社会公平，平衡各阶层之间在基本医保方面的差异，商保注重效率，满足市场不同的保险需求，设计多样化的产品体系，提供不同支付能力和不同健康状况的被保险人多样化的保险选择。在整体上确定基本医保和商保的发展战略，发挥各自的优势，有助于共同解决由信息不对称带来的市场失灵问题，确保医疗保险体系的公平和效率。

上海市作为全国经济最为发达的城市，商保的发展速度相对缓慢、规模相对较小、增幅相对较低。据上海市保监会数据显示，2013年上海市商保保费收入为67.9亿元（表5），占同期人身保险比例的10%左右，而在国际上一个成熟的保险市场，商保业务占人身险的比例一般为30%左右。从商保的规模来看，2014年上海市商保收入总额排名全国第五，而商保收入占人身险收入比例排名全国第十七^[4]。单与上海市城保基金收入相比，2013年商保保费收入仅为城保基金收入的11.0%；2009—2013年商保保费收入年均增长13.0%，低于城保基金年均增长率8.8个百分点（21.8%）。

表5 2009—2013年上海市商业健康保险保费收入情况

项目	2009年	2010年	2011年	2012年	2013年
商业健康险保费收入（亿元）	41.67	49.04	46.50	57.48	67.85
人身险保费收入（亿元）	513.22	694.64	519.71	564.26	536.18
商业健康保险占比（%）	8.12	7.06	8.95	10.19	12.65

有关商保发展相对滞后的现状原因分析众多，基本医保和商保

边界不清晰是其中重要原因之一。为进一步发挥商保对基本医保的补充作用，国务院近期出台了《关于加快发展商业健康保险的若干意见》（国办发〔2014〕50号），其中提出“到2020年，商保赔付支出占卫生总费用的比重显著提高”的目标。在大力发展商保、构建多层次医疗保障体系的同时，更重要的是处理好基本医保和商保的关系。

一方面，针对基本医保现存的问题可发挥商保自身优势进行相应的补充，如引入精细化管理提高基金使用效率、满足不同层次医疗服务需求、发挥市场力量创新社会管理等^[6]。针对个人医疗负担仍然较重的现状，可附加商保来提升基本医保的保障水平，减少个人现金卫生支出，最终达到基本医保报销：商保报销：医保报销外的比例为5:2:3或6:2:2，达到个人自付比例低于30%的标准。

另一方面，针对商保总体发展规模较小、市场环境不成熟等问题，可通过与基本医保联动发展从而发挥各自优势，促进医疗保险体系的协调发展。如由基本医保管理机构向保险公司发出再保险邀约，将基数庞大的基本医保的保险责任以按比例再保险或非比例再保险的形式分给经营商业再保险业务的保险公司^[7]，既缓解了社会医保的“保险责任风险”，同时保险公司则由此扩大承保面，增加业务量，保证保险经营的财务稳定性。同时，依托基本医保与医疗服务提供方长久的紧密联系及相对完备的参保人信息，通过保险公司精算和医学专业人才对医疗保险和医疗服务市场进行更为科学地分析。

参考文献

- [1] 郑荣鸣, 华俊. 我国商业医疗保险与社会医疗保险发展协调度研究[J]. 保险研究, 2013, (4):101-109.

- [2] 上海市卫生局,上海市农业委员会,上海市发展和改革委员会等.关于进一步完善上海市新型农村合作医疗保障制度的实施意见[Z].沪卫基层(2012)3号,2012.
- [3] 上海市卫生局.关于下发《2013年上海市基层卫生工作要点》的通知[Z].沪卫基层(2013)6号,2013.
- [4] 中国保险监督管理委员会.2014年全国各地区原保险保费收入情况表[EB/OL].<http://www.circ.gov.cn/web/site0/tab5205/info3948927.htm>.
- [5] 褚菁菁.基于新医改背景下商业医疗保险与上海基本医疗保险兼容性研究[D].复旦大学,2012.
- [6] 沈焕根.发挥商业医疗保险对社会医疗保险补充作用的思考与建议[J].中国保险,2014,(1):51-55.
- [7] 安华,贺小琴.社会医疗保险与商业医疗保险的互动研究——以再保险为实现途径的视角[J].改革与开放,2009,(1):40-42.

(责任编辑:房良)

上海市发展商业健康保险的可行性及政策建议

杨燕¹ 陈珉惺¹ 王力男^{1,2} 王贤吉^{1,3} 金春林^{1,4}

【摘要】 基本医疗保险体系的建设与完善需要发挥政府和市场“两只手”的积极性，即将基本医疗保险和商业健康保险进行有机结合。一般而言，商业健康保险与基本医疗保险在性质、目的、保障对象、运作方式等方面都存在较大差异，两者之间有一定替代性和互补性，如何实现共生互动发展是建立健全基本医疗保险体系的关键。本文主要对商业健康保险进入基本医疗保险体系的可行性进行探讨，并在分析可能出现的问题的基础上提出政策建议。

【关键字】 商业健康保险；可行性；上海市

2009年，新医改方案提出：“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”。上海市基本医疗保险体系虽然在覆盖面、筹资水平、保障水平等多方面处于国内领先地位，但居民就医需求不断增加、自付费用上升、医保基金结余率高、个人账户资金未得到合理利用等问题也越来越突出。如何在现有基本医疗保险（以下简称“基本医保”）基础上发展商业健康保险（以下简称“商保”），使之与基本医保形成良性互补，并在制度上进行接轨，缓解现有矛盾，是当前医保相关行政部门亟待解决的课题之一。本文主要从政治、经济、社会和技术4个维度对商保进入基本医保体系的可行性进行

第一作者：杨燕，女，研究实习员

作者单位：1. 上海市医学科学技术情报研究所，上海 200031；上海市卫生发展研究中心，上海 200040

2. 上海财经大学公共经济管理学院，上海 200433

3. 复旦大学公共卫生学院，上海 200032

4. 上海市人口与发展研究中心，上海 201199

探讨，并在分析可能出现的问题的基础上提出政策建议，以期为促进商保和基本医保的协调发展提供依据。

一、发展商业健康保险的可行性

（一）政治可行性

2011年，上海市人民政府下发《上海市深化医药卫生体制改革近期重点实施方案》（沪府发〔2011〕18号）（以下简称“实施方案”），掀开了新一轮上海市基本医疗保险体系改革的序幕。2013年，上海市人民政府办公厅转发了由原上海市卫生局（现上海市卫生和计划生育委员会）等14部门联合发布的《关于进一步促进本市社会医疗机构发展实施意见的通知》（沪府办发〔2013〕6号），提出大力发展商保，鼓励商业健康保险公司（以下简称“保险公司”）与社会医疗机构开展合作，拓展社会医疗机构的保险筹资渠道，加强商保与基本医保的衔接，逐步实现商保的实时结算。同年，上海市保监局允许高端商保在上海市自由贸易区（以下简称“自贸区”）内先行先试。这一举措被业内人士视为允许外资健康保险机构在自贸区内设立独资企业的重要信号。2014年12月17日，受保监会批复成立的太保安联健康保险股份有限公司成为首家注册于上海市自贸区的专业保险公司。在同时举行的上海市健康保险高峰论坛上，上海市副市长翁铁慧表示，2015年起上海市部分地区将开展尝试商保与大病医保相结合实施大病医保的商保形式，探索医疗保险结余资金的统筹利用。由此看来，上海市发展商保的政治时机已经成熟。

（二）经济可行性

社会经济环境是决定健康保险发展的基础因素。一方面，伴随着生活和收入水平的不断提高，上海市居民的保险意识逐步增强，保险密度和深度不断提高。据统计，截至2014年末上海市参加基本

医保人数已达 1710 万人，比上一年增加 23.4 万人，而城镇职工基本医疗保险和城镇居民基本医疗保险的基金收支分别为 664.7 亿元、468.1 亿元和 24.7 亿元、24.3 亿元，较上一年均有增加。目前，城镇职工基本医疗保险缴费比例为职工工资总额的 13%，其中单位缴纳 11%，在职职工个人缴纳 2%，该水平已接近西方高福利发达国家水平（德国平均缴费率为 14%，雇主和雇员各付一半^[1]）。但受制于地方财政实力和已处于高位的基本医保缴费率，基本医保优化的空间有限。另一方面，上海市保险公司数量一直呈上升趋势。截至 2010 年末，上海市共有 110 家保险公司和 5 家保险资产管理公司，其中人寿保险公司 42 家，养老保险公司 7 家，商业保险公司 6 家。到 2011 年 12 月底，上海市保险公司已上升到 120 家，且专业保险中介机构也已达到 310 家，具备发展商保的外部条件。

（三）社会可行性

1、医疗服务体制的发展

一是医疗服务机构格局的巨大变化，给保险公司加强与医疗服务机构合作带来新机遇。以政事分开、管办分离、完善医院治理结构为核心内容的公立医院改革，有利于公立医院提高效率、规范行为、提升服务供给能力。二是城乡基层医疗服务体系的完善，给保险公司业务发展和客户服务带来新课题。城市社区卫生服务网络的建立，有助于保险公司探索新的经营模式，使其为客户提供方便快捷的服务成为可能。同时，农村县、乡、村三级医疗卫生服务体系的建立健全，为保险公司开拓农村市场提供了良好条件。三是以缓解“看病贵”问题为主要目的的医疗服务价格管理和医药分开政策措施，从客观上有利于保险公司控制医疗风险。

2、人口老龄化程度加剧

根据相关最新统计，截至 2013 年 12 月 31 日，上海市全市户籍人口数 1432 万人，其中 60 岁及以上老年人口数 388 万人，占总人口数的 27%，上海市已进入深度人口老龄化阶段，人口老龄化问题给基本医疗保险体系模式的设计和完善带来严峻挑战，影响到医疗保障基金的资金使用。同时，人口老龄化意味着家庭承担老年人照护工作的功能逐渐弱化，对由于老年人生理功能衰弱而导致的疾病相关医疗服务项目需求快速上升，因而也对医疗保障项目和内容的进一步完善及发展提出了迫切需求。此外，越来越高昂的养老护理开支也让很多普通家庭难以承担，因此急需一种事先风险分散和转移、事后及时补偿损失的老年护理制度安排，以防范和化解老年护理可能造成的家庭财务风险。而商保作为以服务管理和风险控制见长的保险类型，能有效提供与健康保险结合的健康管理服务，在健康保险经营活动中应用健康管理的技术和手段，达到服务管理与风险控制的有机结合。

3、居民健康意识和医疗服务需求的提高

随着社会经济的发展，老百姓收入水平向多元化趋势发展。不同年龄段、不同经济收入的人群，有着不同的医疗保险需求。基本医保所提供的较为单一的医疗保障，难以满足多样化的医疗保险需求，而商保恰恰具备基本医保缺少的灵活度。上海作为全国的经济中心，生活水平不断提高，加上部分高收入群体、外籍人士、港澳台同胞等，对不属于基本医保范围的医药、医疗服务和医疗机构的高端需求逐步释放，“广覆盖、保基本”的原则使基本医保无法满足高端医疗保险需求，这也为发展高端医疗保险培育了客户群。研究显示，上海市三级公立医院特需门诊服务人次数呈逐年增加趋势，

2013 年的特需门诊人次数达到 279.2 万；2012 年和 2013 年特需门诊人次增长率达 22.6% 和 11.8%，高于全院门诊总人次的增长速度^[2]。

（四）技术可行性

商保是市场经济的产物，必须采取灵活高效的运行机制，保持较高的运行效率和效能，才能实现其生存与发展的商业目标。首先，它的险种设计和经营是由周密的市场调研以及大量的基础数据分析得出，同时通过严密的精算来支持。其次，保险公司更注重专业化的人才队伍建设，其从业人员具备保险和医学方面的知识。第三，保险公司通过技术处理规避风险，多角度的动态风险监控系統，能有效帮助控制风险。保险公司在经营商保业务时积累的专业技术和管理经验，能够为政府主办的各类医疗保障提供经办管理业务，不仅减轻政府在服务网点、人员编制、管理费用等方面的压力，且较好地克服了基本医保管办不分带来的效率低下问题，提高其管理水平和医疗保障基金利用效率。同时，保险公司与基本医保经办部门通过业务实践和经验交流，能进一步促进社会医疗保险管理的规范化和科学化，提高社会医疗保险的效率和服务质量，促使商保不断完善业务运营平台，提升风险控制和经营管理能力。

二、发展商业健康保险可能存在的问题

构建完善的基本医疗保险体系是一项复杂的社会系统工程，涉及多方利益集团，即管理方（政府及社保部门）、提供方（保险公司）以及需方（参保居民），各方均有需要直面和扭转的自身问题。

（一）管理方：政府制度建设滞后制约商业健康保险发展

1、市场准入条件和竞争规范有待细化

与纯商业性健康保险业务相比，作为公共产品的基本医保委托管理服务和偏准公共产品的补充医保业务有其特殊的经营要求：服

务管理的人群规模大，需要强大的经营管理和服务能力支撑。这种特性决定承办基本医保委托服务和大病补充保险业务的保险机构，需要具备专门的准入条件，否则不仅达不到应有目的，还会损害公众的利益。然而，对于目前承办这类业务的保险机构，各地相关主管部门尚未制定详细的准入条件和科学合理的经营成效评价标准，没有形成长效、稳健的经营机制和规范的市场秩序，人情业务现象较为普遍，定价行为不够规范，市场竞争缺乏理性，随意进入和随意退出现象依然存在，并直接影响到医保部门与承办保险机构间长期合作机制的形成以及民众的利益保障。

2、保险经办机构的权利需明确

保险公司介入基本医疗保险体系，无论是承办基本医疗委托管理服务，还是提供大病补充医疗保险服务，都是在政府主导下完成。从保险公司的招标、保障项目的设计、定价和收费管理到费用报销、支付和医疗管理，都需要符合当地医保的相关规定及要求。只有政府医保部门与保险经办机构密切合作，商保的介入才能取得预期效果。但是在部分试点地区发现，不少医保部门甚至定点医疗机构，缺乏主动配合、平等对待保险经办机构的态度，协商定价权得不到尊重，保费和经办费用拖欠情况时有发生，测算赔付率时提取责任准备金的做法不被接受，健康诊疗风险信息共享权利和独立的理赔查勘权得不到认可，导致实际操作中保险经办机构工作被动，风险控制和经营成效不理想。

3、政策措施未能完全落实到位

目前，很多地区的职工大病补充保险是由基本医保管理部门自己承办，与基本医保操作方式一样：统一筹资、统一保障水平、统一经办管理。虽然管理上并没有增加多少难度，但混淆了基本医保

与大病补充医疗保险的性质、目标及经办管理差异，为未来可能出现的连带风险埋下了隐患，也不利于发挥补充保险满足多样化健康保障需求的作用。一些医保部门对商保参与基本医保委托管理服务心存疑虑，对于“管办分离”、发挥商保在多层次医保体系中的作用缺乏积极性。

（二）经办方：商业健康保险公司处于先天弱势地位

在我国，公立医院不仅处于强势和垄断地位，而且存在“以药养医”的顽疾。保险公司在和公立医疗机构的合作中，不能充分分享健康数据，在产品定价环节难以做好风险控制，也不能介入到诊疗环节过程中，无法控制最终的医药成本。而现实中医患合谋式的“过度医疗”成为常情，致使保险公司的赔付成本居高难下。因此，鉴于涉及医疗的保险事故发生概率高、损害程度和情形多样、认定专业性强、逆向选择、道德风险及医疗费难以控制等特点，决定了保险公司在卫生体系内的先天弱势地位。

（三）需方：居民自身保障和个人诚信意识薄弱

在商保的发展进程中，需方始终扮演着巨大的阻力角色，两极化的意识观念导致商保陷入困境。一是居民的医疗保险意识薄弱，不信任商保。一方面，上海市基本医疗保障水平较高，固有的“保障靠政府”观念根深蒂固；另一方面，不当的商保推销造成居民对保险行业的排斥心理，保险营销员在一定程度上变成了保险行业的代名词^[3-4]。二是居民缺乏个人诚信意识。伴随我国体制转轨、社会转型以及市场经济负面效应的显现，诚信缺失现象大量涌现，乃至在一定领域呈泛滥之势，已严重阻滞社会主义市场经济的健康有序发展与和谐社会的构建^[5]。如在风险管理上缺乏对被保险人的道德风险管理机制，被保险人伪造或代看病等现象屡屡发生，对于个人

保险诚信管理，保险公司与保险公司之间无信息档案，企业对个人管理无义务要求，医院也不给予任何记录与限制，在公众道德风险意识不强的环境下，仅凭保险公司对海量被保险人的逆选择管理与理赔审核管控，作用微乎其微。

三、政策建议

（一）探索管理式医疗模式

保险公司可以采取对医疗机构参股或控股的方式，参与医疗机构管理，与医疗机构共负盈亏，成为“风险共担，利益共享”的利益共同体^[6]。与医院签订合作协议，实行“按人头付费”或“按病种付费”，保险公司选择资质良好、设备优良的医院，与之签订协议。如果实行按人头付费，则每月按投保人数支付一笔固定的费用给医院，在这笔费用的限制下，负责这些投保人在保障范围内的所有医疗服务。若超过固定费用，亏损部分则由医院自己承担；若有盈余，也归医院所有；如果实行按病种付费，则保险公司要事先和医疗机构就每种疾病的治疗方案、过程和所需的费用进行协商，当病人因某种疾病在医院就诊时，保险公司只需按事先商定的价格进行支付，而与治疗过程中实际发生的费用无关。

（二）开发多样化商业健康保险产品

大力发展多种形式的疾病保险，特别是重大疾病保险和护理保险业务，可以弥补基本医保保障程度和保障范围的不足，以适应老龄化社会发展的需要。大力推行健康保险与健康管理的综合保障服务模式，逐步形成病前预防保健、病中合理诊疗、病后康复管理的全程管理服务模式。基于不同人群需求，建议将退休人员、中低收入从业人员和灵活就业人员、短期失业人员等经济收入低但能够承担一定缴费义务的群体纳入基本医保。而对高收入从业人员和

自由职业者、公职人员可以选择在加入基本医保的基础上,通过购买商保以满足他们多样化、个性化的医疗需求。

(三) 建立商业健康保险监管机制

基本医保引入商保,涉及到参保人的切身利益和社会稳定等问题。因此,需要加强行业建设,完善监管机制。各相关政府部门应立足于自身职能,对商保进行有效协同监管,确保基金安全,提高运营效率。虽然目前商保市场上充斥着很多不规范现象,但监管者并未深入市场,未能窥见全貌。让消费者参与监督,可以使监管者更全面的了解商保市场中存在的问题。

完善的基本医疗保险体系建设需要政府部门以公平和效率为抓手,运用政府和市场两种手段,着力扩大社会保障覆盖面,加强发挥企业和个人在基本医疗保险体系建设中的积极性,通过基本医保和商保的合作,调动全社会力量,共同建设适合我国国情、覆盖城乡全体居民、多层次和多支柱的基本医疗保险体系。

参考文献

- [1] 祝菁菁. 基于新医改背景下商业医疗保险与上海基本医疗保险兼容性研究[MD]. 2012.
- [2] 何达. 上海市三级公立医院特需服务发展的现状及趋势分析[J], 中国卫生政策研究.2015.
- [3] 黄靖雯. 浅析我国居民商业健康保险意识的影响因素[J].现代商业,2013, 20.
- [4] 任鹏展. 北京市居民保险意识调查与分析[J]. 北京农业职业学院学报,2014,28(3).
- [5] 刘苗荣. 个人诚信缺失的主要表现及其对策研究[J]. 产业与科技论坛,2012,11(15):13-15.
- [6] 丁钰.美国商业健康保险发展的经验及对我国的启示[MD]. 学位论文.

(责任编辑: 陈多)

引入商业健康保险完善基本医疗保险体系建设研究

金春林^{1,2} 陈珉惺¹ 王贤吉^{1,3} 王力男^{1,4}

【摘 要】 上海市基本医疗保险虽在覆盖面、筹资水平、保障水平等方面处于国内领先地位,但仍无法避免就医需求快速上升和基金管理效果不佳等问题带来的矛盾。因为商业健康保险在资金和人员管理方面有其独特的优势,引入商业健康保险,有助于完善现有基本医疗保险体系。本文从医疗保险的经办模式、经办主体、保障对象、筹资方式和保障项目 5 个方面入手,对完善上海市基本医疗保险体系建设进行探索。

【关键词】 基本医疗保险;商业健康保险;体系建设

近年来,虽然上海市基本医疗保险体系在覆盖面、筹资水平、保障水平等多方面处于国内领先地位,但随着物价水平和民众就医需求的不断提高,居民自费负担也随之上升,同时医保基金结余率高、个人账户资金未得到合理利用等矛盾愈发尖锐。如何在现行基本医疗保险体系基础上发挥商业健康保险(以下简称“商保”)的作用,以缓解现有矛盾,是进一步完善当前体系亟待研究的问题。本文从医疗保险的经办模式、经办主体、保障对象、筹资方式和保障项目 5 个角度阐述,将基本医疗保险(以下简称“基本医保”)和商保进行有机结合,实现共生互动发展,以达到完善上海市现行基本医疗保险体系的目标。

第一作者:金春林,男,研究员,上海市医学科学技术情报研究所所长、上海市卫生发展研究中心常务副主任、上海市人口与发展研究中心主任

作者单位:1.上海市医学科学技术情报研究所,上海 200031;上海市卫生发展研究中心,上海 200040

2.上海市人口与发展研究中心,上海 201199

3.复旦大学公共卫生学院,上海 200032

4.上海财经大学公共经济管理学院,上海 200433

一、经办模式

保险公司介入基本医疗保障体系，较为成熟的管理与经办模式有以下几种：

（一）委托管理模式*和保险契约模式*

委托管理模式是由政府制定筹资和补偿方案，并完全承担基金盈亏风险的管理模式，该模式可以避免保险公司亏损，但因为基金盈亏与保险公司经营无关，可能导致保险公司缺乏足够的动力去提高自身水平和服务管理能力，进而导致参保人员获益不够明显。保险契约模式是指保险公司与政府按一定比例共同承担盈亏风险的管理模式，该模式能充分发挥保险公司风险管控的专业能力和政府的协调管理能力，对费用控制力度强，但可能导致费用控制过度，进而损害参保人利益，引发参保人、定点医疗机构对政府的不满。

比较而言，委托管理模式和保险契约模式各有优缺点，采取其中的哪一种模式为宜，取决于政府的主要关注点，如主要关注平稳运行，则选择第一种模式，如主要关注控制费用，则选择第二种模式。如果首先希望平稳运行，然后希望控制费用，则可先选择委托管理模式，然后转换为保险契约模式。

（二）全额转保模式*与共保联办模式*

全额转保模式是指政府将医保基金全额作为保费向保险公司进行投保，由保险公司全额承担盈亏风险的一种保险契约模式，该模式控费作用强，政府无超支的风险，但政府参与不足，可能导致保

*注：1) 委托管理模式指政府制定筹资和补偿方案，并完全承担基金盈亏风险；而商业保险机构受政府委托，提供参保人就医和补偿过程中的服务和管理工作，收取一定的管理费的一种商业保险承担基本医保经办的方式。2) 保险契约模式指商业保险机构与政府按一定比例共同承担盈亏风险，并按照约定承担参保人员就医和补偿过程中的服务和管理工作的一种商业保险参与基本医保经办的方式。3) 全额转保模式指政府将医保基金全额作为保费向商业保险机构进行投保，由保险公司全额承担盈亏风险的一种保险契约模式管理方式。4) 共保联办模式指政府和商业保险机构双方按照一定比例承担盈亏风险的一种参与经办的方式。

险处理费用的尺度把握失准。共保联办模式是指政府和保险公司双方按照一定比例承担盈亏风险的一种参与经办方式。该模式下，保险公司盈余和亏损比例可调，能充分发挥政府部门和保险公司双方的积极性，但因控费作用较弱，政府仍有超支的风险。

比较而言，全额转保模式容易出现政府撒手不管的情况，导致控费困难，保险公司亏损。而共保联办模式在激发活力及风险控制上要优于全额转保模式，也最能实现政府医保部门和保险公司的优势互补、有效结合。从预期效果上看，共保联办模式既能够实现政府引入商保机制的预期目标，又能够兼顾保险公司的利益，调动积极性，实现持续合作。

二、经办主体

在基本医疗保险体系运行机制内引入市场机制和市场主体，破除垄断格局，可以在政府与市场之间形成合理分工和协同作用机制，从而充分发挥政府与市场各自优势，有效提升基本医疗保险体系运行效率、降低医疗服务价格，以满足多层次医疗服务需求。要建立起政府主导、保险公司承保的基本医疗保险体系，管办分开的多部门监管合作是体系成功运行的关键。

（一）管理方：政府

引入市场参与并不意味着政府的角色和作用被完全取代，反之政府的某些核心职能不仅不能转嫁还应加强，具体包括：（1）保障保险公司的合法权益，制定有关保费收入、减免征收保险保障基金和监管费的优惠政策，降低业务经办成本；（2）建立保险公司经办业务市场的准入、退出、招投标机制，坚持公开、公平、公正和诚信，维护市场秩序，搭建平台，鼓励符合条件的保险公司参与，营造健康的市场竞争环境；（3）制定保险公司的经营管理规范，综合考虑

基金规模、参保人数、服务内容等因素，科学确定经办不同医疗保险的保险服务包和缴纳费用标准原则，并建立与人力成本、物价涨跌等因素相挂钩的规范动态调整机制；（4）建立激励和约束相结合的评价机制，强化销售、承保、理赔和服务等环节的监管，严肃查处销售误导、非理性竞争等行为，鼓励保险公司合规经营，培育健康的市场秩序；（5）建立完善的信息管理制度，解决医疗保险市场和医疗卫生服务市场的信息失灵问题。

（二）经办方：保险公司

保险公司作为承办机构参与基本医保的管理，利用其基金管理和保险理赔的专业优势，弥补基本医疗保险体系的不足和空白点，具体包括：（1）发挥其多网点、精算理赔、信息技术等优势，充实经办队伍，增强服务能力，提高基金使用效率；（2）运用专业优势，对基金进行实时详细测算，定期向有关医疗机构和政府部门报告基金的变动情况，帮助政府及时调整相关政策；（3）发挥费率调节机制对医疗费用和风险管控的正向激励作用，对医院的诊疗行为进行监控，避免医疗资源浪费，有效降低不合理医疗费用支出，规范医疗行为；（4）主动接受和配合政府有关职能部门的监督。

三、保障对象

自愿参与是商保的基本原则之一，因此在保障对象方面，应不论年龄、性别、身份、区域和收入水平，尽可能覆盖所有已参加上海市基本医保的居民。凡是参与的居民可按照各自不同的医疗需求和相应的缴费水平，选择不同的保险项目组合，以享受不同的医疗保险服务。

四、筹资方式

商保应遵循政府、社会和个人多元化的筹资原则，针对不同收

入水平的人群制定不同占比的筹资方式。从美国、荷兰、新加坡、德国等发达国家的商保运行模式来看^[1]，商保保障的是未纳入基本医保的医疗服务，其中企业为员工提供了较多的保障责任。上海市以打造全球城市为目标，经济水平和居民健康意识的不断提高，为商保的开展奠定了基础，具体的筹资方式可包括：

（一）政府渠道：基本医疗保险基金

以提供额外风险保障为切入点，从基本医保基金中（城镇职工保险基金、城镇居民保险基金、新农合基金）划出一定比例或额度作为保险资金购买商保，主要用于大病保险，并向新农合、居保居民倾斜以体现政府责任。

（二）社会渠道：企业税前列支社保支出

企业可以通过为员工购买商保，提高员工福利。政府可采取税费优惠方式，鼓励一般企业扩大购买商保的覆盖面，让更多的员工享受福利，企业为员工购买商保的支出金额允许在一定比例范围内给予税前扣除，提高企业主动参保的积极性。

（三）个人渠道：个人缴费和个人账户相结合

一是个人缴费，随着居民个人健康需求的多样化，应逐步提高个人在医疗保险中的支付比例，鼓励个人通过购买商保弥补基本医保的不足。居民根据个人收入情况适当缴费，其保障项目、报销比例等应根据投保档次而有所不同。对此，可推出个人税收递延型保险政策，个人用以购买商保的一定比例的费用在个人应纳税所得额中可扣除，以刺激个人缴费筹资渠道的成熟。二是个人账户，目前上海市个人账户有资金沉淀的参保人一般年纪较轻、身体健康，是各类商保产品的优质客户，其中不乏外企员工等高收入高知识群体，这一群体将使商保市场获得数额可观的纯增量。政府可对基本医保

参保人员的历年基本医保个人账户结余金额进行分析，设置个人账户的结余比例，超过结余比例人员可按自愿原则，将部分个人账户基金用于购买商保。

五、保障项目

目前，基本医保对参保人医疗费用的补偿分为个人账户补偿和统筹基金补偿。商保衔接基本医保（图 1），就是要针对基本医保基金不予报销的部分（A—F），包括提供基本医保诊疗项目和药品目录之外的费用保障等，择优选择纳入保障项目。另一方面，在现行基本医疗保险体系下，保障和报销均侧重于“大病”，急救送医、手术、住院等才会享受到统筹基金或大比例报销。商保的引入，应针对基本医保项目中“碎片化”的不足，将从简单的费用报销和经济补偿，向病前、病中、病后的综合性健康管理方向发展，为居民构建终身制全流程的健康保障。

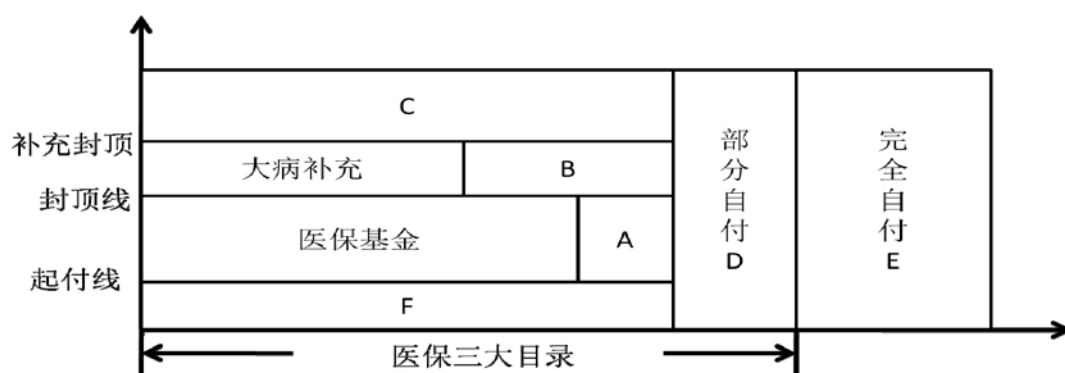


图 1 目前我国居民医疗费用负担情况

具体可拓展的保险项目包括：

（一）大病类项目（特需医疗、药品、医疗器械和检查检验）

大病保险旨在缓解居民“因病致贫、因病返贫”的发生，避免家庭灾难性医疗支出^[2-3]。针对上海市实际情况，2015 年四家保险

公司承办大病医保服务，可在以下几个方面深入拓展业务：（1）重大疾病保障范围的拓展。基本医保保障的重大疾病种类有限，但随着疾病谱变化，居民的恶性肿瘤种类也趋于多样化。商保可根据参保人缴纳的保费金额设计不同疾病范围，囊括不同的重大疾病种类。（2）重大疾病保障项目的拓展。对于普遍居民家庭而言，不仅是恶性肿瘤，凡是需要手术住院的都可能成为居民心中的大病。居民自费负担的重灾区集中于进口药品和手术医用耗材，商保可介入如手术中的部分进口手术耗材、恶性肿瘤病人治疗的靶向治疗药物等项目。（3）重大疾病保障时效的拓展。大病医保的保障年限为2年，只有进行中医治疗可持续5年，参保人需每半年根据医疗诊断显示复发或恶化的证据得以延续。但有些病人虽无恶化的征兆但仍需长期服药治疗，其自费负担也较重。保险公司可针对此类病人设计保险产品，减轻费用负担。

（二）常见病类项目（一般门急诊）

基于“广覆盖、保基本、可持续”的原则，基本医保的保障重点倾向于住院和大病，居民一般门急诊的费用多由个人账户承担。而目前个人账户的功能单一，缺乏风险共济的保障作用。虽然一般的门急诊费用不高，但由于几乎完全由个人负担，从居民感受而言对医疗保障的满意度较低。保险公司可抓住该契机，在保障大病的基础上逐步向小病延伸，通过开发门诊医疗保险与小额医疗保险等险种来填补这一空缺，增强人们对疾病的防范意识。

（三）健康管理类项目（疾病预防、健康管理）

预防是成本效果最好的医疗服务，而现有的基本医疗保险体系仅注重对疾病治疗的保障，忽略了对疾病预防和健康维持保障的重要性。健康管理是以预防和控制疾病发生与发展、降低医疗费用、

提高生命质量为目的，针对个体及群体生活方式相关的健康危险因素，通过系统的检测、评估、干预等手段持续加以改善的过程和方法。随着居民经济水平和对自身健康关注的提升，基本医保的托底项目并不能满足有较高健康意识居民的健康需求。故保险公司可针对此类居民开发健康管理保险业务，旨在加强居民或高危人群对自身健康风险的评估和干预，提供疾病预防、健康体检、健康咨询、健康维护等服务，降低健康风险，减少疾病损失。

（四）老年人群保障类项目

对弱势人群的保障水平，是体现一个保障体系成熟与否的重要维度，发达国家尤其重视对该人群的保障^[4-5]。上海市如今面临的最大突出矛盾在于老龄化程度迅速加重，而相应的老年人保障体系却有所缺失，特别是现有的基本医保已很难在短时间内承担更多的养老照护责任，因此需要向商保借力：（1）对老年人进行全面的健康评估（年龄、疾病、活动能力等），针对生活可自理、部分和全部失能老人开展不同级别的长期护理保险产品，发展多种形式的长期商业护理模式。一方面，可与养老院、社区卫生服务中心合作，对老年人有关医疗治疗、护理等费用给予报销，为机构养老提供保障；另一方面，可与社区家庭医生或护工进行签约合作，对与医疗护理有关的照护费给予一定比例的报销，为居家养老提供支持。（2）开拓个人账户的用途，尝试“全家统筹”的功能，用子女的个人账户部分金额购买老年人保险。（3）鼓励保险公司投资创办养老照护机构，由于风险较大可设计相应的税收优惠政策。（4）按照老年人缴纳保费水平，提供不同程度的健康保健服务，如口腔保健中的装置义齿、义齿维护服务等。（5）针对老年卡乱配药的现象，发挥保险公司的精算审核功能，提供慢性病管理服务，将部分老年人亟需的进口药

品纳入报销范围，同时帮助基本医保控制慢性疾病费用。

参考文献

- [1] 于保荣,王丁.商业健康保险公司介入社会医疗保险的模式研究——运用新公共管理理论及国际经验[J]. 卫生经济研究. 2014, 08:3-9.
- [2] 高扬帆. 大病医保引入商业健康保险运作的模式研究[J]. 征信,2013,07:86-89.
- [3] 王全宝,张玲. 大病医保的市场化路径[J]. 中国新闻周刊,2012,33:40-41.
- [4] 胡宏伟,张澜,李佳怿等. 城镇居民基本医疗保险会加重老年人医疗负担吗?——基于家庭医疗负担的制度评价[J]. 老龄科学研究,2015,04:51-61.
- [5] 白雪. 老龄化社会下我国老年人医疗保险政策研究[J]. 边疆经济与文化. 2015,02:50-51.

(责任编辑: 杨燕)

引入商业健康保险补充基本医疗保险的政策建议

陈珉惺¹ 金春林^{1,2} 王贤吉^{1,3} 杨燕¹ 王力男^{1,4}

【摘要】 作为基本医疗保险的补充，商业健康保险在满足群众多层次医疗保障需求方面可以发挥巨大的作用，故政府对发展商业健康保险给予了稳定的政策支持。本文以商业健康保险与基本医疗保险的差异性切入，从5个方面对如何引入商业健康保险补充基本医疗保险提出政策建议，探讨商业健康保险的可持续发展之路。

【关键词】 商业健康保险；基本医疗保险；政策建议

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）提出“加快建立和完善以基本医疗保险为主体，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”，首次为商业健康保险（以下简称“商保”）提供了良好的发展机遇。随后，颁布的《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》（保监发〔2009〕71号）等一系列政策文件也为商保的发展提供了稳定的政策环境。

发展商保，建立健全多层次的医疗保障体系，不但能有效防范和化解疾病带来的经济风险，也对促进经济发展、社会进步有着极其重要的战略意义。然而，商保和基本医疗保险（以下简称“基本医保”）在性质、目的、投保、参保条件等诸多方面都有明显差异（表

第一作者：陈珉惺，女，助理研究员

作者单位：1. 上海市医学科学技术情报研究所，上海 200031；上海市卫生发展研究中心，上海 200040

2. 上海市人口与发展研究中心，上海 201199

3. 复旦大学公共卫生学院，上海 200032

4. 上海财经大学公共经济管理学院，上海 200433

1)。同时，在引入商保补充基本医疗保险体系过程中也涉及多方利益集团，遇到多种问题。故政府需充分考虑两类保险的不同点、平衡各方利益以实现商保的可持续发展。本文拟从角色定位、管理模式、服务提供、评估监管和未来发展 5 个方面对引入商保补充基本医保的构建提出建议，以期为相应政策的制定提供线索。

表 1 商业健康保险与基本医疗保险的比较

项目	基本医疗保险	商业健康保险
性质	公益性、普遍性	商业性
目的	保障基本医疗可及性	营利性
投保	强制性	自愿性
保险费	多方出资、政府为主	个人出资为主
覆盖范围	健康需要与经济承受能力	个人支付能力
参保条件	无条件	有条件、有选择性
经办机构	法律认可的社会或政府机构	商业健康保险公司

一、明确角色定位

在多层次的医疗保障体系构建中，基本医保仍然是当仁不让的保障提供主体，商保起到补充和完善的作用。建立“广覆盖、保基本”的医保制度，是政府的职责，但随着居民保障需求的提高，商保的介入可以对覆盖服务不足的项目、偿付额度有限的项目、未覆盖的人群及较高服务需求的人群进行补充完善。政府在基本医疗保险体系中的责任不可因为商保的加入而减弱或转嫁，商保介入基本医疗领域，更多的是基于自身基金管理优势，帮助政府将居民医保基金的使用效能提高。故商保的发展需明确其在整个基本医疗保险体系中的定位^[1]。

（一）合理界定基本医疗保险和商业健康保险的范围

基本医保是依据“低水平、宽覆盖”原则进行的，意在尽可能

地保障参保群体都能够享受到“基本”的医疗服务，具有明显的福利性和公平性特征。因此，基本医保保障范围的界定应充分考虑参保人员的群体特征及其基本医疗需求，结合各统筹地区人口结构、疾病谱、医疗卫生资源和经济社会发展的现状和趋势予以科学界定和动态调整。将日常性病症、重大疾病、先天遗传性疾病、妇女生育及计划生育等发病原因明确、起病方式固定、诊疗费用波动小且属于大概率事件的非风险性病症纳入基本医保范围，结合非风险性疾病平均治疗费用和参保群体的经济收入水平设置相应保障水平。

商保具有明显的私人性和效率性特征，应侧重于风险性疾病保障，依据不同投保人的疾病风险特征，厘定差异化保险费率来保障疾病风险，满足被保险人多样化和多层次的医疗需求^[2]。建议将预防保健、健康管理、发病率增加的急危重症等风险性病症、老龄化增加带来的老年性疾病、慢性病以及超出基本医保水平的非风险性病症纳入到商保的保障范围，强调保障的充分性。

（二）明确商业健康保险的权利和义务以及各利益相关方之间的合作关系

权利内容包括在政府规定下收取保险费、管理和运营医疗保险基金、为参保人确定定点医药卫生机构并与定点机构签订合同，明确各自的责任、权利和义务。义务内容包括按照政府规定公平竞标、设计保险产品、经办相关业务、保障医疗基金的安全、提供医疗保险服务、审核支付医疗费用等。通过明确权利和义务内容，有利于商保明确职责，发挥管理和服务优势，维护自身合法权益，调动参与医疗保险的积极性和主动性。

首先，社保部门作为基本医保的主导部门，与商业健康保险公司（以下简称“保险公司”）之间是监督与被监督的行政监管关系；

其次，卫生行政部门应体现自身的专业优势融入保险体系，制定临床路径和诊疗规范，为医保的审核和理赔提供科学依据；再次，明确保险公司与定点机构具有契约关系和一定范围的行政管理关系，即保险公司通过契约向定点机构购买服务和产品，定点机构获取经济补偿，同时通过行政赋权或法律赋权的形式使保险公司有权对定点机构经营行为、经济补偿范围和水平予以干预和管理，有利于诊疗风险管控，形成有效的风险分摊和补偿机制。通过明确保险公司与政府、医疗卫生机构之间的合作关系，有利于指导政府、保险公司、医疗卫生机构的业务活动和业务范围，理清相互之间的责任、权利和义务关系，有助于提高保险公司参与基本医保服务和管理的效率，降低经营风险。

二、探索适宜管理模式

保险公司追求盈利的本性和基本医保服务民众的公益性，本身就是一对天然的矛盾，政府如何化解和平衡这一矛盾，发挥保险公司的优势为民众所用是一项需探索的管理艺术。同时，不同地区的商保发展模式理当是不同的，中西部的商保试点经验能否套用在经济较为发达的上海，或上海的运营模式能否推广至其他地区都是未知的，目前一味的鼓励支持或批判打压任何一种商保的介入模式都是缺乏依据的揣测。

（一）实行适宜的管理模式，提高公司积极性

保险公司作为商业机构市场化运作，追逐利润是肯定的，政府管理的核心在于让保险公司的营利性不影响整个社会成本的节约。如果通过保险公司的经办节约了更多的社会成本，从节约的成本里拿出一部分钱作为保险公司的盈利，那么营利性和参与提供公共服务也就不矛盾了。实行管办分开，将各管理办事主体——政府相关

部门、基本医保管理单位、商保机构的责任和权力明确分开，政府及其事业单位不再负责具体的经办业务，逐渐实现从既管又办向专业化管理转变，保险公司是经办机构，主要负责具体而琐细的经办工作。只有切实做到管办分开，才能逐渐做到角色定位清晰、职责明确、优势互补。

目前，管办分离的管理原则已基本得到各方认可，但具体的参与经办模式包括委托管理模式和保险契约模式，其中保险契约模式中还可细分为全额转保与共保联办模式，各地均在实践且效果不一。从根本上看，不同管理模式的区别在于：保险公司介入后帮助社保部门“节约基金”，保险公司是否有权共享利益以及利益的分配比例有多大。

政府可针对保险公司的规模和实力，对不同的保险公司实行不同的管理模式。对于实力较强的保险公司，与保险公司商议和谈判利益的共享，一方面激励大型保险公司参与基本医疗保险体系，另一方面利用其专业优势分析和开拓市场潜能；对于实力一般的保险公司，给予一定委托管理费，鼓励其为社保部门提供专业服务，完成各项经办业务。

（二）严格控制信息的开放程度，保障民众权益

由于医疗服务的高专业性、医生处方权的独立性和现行医政体系对医疗服务的垄断性，不论医保部门和保险公司在与定点医疗机构的合作中均面临着信息不对称的难题，这一难题可以借助保险公司的数据分析和精算能力来克服^[3]。而大数据时代的来临，无疑促使大数据资源和信息技术化程度成为保险公司的核心竞争力之一，也是众多保险公司愿意介入基本医疗保险体系的动机。因此，政府管理部门应该清醒的认识到，保险公司与基本医保机构都需要与对

方开展信息共享,双方的信息协同必要且可行,共同面对控费的难题。并将重点放在基于民众信息安全的保障,控制数据的开放共享程度,既方便保险公司的业务经办,又防止保险公司基于信息营销和盈利。

利润动机导致保险公司都将利用经办基本医保的便利,获取患者个人信息,继而通过所谓“精算”,有选择性地针对居民开发和销售“多样化保险产品”以扩大盈利,表现出“撇奶油”行为,挑选那些收入高、身体好的人群参保,而把收入低、患病风险高的人群排除在保障之外,最大化保费收入,最小化赔付支出,大量保费将直接转化为保险公司的盈利。

推动建立商保与基本保险医疗信息数据共享平台,是医疗保障体系发展的必然趋势。政府应鼓励保险公司与政府、社保部门、医疗卫生机构的协调与合作,积极参与医疗、健康档案信息系统建设,共同制订信息采集与数据录入标准,确立长期的数据共享和更新机制。当然政府是唯一且最高的信息系统管理机构,政府应基于科学和多方的论证,明确信息系统可共享的对象和范围,即共享信息系统可对保险公司开放的端口,并对保险公司的信息获取和利用做出规定。在信息获取方面,政府可对不同级别的保险公司设定不同的权限,基于保险公司与政府合作的目的和业务不同,开放不同范围的信息数据;在信息利用方面,可对已获取需方数据的保险公司进行监管,禁止其根据消费者的收入和健康状况,进行有选择性地销售保险产品,出现“逆向选择”的问题。

三、提高服务参与能力

对保险公司而言,符合基本准入条件的保险公司自愿参加投标和保险业务开发,承担经营风险,自负盈亏。加强商保的专业经营能力建设是提高商保参与基本医保经办能力的基本途径,是基本医

保和商保协调发展、相互促进的内在要求。

（一）树立正确的参与理念

基本医保是一项关系民生的制度安排，具有公益性和福利性，受到社会广泛关注。商保参与基本医保业务流程复杂，涉及多方利益主体。因此，保险公司必须深刻认识到参与基本医保的特殊性和复杂性，树立诚信经营、高效管理、优质服务、勇于承担社会责任、公共利益优先的理念。

（二）推动专业化组织建设和专业队伍建设

建议在保险公司内部设立专门参与基本医保的部门，将商保参与基本医保业务作为战略性业务加以长期培育。成立与基本医保业务对接的专门组织，逐步建立和完善商保参与基本医保业务咨询、精算、风险管理、诊疗风险管理、理赔核算和数据管理以及健康管理等专业化管理制度。加强经营管理、法律服务、临床医学、信息技术、医保精算、医保稽核、业务经办和健康管理等专业化人才的引进和培养，完善培训体系，提升从业人员的专业素质。

（三）强化专业技术能力建设。

商保借助参与基本医保的机会，建立与基本医疗保险紧密衔接的服务流程、服务方式、服务网络和信息系统管理体系，不断推进与医疗机构诊疗信息系统的全面对接，逐步形成医保方案设计、专属产品开发、政策咨询、医疗巡查、凭证审核、费用报销、健康管理服务等全过程管理服务能力。

四、建立有效评估监管

（一）有效监管商业健康保险公司的盈利性

引入商保的初衷是满足非基本医疗需求，对基本医保进行补充以完善现有保障体系，是完全市场行为。地方政府和社保部门应对

商保的兴起有清醒的定位，不能用行政手段推动商保发展，不能仅把商保市场的增长作为完成健康服务产业的发展指标和工作政绩，而应该构建有效的监管机制，对商保的可持续化发展和居民的保障质量进行监督管理。

对保险公司的监管，可向商保业发达的国家借鉴：（1）以赔付率作为核心衡量指标，对涉及非高端的商保业务控制营利性。如美国政府已经明确要求，对于 50 人以下的商保团单，保险公司的赔付率要达到 80%，50 人以上的团单，赔付率要达到 85%，目的就是为了避免保险公司通过行业垄断损害参保人的利益。政府可经过精算和论证，明确适宜上海市的赔付率范围，针对不同的保险产品设定不同的赔付率档次，控制涉及基本医疗保障体系的保险公司营利行为。（2）制定规范化条款。保险公司开发的保险产品，不论个人和团体的保单条款中均应含有最短宽限期、不可抗辩条款、除外条款的时间限制。各个公司的条款应该统一，而且用语尽量通俗化。在开展业务时，保险营销员有必要将重要条款向客户一一详细说明，务必使客户了解条款的真正含义。（3）保障弱势人群权益。出于规避风险的目的，保险公司均缺乏为 65 岁及以上老年人提供商保的意愿，而这个年龄段恰好是各种慢性病高发的年龄段，也是上海市愈发严重的老龄化的市场需求。对此政府和社保部门，一方面可出台税优政策激励保险公司开发老年人保险产品，另一方面可借鉴发达国家以立法的形式维护弱势人群权益的经验。如美国的商保同时受到多个部门的监管和诸多法律法规的规范和约束，其中绝大部分的监管内容重点在于保护投保人和弱势群体的利益。如成立国家保险委员会（National Association of Insurance Commissioners, NAIC），颁布《雇员年龄歧视法律（ADEA）》，规定所有的在职雇员，不论

年龄大小，必须有资格享有同样的健康保险，而且不要求高龄雇员为此保险比年轻雇员缴纳更多的保费^[4]。

（二）建立商业健康保险的动态化第三方评估机制

有必要构建动态化的第三方评估机制，对已经尝试或正在尝试的商保介入模式进行效果评估，对于试点地区、试点模式，保险公司的收益、成本、筹资构成、利润、赔付率等进行第三方的评估分析和社会监督，用客观的事实数据为商保发展模式的趋势提供依据。

第三方评估机制的构成需要政府、保险公司、医疗供给方、居民的共同参与。政府对商保基金的运作负有监督和审计的责任与权利，要加强政府医疗保险行政管理部门和当地保监局对保险公司市场行为的监管，督促保险公司建立规范经营的长效机制，确保受托管理基金安全和服务规范；政府卫生行政部门要授权所委托的保险公司对合同范围内的定点医疗机构行为进行风险调查评估与管控，包括运行方案成本测算、就诊费用支出合理性分析、建立风险基金与定期数据动态监测，同时加强对被保险人道德风险管理与信用建档，以进行实时风险防范和提高监管效果；让居民参与监督，可以使监管者更全面的了解商保市场存在的问题。动态化评估需综合各方利益集团，对商保介入市场后，居民的健康水平、就医服务质量、控费效果等多维度指标进行综合评估。

五、探索可持续化发展路径

面对人民群众不断提高的医疗需求和时代发展，商保作为同样提供医疗保障的市场主体，有必要发挥其对基本医保的补充作用，探索商保可持续发展路径，控制医疗费用的过快上涨。实现对现有医疗保险的有效补充可从以下4方面入手：一是保险公司对医疗机构采取参股或控股的方式，参与医疗机构管理，医疗机构的盈亏和

保险公司共同分享，成为“风险共担，利益共享”的利益共同体^[5]；二是保险公司选择资质良好、设备优良的医院，与之签订协议，实行“按人头付费”或“按病种付费”方式；三是保险公司直接建立医院。这相当于美国管理式医疗组织直接提供医疗服务的形式^[6]；四是重视预防保健，从医疗保险向健康管理过渡。

参考文献

- [1] 曾理斌,雷光和等. 商业健康保险参与基本医疗保障的瓶颈与对策研究[J].保险市场. 2013,05:78-81.
- [2] 杨金生. 以商业健康保险完善基本医疗保障体系[R]. 两会报道. 2011(4).
- [3] 刘雪萍. 商业健康保险与社会医疗保险信息协同演化博弈分析[J]. 闽江学院学报.2013,04:43-47.
- [4] 胡爱平,王明叶.管理式医疗—美国的医疗服务与医疗保险[M].高等教育出版社. 2010.
- [5] 李晶. 我国商业健康保险的风险与风险控制研究[D].苏州大学,2013.
- [6] 郝珺. 北京市基本医保引入商保管理的可行性及策略研究[D].中国人民解放军军事医学科学院,2013.

（责任编辑：卢伟霞）

中国发展商业健康保险难在哪

胡善联

【摘要】 商业健康保险是我国医疗保障体系的重要内容，但因多方面原因发展缓慢，本文从商业健康保险的现状和政策环境两方面入手，分析其发展过程中遇到的问题和阻力，进而从商业健康保险的税收、对象、产品和赔付等方面提出可行的建议。

【关键字】 商业健康保险；卫生总费用；政策

近年来，商业健康保险（以下简称“商保”）作为新医改提出的重要内容一直受到多方关注，但中国的商保发展依然举步维艰，究其原因，除了缺少宏观政策的支持以外，还包括现有政策未得到全面落实、在健康保险的总体设计上缺少商保应有地位、社会医疗保险补偿的不封顶或封顶线过高挤压了商保的发展空间、商保的产品设计缺乏吸引力、医院医疗费用信息难以获得、医疗不规范的行为造成控费困难、群众对商保的信任程度低、商保承办和管理大病保险未得到各方的统一认识等因素。但因篇幅所限，本文仅通过对我国商保的发展现状和外部政策环境两方面分析，提出商保建设可行的建议，为我国商保的进一步发展提供参考。

一、商业健康保险的发展现状

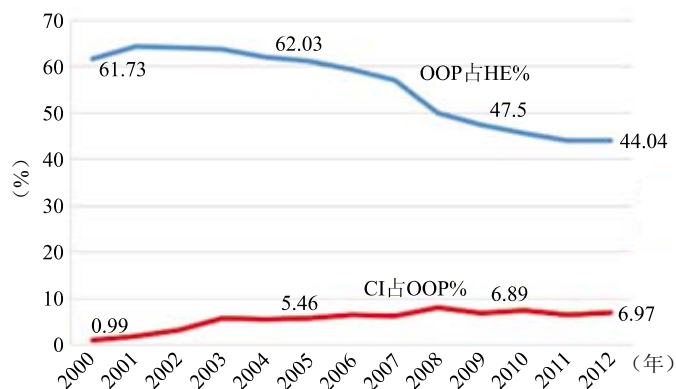
（一）商业健康保险投入不足

调查显示^[1]，2012年我国卫生总费用28119亿元，占国内生产总值的5.41%，其中社会卫生支出占35.67%，合计10030亿元。这

作者简介：胡善联，男，教授，上海市卫生发展研究中心主任

作者单位：上海市卫生发展研究中心，上海200040；复旦大学公共卫生学院，上海200032

些社会卫生支出中包含社会医疗保险费用 6888 亿元，商保费用 863 亿元，商保费用只占总医疗保险费用支出的 11.1%。2013 年商保的保费收入虽然上升到 1123.5 亿元，但占全国医保筹资总额比例反而下降为 8.4%。2014 年虽然全国的商保收入的保费增加到 1587 亿元，积累超过 3000 亿元，但无论是商保的收入还是支出，在中国多层次的医疗保险体系中商保资金所占的比例依然不到 10%。而在商保费用占私人卫生支出的比例方面，2012 年中国私人卫生支出总量为 12385 亿元，其中商保为 863 亿元（7%），（图 1）。商保险赔付支出占卫生总费用不足 2%。2013 年上海市卫生总费用核算报告显示商保的支出占私人卫生支出的 67.9%，但整个占比在卫生总费用中也仅为 9.2%^[4]。



注：OOP=个人卫生费用支出，HE=卫生总费用，CI=商业健康保险

图1 商业健康保险占私人卫生支出比例

（二）商业医疗保险的发展机遇

瑞士再保险公司的最新研究报告《医疗保障缺口：亚太区 2012 年》显示，2014 年中国医疗保障缺口预计将达人民币 758.7 亿元（合约 122 亿美元）^[3]。而根据国内的数据，2013 年已有 225 个医保统筹地区收不抵支（占 32%），22 个统筹地区历年累积已全部用完。在社会医疗保障支出风险日益增长的情况下，发展商保不失为一项

重要的补充保险的手段。

中国的医疗保障制度不够健全导致了老百姓“看病贵”，在已有的社会基本医疗保险 98% 高覆盖率的情况下，造成患者因病致贫的重要原因还是补偿比例不高，自费负担过重。目前个人支付占全国卫生总费用的比例仍然维持在 38% 左右，世界卫生组织 2011 年报告指出，只有当个人支付占到一个国家卫生总费用的 20% 以下时，个人因患病造成的财务风险才不复存在^[2]，显然我国的个人支付比例距离理想值还存在较大的差距。

二、商业健康保险的外部政策

（一）国家政策文件

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）对发展商保有明确的定位：“积极发展商业健康保险，满足多样化的健康需求。鼓励企业和个人通过参加商业保险及多种补充保险解决基本医疗保障之外的需求 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”。在国务院的政策指引下，不少地区的新型农村合作医疗开始委托商业保险公司管理，截至 2014 年全国 317 个县市已有 9 家保险公司参与经办新农合和城镇居民基本医保，受托管理资金达到 78.8 亿元^[3]。

2015 年 5 月《关于开展商业健康保险个人所得税政策试点工作的通知》（财税〔2015〕56 号）、2014 年 10 月《关于加快发展商业健康保险的若干意见》（国办发〔2014〕50 号）以及 2013 年 10 月《关于促进健康服务业发展的若干意见》（国发〔2013〕40 号），均提出发展健康服务业、稳定经济新常态，对发展商保提出了一系列的政策支持，使商保服务成为社会保障体系中不可或缺的重要内容。截

至 2013 年，有 16 家保险公司在全国 27 个省，开展 392 个大病保险统筹项目，覆盖城乡居民 7 亿人口^[5]。

（二）经办资金来源

基本医疗保险难以满足个体化的医疗需求是客观的事实，而商保可以较好地满足个体差别化的需求，提高医保福利性质。目前已有部分地区开展个人账户购买商保的相关探索，将个人账户设计成基本医保和商保间的“桥梁”。如江苏省苏州市自 2012 年 5 月起，市区医保个人账户对往年账户结余额在 3000 元以上的人员可划账购买指定商保公司的相应产品。被保险人为参保人员本人，也可以是其直系亲属。此举充分发挥了个人账户的家庭共济作用，提高了个人账户资金的使用效率。首批医保个人账户划帐的有 2400 人，金额达到 400 万元^[5]。

无论是利用社会保险个人账户购买商保，或是在统筹基金中取出一部分资金购买城乡居民大病保险，在国际上都未有先例。这种委托商保公司经办，以再保险的形式委托给商保公司管理，通过签订分保合同，可以将部分风险和责任向其他保险人进行保险，使高额费用得到进一步补偿，进而提升高费用段的补偿水平。但也有人提出质疑，认为这是依靠行政力量来推动购买商保，没有取得被保险人的同意。同时在社保基金中划出一定比例或者额度，作为大病保险的资金，在社保部门中也存在异议。目前存在的主要难点和问题包括高额大病医疗保险费用的界定？多少比例或额度作为大病保险资金？如何对商业大病保险进行遴选、筹资标准、服务规范、收支情况、支付标准进行监管？如何控制医疗质量和合理的医疗费用？这些问题都是需要各地结合地方具体情况加以调查研究。

社会基本医疗保险的最高封顶线一般是当地社会平均工资的 6

倍以上，超过部分应该通过其他补充保险或医疗救助加以解决。也可以个人年度累计负担的合规医疗费用超过当地统计部门公布的上一年度城镇居民年人均可支配收入、农村居民年人均纯收入为判定标准，具体金额由地方政府确定。

三、发展商业保险的建议

商保税收方面，根据国际经验，人均 GDP 与人均卫生总费用是正相关的。一个国家的卫生费用的需求与经济发展成正比，同时也与人群的期望寿命相关。随着我国经济的发展，人民对卫生服务的需求和商保的需求也将不断增加。近来税收优惠政策出台，提出纳税人群每年可有 2400 元税前列支的额度用于购买商保公司提供的个人税收优惠型健康保险，为商保的发展提供了利好消息。

商保对象方面，商保作为一种补充保险，能满足不同人群的医疗需求。商保有客观的市场需求，但市场的需求需要不断培育。如对各种慢性病、肿瘤疾病设计的保险产品高收入人群应该是其主要目标对象。同时，国外有商保公司与药厂结合的购买药品保险产品，也有的商保产品专门是针对支付起付线以下的部分和增加共付比例，以提高群众抗风险的能力。

商保产品方面，商业健康险分为团体险和个人险。个人险中以储蓄理财型产品为主，过去真正符合医保性质的消费理赔型产品少。笔者认为当前应该重点放在健康保险产品的设计上，包括疾病险、医疗险、护理险、失能险、医疗责任险、交通创伤险等。目前医患矛盾日益尖锐，伤医事件不断发生；交通事故引起的死亡率在我国死因中的地位也日益上升。这些都为新的商保产品提供了可参考方向。

商保赔付方面，商保赔付需要与医疗机构结合起来。建议商保

公司应与医疗机构建立业务上的联盟，信息共享。不仅可以增加公立和民营医疗机构的收入，而且也使商保公司有更多的机会，了解疾病治疗发生的费用和监督医生医疗的行为。但也要防止商保固有的失灵现象，如管理成本较高、对参保者的逆向选择，“撇奶油”现象比较明显^[6]，以营利为目的的商保公司往往在群众中容易造成信誉不高。此外还有商保销售人员的不规范销售行为、对投保者的健康保险产品宣传不够、赔付手续复杂等。因此，商保的从业人员急需加强能力建设。如何在发展社会保险和商保的同时，处理好政府和市场的作用是值得探讨的问题。

参考文献

- [1] 卫生与计划生育委员会卫生发展研究中心：2013年卫生总费用报告。
- [2] WHO: WHO Global Health Expenditure Atlas. 2011.
- [3] 2014中国医保资金缺口超750亿元。每日经济新闻，2012年11月29日。
<http://money.msn.com.cn>
- [4] 上海市卫生发展研究中心：2013年上海市卫生总费用核算报告
- [5] 健康报 2015年4月17日
- [6] Chollet DJ & Lewis M: Private Insurance: Principles and Practice. World Bank Discussion Paper No 365. Innovations in Health Care Financing. pp. 77-102. 1997.

（责任编辑：冯瑞芳）



研究 传播 交流 影响

Research Dissemination Communication Impact

上海市卫生发展研究中心

Shanghai Health Development Research Center (SHDRC)

中国 上海

Shanghai China