

织牢织密健康网

商业健康保险与基本医疗保险衔接机制研究

主报告

一、研究背景和目标

健康是促进人的全面发展的必然要求，是经济社会发展的基础条件。医疗保障体系作为维护人民健康的重要防线，不仅关乎亿万家庭的生活福祉，更关乎国家经济社会发展的全局。推进健康中国建设，实现全民健康，必须完善多层次医疗保障体系。新医改以来，我国医疗保障事业快速发展，医疗保障水平不断提升，多层次医疗保障体系建设取得了一系列成就。

目前，我国已经基本建成了以医疗救助层为保底层，基本医疗保险为主体层，商业健康保险和其他医疗保险为补充层的中国特色多层次医疗保障体系。从保底层来看，医疗救助政策框架基本建立，对减轻贫困群众负担起到积极作用。2018年，资助参加基本医疗保险人数4971.59万人；实施门诊和住院救助3824.59万人次，支出281.65亿元，住院和门诊每人每次平均救助水平分别为1255.03元和154.19元。从主体层来看，基本医疗保险运行平稳，基本实现参保全覆盖。截至2018年末，基本医疗保险参保人数13.45亿人，参保覆盖面稳定在95%以上。全年基本医疗保险基金总收入2.1万亿元，总支出1.76万亿元。截至2018年末，基本医疗保险累计结存2.3万亿元，其中职工基本医疗保险个人账户积累7144.42亿元。¹从补充层来看，我国商业健康保险实现较快发展。2018年，我国商业健康保险保费收入

¹ 国家医疗保障局：“2018年保险统计数据报告”，
<http://bxjg.circ.gov.cn/web/site0/tab5257/info4132154.htm>。

5448.13 亿元，同比增长 24.12%。商业健康保险密度 391 元，保险深度 0.61%，同比分别上涨 20%和 15%。

然而，从具体运行情况来看，我国多层次医疗保障体系依然面临诸多问题。其中，各层次衔接低效是当前我国多层次医保体系面临的主要挑战。一方面，我国医保体系主体层发展迅速，而保底层和补充层发展不足，不同层级之间衔接度很低。另一方面，不同层次的管理体制不同，协同发展受限，难以形成不同机制协调互补、良性竞争的局面。²各层次之间衔接低效直接导致医保政策难以形成合力，现有的医保体系难以满足人们日益增长的健康保障需求。在《“十三五”深化医药卫生体制改革规划》中，也明确提出了“建立高效运行的全民医疗保障制度”的重点任务，要求“建立起较为完善的基本医保、大病保险、医疗救助、疾病应急救助、商业健康保险和慈善救助衔接互动、相互联通机制。”

近年来，随着经济社会的快速发展，我国健康服务和健康保障需求愈加旺盛，并呈现多层次、多样化的特点，以基本医疗保险为主的健康保障供给难以满足人们日益增长的多层次、多样化的健康保障需求已经成为健康保障领域的主要矛盾。如何提高医保体系的运行效率，畅通各层次之间的衔接，特别是商业健康保险与基本医保的衔接已经成为完善中国特色多层次医疗保障体系面临的重大课题。开展商业健康保险与基本医保衔接机制研究，构建促进衔接的支持性环境，解决衔接中面临的重大问题已是迫在眉睫。

在上述背景下，我们于 2017 年 11 月成立“商业健康保险与基本医疗保险衔接机制研究”课题组，对商业健康保险与基本医保的衔接展开了深入综合研究。具体包括：多层次医疗保障体系的未来图景、

² 课题组专题研究报告：《多层次医疗保障体系的未来图景》。

商业健康保险经办基本医保、承办大病保险、补充基本医保以及与基本医保的互联互通机制等五个专题。在研究中，课题组不仅结合了专家丰富的研究经验，而且开展了国内国外实地调研，获得了丰富的一手素材。

本报告作为这项研究的主报告，以专题研究和实地调研为基础，阐述了商业健康保险与基本医保衔接的现状，存在的主要问题，未来方向与关键领域。我们希望，这项研究的完成，能够为国家在完善中国特色医疗保障体系、促进商业健康保险与基本医保衔接等方面的询证决策，提供科学的依据和有价值的参考。

二、商业健康保险与基本医保衔接的紧迫性和必要性

（一）我国基本医保体系面临严峻挑战

第一，医保政策“碎片化”问题。由于制度设计的差异性与行政管理地方化等方面的原因，我国基本医保政策存在明显的“碎片化”现象。在保险性质、目标定位、统筹层次、筹资模式、缴费年限和基金构成等方面都存在显著的区别（见表1）。³

表1 中国基本医疗保险的制度结构

保险项目	城镇职工医保	城乡居民基本医保
保险性质	强制性社会医疗保险	自愿性社会医疗保险
目标定位	城镇就业人群+退休者	城镇非就业人群和农村居民
统筹层次	(地级)市级	(地级)市级或区县级
筹资模式	工资税(单位8%+个人2%)	个人缴费+财政补贴
缴费年限	当期缴费、当期受保, 满15-35年后终身受保	当期缴费、当期受保
基金构成	统筹账户+个人账户	统筹账户(+家庭账户)

³ 课题组专题研究报告：《多层次医疗保障体系的未来图景》。

给付范围	从住院统筹向大病门诊和普通门诊统筹延伸
给付水平	起付线+比例个人自付+封顶线，不同制度不同规定

这种“碎片化”的现象所带来的问题主要体现在以下几个方面：一是各项医保制度的目标人群可能存在交叉，造成资源的重复浪费。例如，在城镇企业就业的农民工，既可以根据工作性质参加城镇职工医保，也能够原籍所在地参加城乡医保。二是卫生资源分配不公。由于缴费水平不同，几项制度的给付待遇之间存在较大差距。统计显示，2016年城镇职工医保基金收入10274亿元，人均筹资3479.88元；城镇居民医保基金收入2811亿元，人均筹资620.32元；新农合筹资总额1538.15亿元，人均筹资仅559元⁴。两项制度的补偿比例存在显著差异。三是医保待遇的差距进一步加深了城乡居民的收入差距。例如，城乡居民医疗保险目前采取人均统一的筹资方式，这种“人头税”的缴费形式有失公平，累退性负担较明显，没有考虑到农村居民个人和家庭缴费能力的差异，必然造成贫困家庭（未达到低保标准的贫困家庭）的缴费负担较重，使其面临由于无力参保而在遭遇大病时陷入不得不放弃就医的困境。2013年全国卫生服务调查显示，农村居民的住院率为9.0%，相比2003年的3.6%有很大提高，但住院病人均次均自负医疗服务达3526元，占农村居民人均可支配收入的39.64%，农民的负担仍然过重，看病贵的问题依然存在。⁵

第二，保障能力与效率的挑战。《国务院关于建立城镇职工基本医疗保险制度的决定（国发[1998]44号）》提倡基金地级市统筹，虽然政策上允许少数地级行政区可实行县（市）级统筹，但实际上90%以上都定位在县（市）级和城市的市（区）统筹（据统计全国大约有2700个）。县（市）统筹体制运行多年来，虽有明显成效，但问题也

⁴ 数据来源：2017年《中国卫生和计划生育统计年鉴》。

⁵ 课题组专题研究报告：《多层次医疗保障体系的未来图景》。

日渐凸显。统筹层次过低引致各地筹资水平不等和给付结构差异，又为统筹层次的提高增加了难度，形成恶性循环。统筹层次过低，不仅会缩小医保风险分摊池，降低医保的横向公平性，阻碍医保可携带性（即医保关系跨地区转移接续），而且还会增加医保经办机构作为第三方购买者与医疗服务提供方开展医保支付制度改革的难度。研究表明，中国目前各地区的卫生服务可及性与质量指数（Healthcare Access and Quality Index, HAQ）仍然存在明显差异，表现最佳的北京（91.5）与指数值最低的西藏（48.0）之间，存在 43.5 分的差异⁶。

第三，费用控制的挑战。费用控制不力主要指在目前的医疗保障制度安排下，代表患者利益的第三方购买者谈判能力不强，对医疗服务提供者难以形成有效的约束，医疗服务提供者的支付机制存在缺陷，难以控制医疗费用的攀升。此外，医疗保障体制改革与医疗服务体制、药品流通体制等改革不配套，造成不正常的医疗费用攀升，也进一步弱化了制度的保障功能。究其原因，一是医保机构谈判角色缺失。我国医保机构的职责只是单纯为参保人发生的医疗费用在一定范围内予以报销，至于病人所接受的治疗是否合适、价格是否适宜，都不在医保机构考察的范围之内。医保部门谈判角色的缺位，使医方诱导病患过度消费行为频发。二是医保机构付费方式无法约束医方。由于具有广泛覆盖面和影响力的基本医保体系普遍采用后付制，医方并没有受到相应的预算约束，基本不存在发生赤字须由自身承担损失的可能，很容易助长医方诱导医疗消费。

第四，卫生费用上涨的压力。卫生经济学传统理论（Arrow, 1963；

⁶ 数据来源：GBD 2016 Healthcare Access and Quality Collaborators, Measuring performance on the Healthcare Access and Quality Index for 195 countries and territories and selected subnational locations: a systematic analysis from the Global Burden of Disease Study 2016, Lancet, 2018, 391: 2236-71.

Zeckhauser, 1970; Cutler, 2000) 强调医疗保障和医疗服务市场的不完善性, 特别指出由于道德风险等信息问题造成的医疗服务市场的过度消费和相关医疗保障的低效运营。在实践中, 欧洲各主要发达国家所普遍实施的全民性社会医疗保险制度在上世纪末纷纷发生了严重的财务危机。

长期以来, 我国医疗卫生费用一直保持较快增长势头。据统计, 医疗卫生总费用从 2001 年的 5026 亿元增长至 2017 年的 5.16 万亿元, 年复合增长率 14.7%, 医疗卫生费用支出占 GDP 的比重由 2001 年的 4.58% 增长至 2017 年的 6.2%。医疗卫生费用的增长速度远超近年我国 GDP 的增速, 为经济发展带来了沉重负担。

与此同时, 政府卫生费用支出也在大幅增加。我国政府公共卫生费用支出由 2009 年的 5625.5 亿元上升到 2017 年的 15517.3 亿元, 年均复合增长率达 13.5%。数据显示, 我国财政收入由 2009 年的 68477 亿元, 增长到 2017 年的 172567 亿元, 年均复合增长率为 12%。政府卫生费用支出的增速高于财政收入增速, 为我国财政带来一定压力。

此外, 我国医疗保险收入从 2001 年的 384 亿元增长到 2018 年的 2.1 万亿元, 年均增长率为 26.57%; 支出额从 2001 年的 244 亿元增长到 2018 年的 1.76 万亿元, 年均增长率为 28.62%。从收支结构来看, 2018 年职工基本医疗保险和城乡居民基本医疗保险收入分别占全年总收入的 62.9% 和 33.1%, 同比分别增长 8.7% 和 27.1%; 支出分别占全年总支出的 60% 和 35.7%, 同比分别增长 11.5% 和 28.9%。可见, 基本医保的支出增速高于收入的增速。⁷ 截至目前, 整体医保基金虽然有盈余, 但是部分地区已经出现赤字, 如部分老龄化严重和年轻

⁷ 国家医保局: 《2018 年医疗保障事业发展统计快报》, http://www.nhsa.gov.cn/art/2019/2/28/art_7_942.html。

人口流出严重等区域。从更长远的角度来看，随着人口老龄化加剧，医保收入来源将会进一步缩小，未来医保收支压力将不断加大。⁸

（二）经济社会转型发展催生巨大健康保障需求

1. 人口老龄化不断加剧

目前，中国正以前所未有的速度步入老龄化社会。截至 2017 年底，我国 60 岁及以上老年人口有 2.41 亿人，占总人口 17.3%。其中 65 周岁及以上老年人口 1.6 亿人，占总人口的 11.4%。⁹世界银行研究报告显示，到 2027 年，中国将从一个“老龄化”社会转变为一个“老龄”社会。在 2002 年至 2027 年，短短的 25 年里，65 岁及以上老年人口比例将从 7% 上升到 14%。相比之下，法国经历这种转变用了 115 年，英国用了 45 年，美国用了 69 年。预计到 2050 年，中国 65 岁及以上老年人口占总人口比例将会达到 26%，80 岁及以上的老年人口占比将达到 8%。¹⁰研究表明，老龄人口发病率尤其是慢性病发病率是社会平均水平的 2-3 倍，对健康保障服务的需求是一般群体的 3-5 倍。人口老龄化进程的加快，将使医疗、照护、健康保障等需求加速井喷。

2. 疾病模式转变

随着城镇化进程的加速推进，人们生产生活方式的改变，人口大规模快速流动等，我国疾病模式正发生重大转变，传染性疾病预防形势严峻复杂，慢性非传染性疾病威胁上升，成为重大公共卫生问题。

《中国慢性病防治工作规划（2012-2015 年）》显示，2012 年，确诊患者 2.6 亿人，慢性病导致的死亡已经占到我国总死亡的 85%，导致的疾病负担已占总疾病负担的 70%，其产生的直接经济负担占 GDP 的

⁸ 课题组专题报告：《完善构建多层次医保信息互联机制研究》。

⁹ 民政部：《2017 年社会服务发展统计公报》，2018 年 8 月。

¹⁰ 世界银行：《中国养老服务的政策选择：建设高效可持续的中国养老服务体系》，2018 年 12 月。

9.73%。国际经验表明，慢性病防控的成功策略在于以健康教育和健康促进为主要手段，针对慢性病的共同危险因素，在全人群、高危人群和患者中开展主动的慢性病综合防治。¹¹而我国基层医疗卫生机构的医疗保障服务能力并不能满足居民慢性病的卫生服务需求，对财政投入和健康保险也提出了更高的要求。慢性病区别于传统传染性疾病的发病特点及治疗手段，必然要求诊疗方式由传统的疾病治疗向健康管理转变，这也要求我国医疗保障体系由“医疗保障”向“健康保障”倾斜。

3. 消费模式不断升级

一方面，城镇化进程带来消费结构升级，推高医保基金支出水平。城镇化推动了经济的发展，大量居民从农村转入城镇后，收入增加，医疗保障水平提高，就医意识增强，医疗需求不断增长。收入的增加和医保的推进释放了居民的医疗需求，居民更关注自身健康，在健康体检、医疗保健方面的需求增加，以前忽视的健康问题也得到积极防治。居民需求的增加带动了居民的医疗消费，推动医疗费用攀升，城镇化居民医疗费用的大幅度增长给医疗保险基金带来很大的支出压力。有调查显示，城镇化进程中居民医疗消费支出逐年提高，其次均门诊费用和住院率明显高于农村水平。

另一方面，中产阶级快速崛起，对多层次医疗保障体系提出了更高的要求。据统计，2016年我国中等收入者比重约为34.79%，到2020年将上升到45.01%呈现快速增长态势。¹²在健康方面，人们不再满足于看得上病、看得好病，而且希望有差异化的选择和个性化的服务。基本医保已经不能满足中产阶级多样化的需求，而是更多的希望购买

¹¹ 李小明：《慢性病健康管理多部门合作：理论、实证与模式》，中国协和医科大学出版社2017年版。

¹² 中国社会科学院：《2018年中国社会形势分析与预测》，2017年12月。

商业健康保险。然而，我国商业健康保险尚不成熟，在一定程度上造成了国内需求外溢。

（三）商业健康保险具有一定优势

商业健康保险不同于社会保险，具有融资渠道广、非强制性、产品设计灵活，精算和风险控制能力强等特点，在满足人们多样化医疗需求方面将扮演重要角色，在应对健康风险方面都发挥着重要的作用。

从融资渠道看，商业健康保险的融资渠道主要来自保险公司的客户，不需要财政直接投资，可以实现在不增加国家财政负担的基础上，以商业筹资方式帮助部分人群实现风险分散，有效解决部分群体的医疗保障需求。在当前社会医疗保障不断提高，政府融资承受能力有限的情况下，商业健康保险的融资渠道更加可取。

从我国区域差别的解决途径看，商业健康保险的发展模式比较灵活，具有非强制性的特性，面对我国地区经济差异大，不平衡的情况，商业健康保险可以充分发挥专业优势，通过差异化的保障方案、保障水平和保险费率来调节和解决不同经济发展阶段各地区的医疗需求。

从客户需求看，随着医疗技术水平的提高，生活质量的不断改善，各种专业护理机构的涌现，人们需要接受医疗照护的种类将逐步增多并且更加多样。医疗需求的复杂性决定了健康保险的内容应该具有多样性。商业护理保险具有产品设计灵活多样的特点，可以为被保险人量身订做满足其需求的保单，满足被保险人不同层次的需要。当国民面临健康风险时，能够根据自身偏好与客观支付能力选择最适宜的医疗给付组合，而不会因患病等级的轻重、持续时间的长短而产生不确定性，甚至无力应对的困境。同时，商业健康保险创新能力较强，能够通过不断的探索和尝试，通过产品的改进和创新适应不断变化的医

疗服务需要，并为基本医疗保险奠定一定经验基础。

从风险控制角度看，商业健康保险可以有效规避道德风险带来的医疗费用支出巨增的风险。商业健康保险公司通过专业化的经营，还可以促进医疗机构的发展，防范医疗机构可能带来的服务风险，不断完善国家医疗保障体系。

（四）我国商业健康保险作用发挥不到位

面对高额的医疗费用开支和沉重的社会保险负担，各国政府逐渐转换传统医疗保障模式，商业健康保险的地位和作用日益突出。倡导实施混合型（社会医疗保险与商业健康保险的平行发展）保障模式的学者（Petretto,1999；Blomqvist,1997；Selden,1997）指出：商业性健康保险的作用不仅局限在对社会保险的补充和完善，更重要的是通过竞争机制的建立，减少社会保险的成本压力，提高其服务质量而形成医疗保障制度的可持续性发展。

从世界范围的医疗保障制度实践来看，无论是哪种制度模式，都需要补充医疗保险制度作为基本医疗保障的补充，在多层次医疗保障体系中，每个层次均应具有其特定的覆盖对象和筹资标准。英国全民公费医疗体系（NHS）覆盖几乎全体国民，但是商业医疗保险（PMI）依旧在为满足部分人群的医疗需求而持续运作，并且保持着稳定的覆盖范围和保费收入。而德国医疗保障制度中，商业健康保险更是作为法定社会医疗保险的不可或缺的补充，为收入较高的人群提供更为全面和高级的医疗服务。在美国，商业健康保险更是医疗保障制度的主体，政府仅仅提供特殊人群的医疗保障。所以，商业健康保险的发展有着重要的意义，关系到全民医疗保障制度的顺利覆盖和整体服务水平的提升。

近年来我国商业健康保险发展势头良好，但在国家医疗保障体系中所发挥的作用还有待进一步增强。2018年，健康保险保费收入占人身险保费收入的2%，健康保险在医疗总费用筹资比例中的占比偏低。从国外经验来看，很多发达国家（如加拿大、法国、澳大利亚等）即使是以社会保险为医疗保障的主体，其商业健康保险在居民的医疗费用融资比重也能达到10%左右，而这个指标在我国目前还停留在3%左右。健康保险的承保面不高，居民个人自付比例维持在30%左右，较国外自付比例高出近一倍，产品不适应中高端收入群体的现象普遍。整体上看，健康保险业的保险密度和保险深度远远低于保险业的整体情况，市场尚未得到充分开发，制约了健康保险保障功能的发挥。我国商业健康保险前景广阔、空间巨大。

综上，在当前多层医疗保障体系的基本框架下，基本医保发展迅速，但面临沉重负担。商业健康保险处于起步阶段，但具有一定优势，发展空间巨大。在人们健康保障需求的日益增长背景下，亟待完善多层次医保体系，畅通商业健康保险与基本医保的衔接，满足人们多层次多样化高质量的健康保障需求。

三、商业健康保险与基本医保衔接的政策进展

诚如前述，我国多层次医疗保障体系建设面临的形势复杂严峻，织密健康保障网，畅通商业健康保险与基本医保的衔接任重而道远。党中央、国务院一直以来高度重视，出台了一系列促进商业健康保险与基本医保衔接的政策文件，以应对中国特色医疗保障体系面临的关键挑战，提高大众健康水平，促进经济社会可持续发展。

表 2 商业健康保险与基本医保衔接的政策梳理

年份	文件名	颁布机构	相关政策
2009.3	《关于深化医药卫生体制改革的意见》	国务院	“鼓励商业保险机构开发适应不同需要的健康保险产品……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。”
2009.5	《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》	保监会	“大力发展商业健康保险,满足多样化的健康保障需求……积极参与基本医疗保障经办管理服务……积极探索参与医疗服务体系建设。”
2012.3	《国务院关于印发“十二五”期间深化医药卫生体制改革规划暨实施方案的通知》	国务院	“鼓励商业保险机构发展基本医保之外的健康保险产品,积极引导商业保险机构开发长期护理保险、特殊大病保险等险种,满足多样化的健康需求。鼓励企业、个人参加商业健康保险及多种形式的补充保险,落实税收等相关优惠政策。……”
2012.8	《关于开展城乡居民大病保险工作的指导意见》	发改委、卫生部、财政部、人保部、民政部及保监会	明确城乡居民大病保险的承办方式为“采取向商业保险机构购买大病保险的方式”。并指出要规范大病保险招标投标与合同管理,另外明确列出了商业保险机构的基本准入条件。
2013.9	《国务院关于促进健康服务业发展的若干意见》	国务院	“鼓励商业保险机构等以出资新建、参与改制、托管、公办民营等多种形式投资医疗服务业。……鼓励发展与基本医疗保险相衔接的商业健康保险,推进商业健康保险承办城乡居民大病保险,扩大人群覆盖面。”
2014.8	《国务院关于加快发展现代保险服务业的若干意见》	国务院	“鼓励保险公司大力开发各类医疗、疾病保险和失能收入损失保险等商业健康保险产品,并与基本医疗保险相衔接……政府可以委托保险机构经办,也可以直接购买保险产品和服务。”
2014.10	《国务院办公厅关于加快发展商业健康保险的若干意见》	国务院	“扩大商业健康保险供给……使商业健康保险在深化医药卫生体制改革、发展健康服务业、促进经济提质增效升级中发挥‘生产力’作用”“全面推进并规范商业保险机构承办城乡居民大病保险……稳步推进商业保险机构参与各类医疗保险经办服务。”

2015. 8	《国务院办公厅关于全面实施城乡居民大病保险的意见》	国务院办公厅	加强基本医保、大病保险、医疗救助、疾病应急救助、商业健康保险和慈善救助等制度的衔接,发挥协同互补作用,输出充沛的保障动能,形成保障合力。建立大病信息通报制度,支持商业健康保险信息系统与基本医保、医疗机构信息系统进行必要的信息共享。
2015. 12	《关于实施商业健康保险个人所得税政策试点的通知》	财政部、税务局、保监会	规定试点地区、商业健康保险产品规范及若干管理问题以及个人所得税税前扣除征管问题,确定个人税收优惠政策从2016年1月1日在试点地区开始实施。
2016. 1	《国务院关于整合城乡居民基本医疗保险制度的意见》	国务院	加强基本医保、大病保险、医疗救助、疾病应急救助、商业健康保险等衔接,强化制度的系统性、整体性、协同性。……以政府购买服务的方式委托具有资质的商业保险机构等社会力量参与基本医保的经办服务,激发经办活力。
2016. 12	《国务院关于印发“十三五”深化医药卫生体制改革规划的通知》	国务院	“积极发挥商业健康保险机构在精算技术、专业服务和风险管理等方面的优势,鼓励和支持其参与医保经办服务,形成多元经办、多方竞争的新格局。……丰富健康保险产品,大力发展消费型健康保险……”
2017. 2	《国务院关于印发“十三五”国家老龄事业发展和养老体系建设规划的通知》	国务院	健全完善社会保障体系。鼓励发展补充医疗保险和商业健康保险、老年人意外伤害保险。鼓励商业保险公司开发适销对路的长期护理保险产品和服务,满足老年人多样化、多层次长期护理保障需求。
2017. 4	《国务院办公厅关于印发中国防治慢性病中长期规划(2017-2025年)的通知》	国务院办公厅	发展多样化健康保险服务,鼓励有资质的商业保险机构开发与基本医疗保险相衔接的商业健康保险产品,开展各类慢性病相关的保险经办服务。
2018. 8	《国务院办公厅关于印发深化医药卫生体制改革2018年下半年重点工作任务的通知》	国务院办公厅	1. 制定完善中国特色医疗保障制度改革方案。 2. 发展商业健康保险。完善以政府购买服务方式引导具有资质的商业保险机构等社会力量参与基本医保的经办服务。

自2009年新医改以来,政府始终高度重视商业健康保险与基本医保的衔接,密集出台了多个促进商业健康保险与基本医保衔接的重

要文件。（政策梳理如表 2）。2013 年 9 月，国务院发布《国务院关于促进健康服务业发展的若干意见》明确提出，“鼓励发展与基本医疗保险相衔接的商业健康保险，推进商业健康保险承办城乡居民大病保险，扩大人群覆盖面。”2014 年 8 月，国务院发布《国务院关于加快发展现代保险服务业的若干意见》明确提出，“鼓励保险公司大力开发各类医疗、疾病保险和失能收入损失保险等商业健康保险产品，并与基本医疗保险相衔接。”2017 年 4 月，国务院办公厅发布《国务院办公厅关于印发中国防治慢性病中长期规划（2017-2025 年）的通知》明确指出，发展多样化健康保险服务，鼓励有资质的商业保险机构开发与基本医疗保险相衔接的商业健康保险产品，开展各类慢性病相关的保险经办服务。上述政策的出台为促进商业健康保险发展，畅通商业健康保险与基本医保的衔接提供了重要支撑。

总体而言，我国商业健康保险与基本医保衔接的政策体系已经初步形成，并对完善中国特色医疗保障体系产生了重要影响。但是，商业健康保险与基本医保的衔接依然面临诸多问题，在总结现有政策经验的基础上，深刻剖析商业健康保险与基本医保衔接存在的问题，并提出合理化的政策建议具有重要意义。

四、商业健康保险与基本医保衔接的现状

近年来，随着新医改的不断深化，在我国现有多层次医疗保障体系框架下，商业健康保险与基本医保的衔接形式，已经由商业健康保险产品对基本医保的补充，逐渐拓展为经办基本医保、承办大病保险、补充基本医保以及与基本医保的信息共享和互联互通。

（一）积极参与基本医保经办，参保群众医疗消费负担减轻，基本医保运行成本不断降低，基金使用效率得到提高。

自 2003 年起，商业保险机构开始进入基本医保经办领域。¹³截至 2016 年底，中国人寿、人保健康、太平洋寿险、新华人寿、中华联合保险等商业保险机构，在河南、江苏、山东、广东、天津、贵州、福建、北京、四川等 9 个省级单位的 140 余个新农合统筹地区参与经办服务工作。其中，中国人寿在基本医保经办业务中的市场占有率超过 90%。2017 年，商业保险累计为新农合、新农合补充、城镇职工基本医疗、城镇职工补充医疗、城镇居民基本医疗、城镇居民补充医疗、医疗救助及企事业团体补充医疗新增托管基金 265.38 亿元，涵盖 4.89 亿人口，累计为 4690.17 万人次支付赔付与补偿金 632.11 亿元¹⁴。从效果来看，商业保险机构通过市场化运作方式，经办基本医保取得积极成效。

一是减轻了群众医疗负担。商业保险机构经办基本医保，有效提高了统筹层次和保障水平，减轻了群众的医疗费用负担，缓解了因病致贫、因病返贫。以保险公司经办的广东省湛江市城乡居民项目为例，商业保险机构经办后，城乡居民参保群众住院报销封顶线从 2009 年的 1.5 万元提高到了二档 16 万元和三档 18 万元。

二是提高了基金使用效率。发挥商业保险机构第三方制约作用，运用其专业技术优势、智能审核系统、参与付费方式改革等方式，加

¹³ 个别地区在国家建立新农合制度之前，其农村合作医疗制度便引入了商业保险机构经办机制。如江苏江阴于 2001 年便由太平洋保险经办农村合作医疗业务，延续至今。

¹⁴ 国家卫生健康委：《“十三五”深化医药卫生体制改革规划中期评估报告》，北京，2018 年 7 月。

大对不合理医疗行为的监督和管控，遏制了部分地区不合理医药费用的快速增长势头，提高了基本医保基金的使用效率。

三是降低了经办运行成本。商业保险机构通过杜绝人情报销、履行严格的医疗卫生机构费用审核与拨款流程、设立驻院代表和巡查队伍、推广智能审核系统等措施，节约了基本医保基金，总体上降低了运行成本。河南洛阳开展此项工作次年（2009年），城镇居民医保人均医疗费用即由上年的2160元降至1640元。中国人寿在河南多地基本医保经办工作中推广医保智能监控系统，2017年仅开封就检出违规条数29215条，涉及金额5492.65万元；人工初审下发4210条，涉及金额785.66万元。此外，从政府减少经办人力角度估算，以河南新乡、郑州为例，商业保险机构参与新农合经办服务，分别为当地政府每年至少节省800万元和700万元财政支出。¹⁵

（二）创新推进大病保险承办，大病保险基本实现全覆盖，筹资机制不断完善，居民保障水平逐步提升。

大病保险作为对大病患者发生的高额医疗费用给予进一步保障的制度性安排，是基本医疗保障制度的拓展和延伸，是对基本医疗保障的有益补充，其具体做法是从城镇居民基本医疗保险基金、新型农村合作医疗基金或城乡居民基本医疗保险基金中，划出一定比例或额度作为大病保险资金，通过招标方式向符合经营资质的商业保险公司购买大病保险。其中，投保人为地方政府授权的部门；被保险人为大病保险开展地区参加城镇居民医保、新农合或城乡居民医保的全部参

¹⁵ 新华社：河南探索“管办分离”给新农合系上安全带，载《国内动态清样》第4830期。

保人；受益人为被保险人本人。¹⁶截至 2016 年底，共有 17 家保险公司承办大病保险业务。在具体实践中，也形成了诸多具有地方特色的典型模式。如“湛江模式”、“太仓模式”等。大病保险坚持“以人为本、保障大病，统筹协调、政策联动，政府主导、专业承办，稳步推进、持续实施”的基本原则，到目前，已经建立起较为完善的大病保险制度，与基本医保等制度紧密衔接，共同发挥托底保障功能，有效防止发生家庭灾难性医疗支出，助力精准扶贫的作用得到彰显。

一是大病保险基本实现全覆盖。截至 2017 年末，商业保险机构承保全国 90%以上的大病保险业务，服务覆盖全国 31 个省（区、市），人口达到 10.6 亿人，较 2013 年末增长 194.4%，保费收入达 389 亿元，680 万人获得赔付。

二是筹资机制逐步完善。2015 年，全国大部分省份都以当地城乡居民医保年度筹资额的 5%确定大病保险筹资标准，全国平均为 20 元左右。在此基础上，大病保险筹资标准逐年提升，2017 年提高到 36 元左右。同时，有 12 个省份实现省级统筹，250 个地市实现市级统筹。总体来看，我国大病保险基本建立了城乡居民医保基金结余、新增财政补助专项经费等的多渠道筹资机制，保证了大病保险制度的可持续发展。

三是保障水平不断提升。从我国各地区来看，据《2016 年全国医疗生育保险运行分析报告》统计（如图 1 所示），2016 年城乡居民基本医保大病患者的实际保障水平约为 57%，其中基本医保实际保障水平约为 45%，大病保险在基本医保的基础上提高了约 12 个百分点的保障水平。从各地区来看，除江西（30%）、西藏（29%）和云南（26%）

¹⁶ 王起国、李金辉：“充分发挥大病保险功能，助力打赢脱贫攻坚战”，《保险职业学院学报》，2016 年第 3 期。

保障水平较高，以及北京（7%）、湖南（7%）、天津（9%）和重庆（9%）保障水平较低以外，大病保险实际保障水平多为 10%-16%，其中中位数为 13%。¹⁷

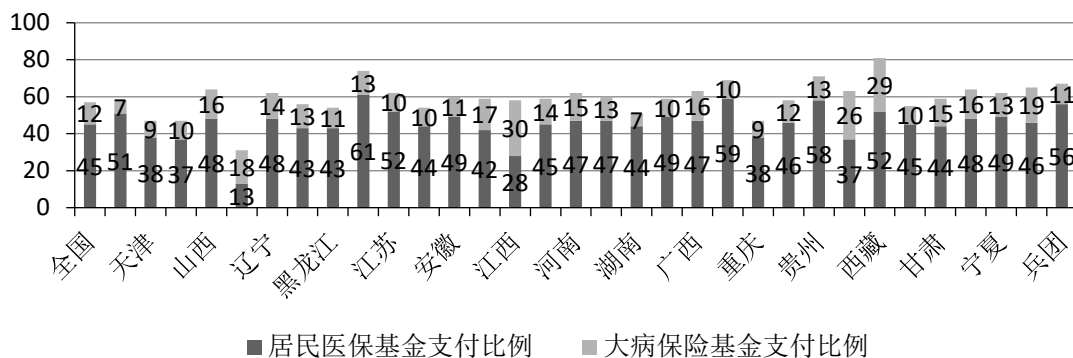


图 1 2016 年享受大病保险居民基本医保基金和大病基金支付比例

资料来源：2016 年全国医疗生育保险运行分析报告

（三）商业健康保险产品供给主体日益增多，保费规模不断增长，供给环境逐步优化，补充作用明显增强。

一是供给主体日益增多。截至 2018 年底，我国有资格经营商业健康保险业务的保险机构已有 180 家。人身险公司成为市场主要供给力量。2018 年，人身险公司健康险保费收入 4879.12 亿元，份额高达 90%，其中 7 家专业健康险公司保费收入 216 亿元（人保健康 148 亿元、平安健康 37 亿元、昆仑健康 19 亿元、复星联合健康 5.2 亿元、和谐健康 3.7 亿元、太保安联健康 2.6 亿元、瑞华健康 74 万元）；财险公司健康险保费收入 568.88 亿元，占比 10%。

¹⁷ 课题组专题研究报告：《商业保险承办大病保险的机制研究》。

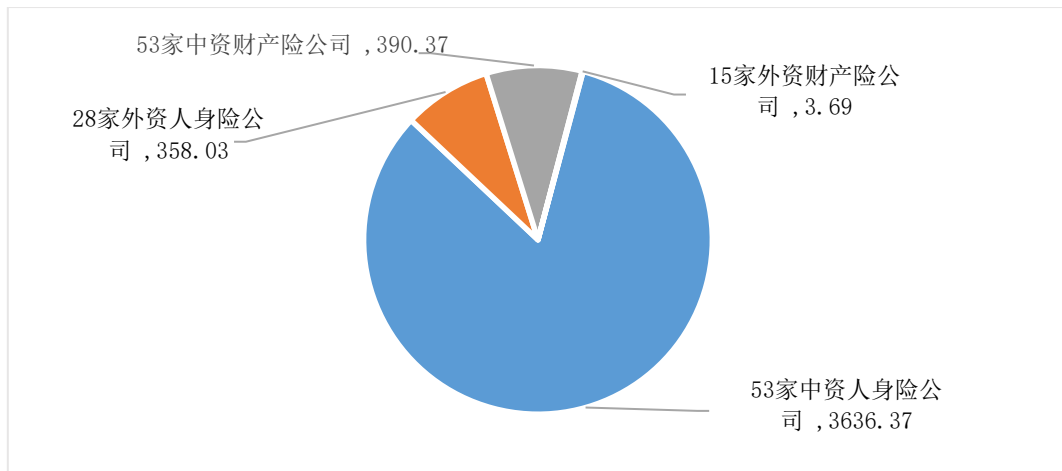


图 2 2018 年商业健康保险市场主体结构

数据来源：据原中国保险监督管理委员会网站数据整理

二是保费规模不断增长。全国的商业健康保险保费收入从 2009 年的 574 亿元提高到 2018 年的 5448 亿元，年均增幅达到 28%（如图 3 所示）。从保险密度来看，2018 年人均商业健康保险费约 391 元；从保险深度来看，2018 年健康险规模占 GDP 的比重为 0.61%（如图 5 所示）。

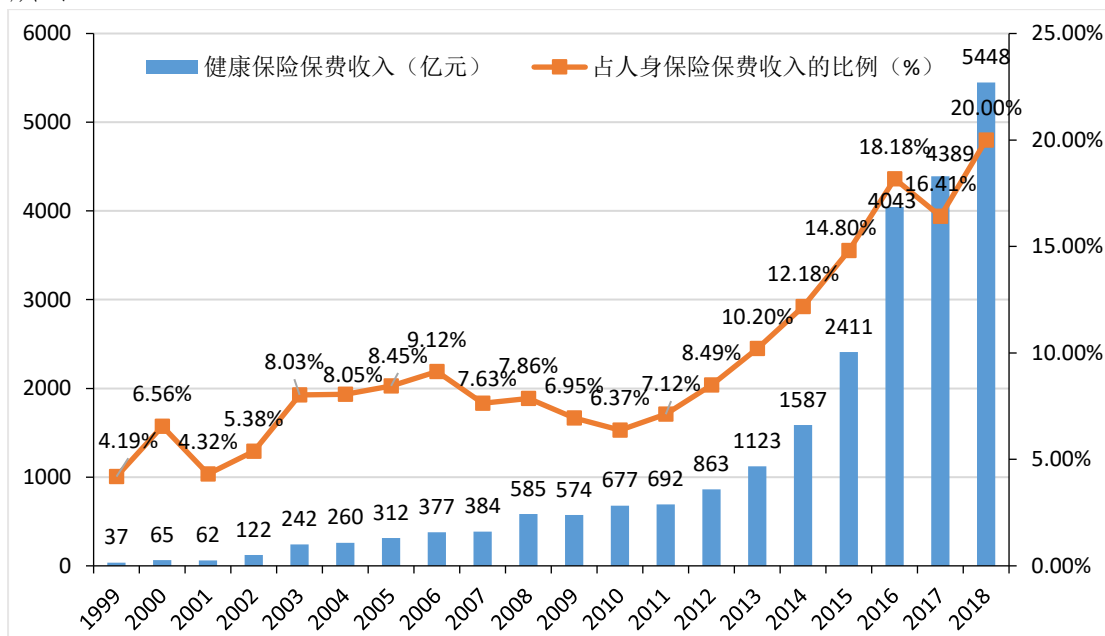


图 3 我国健康保险保费收入增长趋势及其占比

数据来源：据原中国保险监督管理委员会网站数据整理

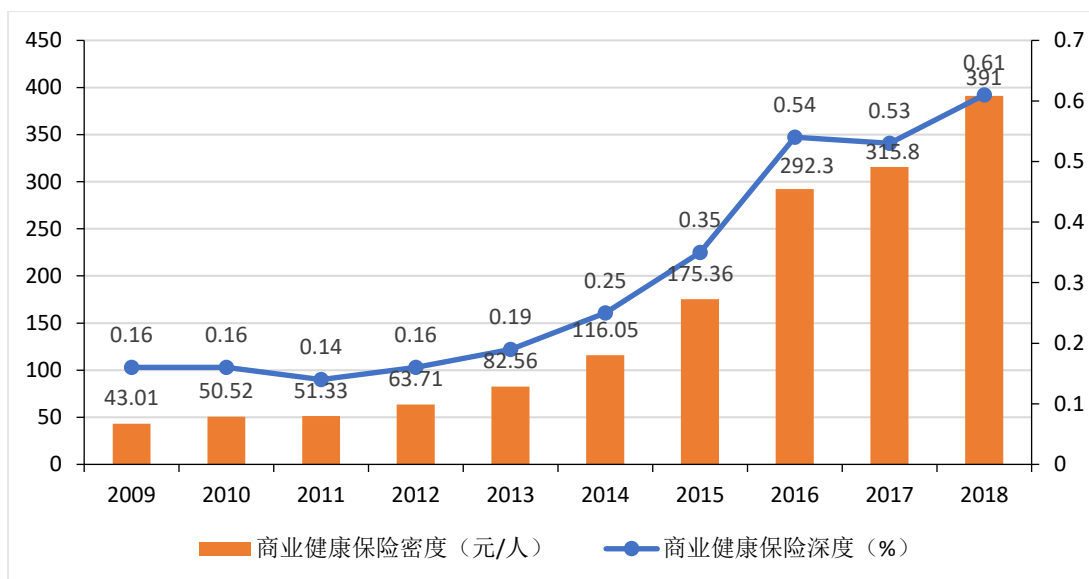


图 4 我国健康保险密度与深度增长趋势

数据来源：据原中国保险监督管理委员会网站数据整理

三是衔接环境逐步优化。一方面，支持性政策不断出台。比如，2015年11月，财政部、国家税务总局和保监会联合下发《关于实施商业健康保险个人所得税政策试点的通知》，对商业健康保险税优政策试点作出明确部署。目前税优健康险已经在全国范围内全面实施。另一方面，监管职责趋向整合。国家医疗保障局和中国银保监会的挂牌，都将对解决医疗保障政策“碎片化”、医保体系内各层级衔接低效等问题产生积极影响。

（四）基本医保与商业健康保险信息基础设施建设快速发展，为信息互联互通奠定良好基础。

信息平台作为重要的保险信息基础设施，在保险管理中发挥着至关重要作用。近年来，随着互联网技术的飞速发展，我国保险领域的信息基础设施建设步伐不断加快，以信息平台为主的信息基础设施建设取得积极成效。

第一，在基本医疗保险领域。目前，我国已经建成了城镇职工基本医保信息平台、新农合信息平台、金保工程、基本医疗保险医疗服务监控系统、国家异地就医结算系统等重要信息平台。各平台系统极大提高了我国医保管理的信息化水平。以国家异地就医结算系统为例，截至 2018 年底，已全面联通所有统筹地区，覆盖城镇职工、城乡居民各类医保制度，服务异地安置退休、异地长期居住、常驻异地工作和异地转诊四类跨省就医人群。跨省异地就医定点医疗机构数量为 15411 家，二级及以下定点医疗机构 12803 家。国家平台备案人数 354 万。累计实现跨省异地就医直接结算 152.6 万人次，医疗费用 368 亿元，基金支付 216.5 亿元，基金支付比例 58.8%。

第二，在商业健康保险领域。我国商业健康保险领域的信息基础设施建设尚处于起步阶段，已建立的信息平台主要是中国保险业保单登记管理信息平台。目前，该平台已经完成第一、二期建设，各保险公司正按照 T+1 方式报送数据，覆盖的主要险种包括寿险、意外险、健康险、家财险、信用险、保证险等。该平台已经与全国 70 多家人身险公司和 70 多家财产险公司建立了数据传输通道，成为保险业数据共享的重要平台。同时，我国商业健康保险信息平台建设也在不断推进。目前，该平台主要开展税优健康险业务，可以解决传统投保模式中投保人不能在各家保险公司轮换投保的问题，该平台依据汇总的信息，设计健康保险计划，当客户投保发生转移时可以将相关信息以及资金一并转移。此外，各保险公司也在积极开发健康保险业务系统，

并嵌入到其核心业务系统中。¹⁸

五、商业健康保险与基本医保衔接存在的主要问题

虽然，商业健康保险与基本医保的衔接取得了一定进展，但依然面临诸多问题。具体而言，主要表现在经办基本医保观念不到位、政策支持不到位、作用发挥不到位；大病保险总体水平不高、保障范围较窄且精准性不够；商业健康保险保障力度有限、险种类别失衡、税优政策力度不彰；商保与基本医保系统大体上是封闭运行，难以实现信息共享。

（一）经办基本医保顶层设计不完善、观念存在偏差、作用发挥不到位。

第一，顶层设计不完善。当前，我国政府购买公共服务领域存在大量的立法和政策框架缺失，远未形成统一规制，缺乏指引、规范等政策工具。¹⁹政府购买基本医保经办服务亦是如此。国家文件仅作原则性规定，各地在服务性质、服务层次、覆盖制度、参与程度、参与时机、进入形式、委托费用给付等方面探索较为多样，不同地区、不同商业保险机构的招标文件、合同文本、绩效考核框架等也各不相同，在一定程度上造成了资源的浪费。此外，由于国家反不正当竞争领域立法尚不健全，在基本医保经办服务的进入环节还存在不正当竞争情

¹⁸ 课题组专题研究报告：《完善构建多层次医保信息互联机制研究》。

¹⁹ 王丛虎：《政府购买公共服务理论研究——一个合同式治理的逻辑》，北京：经济科学出版社，2015年，第72页。

形，此领域的行业监管和行业自律有待加强。²⁰

第二，观念存在偏差。部分地方政府和医保主管部门对商业保险机构经办基本医保的认识不到位，行政管理理念有待转变。具体表现为三个方面：一是部分地方政府和医保管理部门仍然习惯于自己办理基本医保，不舍得放开手中的人权和事权，排斥商业保险机构的参与。二是合作过程中权责不对等。基本医保的经办方式、保障方案、成本费用确定等关键环节基本由政府部门单方面确定，商业保险机构参与机会较少，介入程度较低。三是对商业保险机构经办服务成本构成认识不足。通常仅认可项目本身所需的服务人员成本，除此之外商业保险机构在管理队伍、信息系统、运营管控、客户服务等方面投入的大量人力物力等间接成本，政府部门往往不予认可。²¹

第三，作用发挥不到位。商业保险机构经办基本医保已经有大量实践探索，但是经办基金规模较小，覆盖范围和领域较窄。由于商业保险机构“事权”有限，难以充分介入到风险管控的关键环节并发挥商保机构风险管控的优势。

（二）大病保险总体水平不高，保障的范围有限且精准性不够。

一方面，保障的总体水平不高。由于各地大病保险的筹资水平差距较大，大病患者的实际报销比例仍然不高，大病患者的高额医疗费用风险尚未得到有效化解，“因病致贫、因病返贫”现象依然存在。研究显示，当患者医疗费用超过 30 万时，个人医疗费用自负比例平均仍超过 60%，大病患者尤其是中低收入患者仍然面临沉重的高额医

²⁰ 课题组专题研究报告：《商业保险机构参与基本医疗保险经办服务机制研究》。

²¹ 课题组专题研究报告：《商业保险机构参与基本医疗保险经办服务机制研究》。

疗费用负担。²²

另一方面，保障的范围有限且精准性不够。大病保险制度目前按费用进行保障的做法“普惠性”很好，但存在“精准性”不足的“短板”。从各地实践看，目前绝大多数地区大病保险的合规费用范围与基本医保报销目录一致，对个人总医疗费用实际报销比例目前平均仅为12%左右。虽然部分地区大病保险向低保对象、特困人员、建档立卡贫困人口、低收入重度残疾人等困难群众（含低收入老年人、未成年人、重病患者）倾斜，但现行大病保险政策支付标准多以“个人年度累计负担的合规医疗费用超过当地上一年度城镇居民年人均可支配收入”为判定标准，没有针对不同收入群体制定不同的支付标准，造成目前“低收入人群用不上、不够用”的低效率保障现状，也就并未完全实现降低家庭、特别是低收入家庭灾难性卫生支出的政策目标。

23

（三）商业健康保险保障力度有限、险种类别失衡、税优政策力度不彰。

第一，保障力度有限。2017年，我国商业健康保险赔款支出仅占国家卫生总费用的2.51%（如图5所示）。2017年，我国商业健康保险实际赔付支出占个人卫生支出比例仅为8.7%，保障力度十分有限（如图6所示）。

²² 课题组专题研究报告：《商业保险承办大病保险的机制研究》。

²³ 课题组专题研究报告：《商业保险承办大病保险的机制研究》。

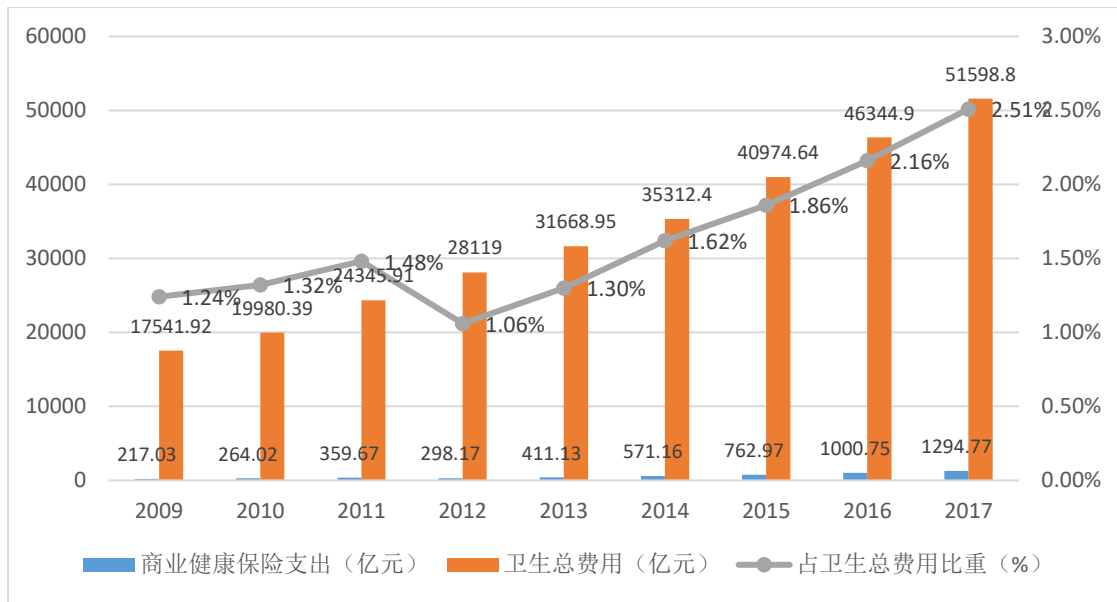


图5 商业健康保险支出占卫生总费用的比重

数据来源：《中国医改发展报告》（2009-2017年）

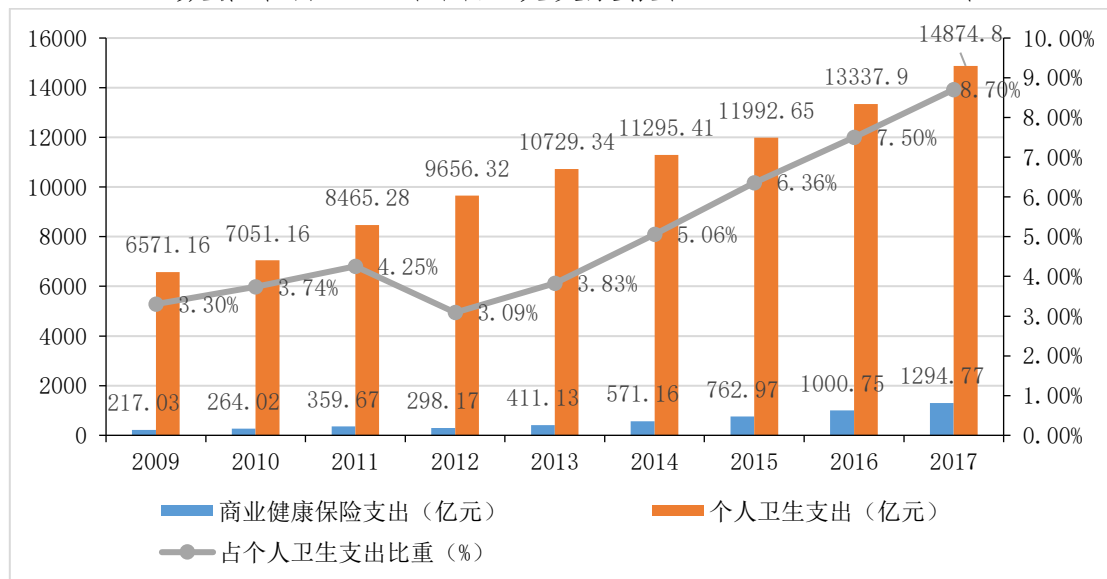


图6 商业健康保险支出占个人卫生支出的比重

数据来源：《中国医改发展报告》（2009-2017年）

第二，险种类别失衡。2018年，疾病保险占比最高、增速最快，全年实现保费收入3553.38亿元，同比增长42.5%，占比达65%，主要为长期重疾险；医疗保险保费收入1848.4亿元，同比增长30.6%，占比为34%；护理保险保费收入39.18亿元，同比负增长92%，占比0.7%；失能收入损失保险保费收入7.18亿元，同比增长43.6%，占比

0.1%（如图 7 所示）。日趋严重的人口老龄化和高发生率的慢性病催生了巨大的护理保险需求。然而，目前市场上护理保险所占份额仅 0.7%，失能收入损失险还几乎是空白。

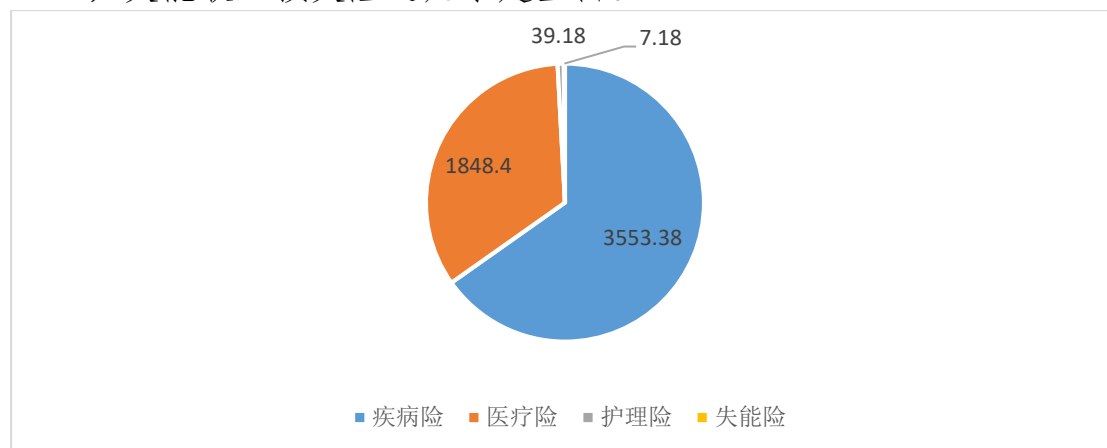


图 7 2018 年商业健康保险的业务结构（单位：亿元）

第三，税优政策力度不彰。不同群体享受的税优额度与个人所得税的税率关联。税率在 3% 这一档的纳税群体，每年最高健康险税优额度 72 元/年，税率在 45% 这一档的纳税群体，每年最高健康险税优额度 1080 元/年。税率 10% 及以下的人群占纳税人群的比重超过 80%，绝大多数人群税优额度在 72 元/年和 240 元/年这两档。假如，对于纳税人群中的高收入人群（税率 45% 档），税优金额占其应纳税所得额的千分之一（90 元/83500 元）；对于纳税人群中的中收入人群（税率 25% 档），税优金额占其应纳税所得额的千分之四（50 元/12500 元）；对于纳税人群中的低收入人群（税率 3% 档），税优金额占其应纳税所得额的千分之二（6 元/3500 元）。因此，总体来看，税优额度总体相当有限。

表 3 不同收入对应的税率及个人健康险税优额度

级数	每月应纳税所得额 (超过 3500 元)	税率 (%)	最高年度个人健康险税优 额度 (元)

1	3,500-5,000 元	3	72
2	5,000 元-8,000 元	10	240
3	8,000 元-12,500 元	20	480
4	12,500 元-38,500 元	25	600
5	38,500 元-58,500 元	30	720
6	58,500 元-83,500 元	35	840
7	超过 83,500 元	45	1080

此外，税优健康险产品仅纳税人可以购买，该类群体的医疗保障较为全面，个人自付费用相对较低，投保意愿不强。税优健康险产品投保环节多，再加上代扣代缴的税收征缴体制，抵扣个人所得税的操作复杂，企业的配合支持程度不高。²⁴

（四）商保与基本医保系统基本是独立运行，难以实现互联互通、信息共享。

目前，我国商保与基本医保信息系统基本是独立运行，难以实现互联互通、信息共享。信息平台作为开展健康保险业务的重要基础设施，现行的发展状态并不利于我国多层次医疗保障体系建设。一方面，不利于经办基本医保和承办大病保险业务的开展。比如，在精算定价时，保险公司难以获取充分的医疗数据，大多依托行业数据粗略估算；在承办业务时，部分地方因信息系统未实现对接，保险公司难以对医疗费用进行实质性审核和有效控制，以致出现“挂床”“小病大养”等套取资金或浪费现象。信息共享的水平较低，还导致了“一站式”即时结算服务难以实现。另一方面，不利于相关商业健康保险产品的

²⁴ 课题组专题报告：《商业健康保险作为补充医疗保险的机制研究》。

设计及衍生产品的开发。总结造成这种现状的原因，可以归结为以下几个方面：

在制度层面。一是商业健康保险和社会基本医保之间的衔接机制尚不完善，实践过程中，虽然已有多种两者协调发展的模式，如“湛江模式”、“太仓模式”等，但是试点时间均较短，机制设计细化不足，数据积累也不足。二是多层次医疗保障体系各层次内部，各统筹地区之间的医保政策并不统一，各地区的医疗费用支付方式、报销方式不一致等，致使各层次内部的信息平台很难统一。三是多层次医保信息互联平台建设的具体规范没有规范性文件做支撑。

在技术层面。基本医保和经营商业健康保险的保险公司采集的数据信息方式、指标、范围等方面都不相同，所有的软件由不同的开发商进行设计研发，导致软件系统接口和标准也不同，客观上难以实现对接。

在风险控制层面，主要集中在信息安全的防控。医保信息数据的安全与否，参保人的个人信息隐私权是否能够得到高度保护，是影响我国医保信息平台可持续运营的关键。为了保证参保群众的个人隐私安全，现阶段我国基本医保信息平台很难对商业保险机构完全开放。

25

六、商业健康保险与基本医保衔接的未来方向和关键领域

畅通商业健康保险与基本医保的衔接，织牢织密健康保障网，是满足人民群众多层次、多样化、高质量健康保障需要的必然要求。从

²⁵ 课题组专题报告：《完善构建多层次医保信息互联机制研究》。

运行情况来看，我国商业健康保险与基本医保的衔接依然存在诸多问题。针对上述问题，我们认为，畅通商业健康保险与基本医保的衔接应围绕以下方面展开：立足顶层设计，改善衔接环境；立足深化改革，完善基本医保经办和大病保险承办机制；立足保障需求，提高供给质量；立足创新驱动，协同推进信息共享。具体而言，畅通商业健康保险与基本医保的衔接应协同推进五个关键领域。

（一）改善衔接环境，加强顶层设计，明确各层次定位，锚定专业化发展方向。

1. 加强顶层设计，明确各层次定位与保障内容。

畅通商业健康保险与基本医保的衔接离不开有力的顶层设计，需要对未来中国特色多层次医疗保障体系的定位、分工进行主动、前瞻性和系统性谋划。保底层是为了兜住民生保障的底线，面向低收入的贫困人口或因患重病而无力支付较高医疗费用而陷入困境的居民提供，旨在促进社会公平、遏制贫困蔓延。主体层是为了织牢民生保障网，面向最广泛的就业者和居民提供基本保障，在经济上行期，不至于形成民众过高的福利预期，在变革期能够为改革提供“润滑剂”，在经济下行时期，也能恰当地保护参保人，为其提供风险缓冲。补充层则是为了织密民生保障网，一方面满足居民多样性的医疗保障需求，另一方面则是通过替代效应释放一部分财政负担和公立医疗资源，提升医疗保障体系整体的可持续性。目前，国家医疗保障局已经成立，未来将主要负责协调公共保障制度。应赋予其更大的制度责任，逐步在全国范围内统筹医保基金。另外，还需要前瞻性地根据老龄化社会的特征，推动长期护理保险制度的论证和建设，推动医疗保障制度与

护理保障、养老保障制度协调发展。²⁶

2. 合理划分政府与市场职责，有序引导商业健康保险发挥作用。

在多层次医疗保障体系中，要实现政府与市场的良性互动，必须厘清各自的责任边界，把握好“看得见的手”政府干预的程度，又不能妨碍“看不见的手”正常机能的发挥。具体而言，政府有序引导商业健康保险发挥作用，就是要使其成为基本医疗保险的合作者、补充者和竞争者。美国、英国、德国三国的经验均表明，在政府有序引导下，商业健康保险与基本医疗保险的合作能够发挥正面作用，提高基本医疗保险的运行效率，为民众提供更好的医疗保障。同时，商业健康保险是各国高收入群体获得更高水平医疗保障的重要途径，是社会医疗保险的有效补充。商业健康保险机构应对这一市场定位有清晰的认识，从而找准目标客户群，找出适合自己的发展道路。比如，英国商业健康保险的发展就以高收入群体为着力点，在全民医保的大环境下依然实现了快速发展。²⁷

3. 商业健康保险要锚定专业化发展方向。

目前我国多层次医疗保障体系在架构上已经相对明确，未来改革的重点需要转向体制机制的完善，由外延扩张转向内涵挖潜、效率改进。保底层精细化、主体层一体化、补充层专业化、各层之间相互协作，将是我国多层次医疗保障体系的未来图景。商业健康保险未来承担的角色至少包括三个方面：一是补充保障的主要提供者；二是基本保障管理服务供给中的竞争者，成为重要的经办者和服务提供者之一；三是医疗保险机构与卫生服务提供者关系的探索者。然而，在现有卫生体制环境下，医疗行业的利益格局已经相对固定，也因为其专业性

²⁶ 课题组专题报告：《多层次医疗保障体系的未来图景》。

²⁷ 课题组专题报告：《多层次医疗保障体系的未来图景》。

强，数据敏感度高，政府参与度高，商业健康保险在既有产业链条中地位不突出，很难承担主导性角色，政府主导的社会医疗保险才有主导医保“治理”体系建设的可能与能力。但商业保险机构可以与“领军者”成为战略伙伴，积极探索，深入研究健康保险经营规律、盈利模式和风险管控机制，协助推动医疗保险核算、精算、风险管理、理赔、支付方式等各项操作标准和制度的改革与完善。未来商业健康保险的主要趋势应是专业化。专业化经营是健康保险发展的内在要求，而专业化不等于“专门化”，强调的专业能力的提升，需要一个较长时期的探索发展过程。

（二）积极推进医保经办改革，推动商保机构积极参与基本医保经办，构建多元化的基本医保经办格局。

1. 加快推进基本医保经办机构专业化、法人化改革。

推进政府经办机构去行政化，改革社会保险经办机构管理体制，提升专业化经办服务水平。鉴于我国各地经济发展水平、政府经办能力等差异较大，可采取试点方式推进医保经办机构“管办分开”和法人化。同时，建立政府、参保人、专业人士等组成的管理委员会及现代化医保治理体制，充分发挥其在医疗卫生服务中的专业管理作用，提高医保运行透明度，接受政府和社会的监督。此外，应妥善处理好原有经办队伍。可借鉴安徽、河南等地经验，采取成立医疗保险管理中心，或由商业保险机构代管等过渡的方式，也可采取直接分流到其他机构的方式。

2. 鼓励保险机构参与经办，构建多元化的经办格局。

一方面，要积极鼓励保险机构全面参与经办，明确商业保险机构

的职责及付费方的角色。商业保险机构主要负责政策宣传与咨询、参保信息日常管理、保险保障待遇支付、医保基金结算、医疗监管以及其他客户服务等,发挥专业优势,协助开展方案制订与基金预算编制。在提供经办服务过程中,应强化商业保险经办机构付费方的角色,真正成为医疗服务的购买者和监督者。

另一方面,要在基本医保中引入竞争机制。通过引进基本医保竞争扩大了参保人的选择权,鼓励商业保险机构开展疾病预防管理。比如,1985年起,美国老年医疗保险(Medicare)允许参保人选择商业保险机构承办的医保计划(Medicare Advantage)。商业保险机构主要通过管理式医疗(例如PPO模式)来控制医疗费用,从而可以与政府主办的Medicare形成竞争。新加坡在提供大病保障的“终身健保”和护理保障的“乐龄健保”等项目中都引进多家商业保险机构参与经办。这些国家通过引进基本医保竞争扩大了参保人的选择权,鼓励商业保险机构开展疾病预防管理,通过商业保险机构与医疗机构之间的竞争,提高医疗资源的使用效率。我国基本医保在政府监管下,适度引入竞争机制,允许有资质的商业保险机构参与基本医保经办业务,既有利于助推政府经办机构自身的改革,又有利于推动形成多元化竞争格局。

(三) 明确法律地位, 严格承办准入, 提高信息化水平, 助力大病保险健康发展。

1. 明确大病保险的法律地位, 严格准入制度。

一方面, 完善立法及相关政策。通过完善《社会保险法》、《卫生法》等, 对基本医疗保险、城乡居民大病保险、贫困人口补充医疗

保险、商业健康保险做出明确定位，合理设定基本医疗保险和大病保险、商业健康保险的保障边界，明确商业保险机构承办大病保险的法律依据，保障保险公司承办管理费用资金来源，鼓励商业保险机构在承办好大病保险业务的基础上，提供多样化的健康保险产品。另一方面，规范健康保险经营主体的准入审批、明确保险费率以及缴费标准等。对商保公司承办大病报案的违法违规行为和不正当竞争行为依法从严查处，切实维护良好的市场秩序。加强服务质量监管，推进业务信息公开，主动接受社会监督。

2. 提高信息化水平，切实提升大病保险承办能力。

一是推进建设智慧医保网络平台。比如，在山东省青岛市，通过“智慧医保”网络平台，参保人可以获取更便捷的健康管理和医疗保障；医保部门更容易实现对医疗资源配置的引导，提高服务质量与效率，节约医疗成本；商保公司则可以借助信息平台积累的数据和对参保者的吸引，延伸开发多元化保险产品和健康服务产品。保险公司在承办大病保险过程中，应协调基本医保经办机构，共同打造一个事前提醒、事中干预、事后审核的“线上”+“线下”的全流程“智慧医保信息管理平台”，促进基本医疗保险、大病保险和商业保险的一体化经办和一站式服务。

二是推动应用医保智能审核系统。医保智能审核系统是在云计算和大数据的基础上，设置诊疗标准知识库、用药标准知识库和医保政策知识库等规则，并设定相应的阈值，对医疗服务进行事前、事中和事后监控，以发现不合理医疗行为，控制医疗费用的增长。当前，我国平安养老保险股份有限公司、泰康养老保险股份有限公司等机构已经在医保智能审核系统方面进行了探索。保险公司在承办大病保险过

程中，应积极推动应用医保智能审核系统，全面实现医疗费用管控方式由事后稽查向事前预防和事中控制的转型升级，将医疗费用管控的触角延伸到具体的医疗服务行为。

三是推动医保科技发展。近年来，保险科技快速发展，保险公司在大病保险承办过程中应加大医保科技投入。国际市场的经验表明，通过将大数据、云计算、区块链、人工智能、物联网等先进技术运用于大病保险及相关医疗、健康管理服务中，健康险市场呈现出新的生机和良好的发展态势。2018年11月，中国平安保险公司在投资者开放日上披露，未来十年公司科研投入将达人民币1000亿元，用以巩固在金融服务行业的领导地位。参与大病保险承办的保险公司应加大可穿戴设备、可植入性设备、智能治疗等医保科技方面的投入，促进大病保险经办管理的创新。

（四）加强商业健康保险创新发展，提升商业健康保险产品供给质量。

1. 以“大健康”为导向，加大产品创新力度。

随着生活水平和健康意识的逐步提高，人们对健康管理、治未病、慢性病管理、康复维护等需求将会进一步凸显，将健康保险和这些领域的健康服务充分结合，从事后的费用报销服务转变为事前预防、事中管理、事后报销相结合的全流程服务已成为商业健康保险发展的必然要求。以“大健康”理念为指导，积极开发与健康管理服务相关的保险产品，加强健康风险评估和干预发展，有助于探索适合我国发展的管理式医疗模式。因此，商业健康保险应从单纯的健康保险提供者，拓展成为健康保险及健康管理服务提供者，应通过提供全程健康管理服务以降低客户疾病发生率和损失率。保险公司不仅提供事后的

医疗保障，更要为群众提供事前、事中、事后的健康管理服务，通过收集数据、进行数据分析、健康干预、评估反馈的方式以提高人民健康水平、降低成本。

2. 提高商业健康保险的专业化水平。

商业健康保险与寿险业务、财产险业务，在精算原理、风险管控、经营模式等方面有明显不同，要取得商业健康保险的长足发展，就必须遵循其经营特征和内在发展规律，必须走专业化的发展道路，在核心环节上强化专业能力建设，重点要切实加强“风险管控、信息系统、健康管理、人才队伍”等方面能力建设。

一是全流程风控体系。要将健康保险风险管控工作融入销售、承保、日常管理、理赔和客户管理等环节之中，通过全过程、全方位的管理，构建形成一个较为完善的风险管控体系，从而降低赔付率，提高经营效益。

二是强大信息系统。健康保险业务经营范围广、管理环节多，业务处理量大，服务内容繁杂，没有功能完善、处理顺畅的信息系统的支持不可能做到精细化管理。此外，还需要对数据信息进行深度处理和统计分析，加强业务风险预警和控制，提高科学定价，协助经营决策。

三是提供健康服务。健康险公司充分发挥自身联系广大客户和健康服务机构的独特作用，建设以“健康服务”为特色的专业服务与管理体系，为客户建立提供健康教育、健康评估、就诊管理、健康体检、慢病管理等全方位的健康管理服务，这既能起到吸引和巩固客户的效果，又能有效控制赔付率。

四是专业人才队伍。根据健康险专业性强、管理难度大的业务特

点，需要培养、引进和配备懂业务、善管理、专业强的人才。

3. 完善税优健康险政策，促进税优健康险产品发展。

一是完善示范条款。目前示范条款总体住院保障较高，弹性较小，但对于门诊保障又较少。应根据试点情况，进一步完善示范条款，完善保险公司的风险对冲机制，适当增加保障的弹性，同时，实行动态费率调节机制。

二是制定行业统一的社保目录外税优健康险的赔付目录。目前，各公司自行制定社保目录外税优健康险赔付目录，部分公司采取“正面清单”（即明确可以报销的社保外目录），部分采取“负面清单”（即明确不可以报销的社保外目录），使各公司的社保目录外保障难以比较。可借鉴德国等国家，由行业组织制定统一的商业健康保险保障目录。

三是条件成熟时提高税优额度，实现以家庭为单位健康险税前列支政策。目前我国纳税人群 3500 万左右，单纯提高免税额度，不会对税收产生太大影响，却能有效刺激居民投保。可以尝试再增加免税额度。在国外，个人所得税以家庭为单位，家庭成员购买商业健康保险可以在税前列支扣除。考虑到我国正在向综合税制迈进，因此，建议时机成熟时，实现以家庭为单位的健康险税前列支政策，允许投保人为未成年子女、无业配偶、退休父母等直系亲属投保，扩大投保的范围。

四是实现扣缴环节的流程简化和互联互通。短期内投保人可通过购买商业健康保险的发票到税务机构申请抵扣税款或退税，长期来看，建议建立健康险税优行业平台，对于购买符合税优政策的健康保险产品的投保人，保险公司将相关信息上传至平台。该平台与政府税务平

台对接，通过电子数据交互促进税优政策的实现。

五是探索建立个人医疗储蓄账户。从长远看，可探索建立医疗保障个人储蓄账户，职工医保个人账户、税优健康险万能账户等都在里面，实行全额税前列支，专款专用于医疗、护理费用支出。鼓励个体户、灵活就业人员、居民医保参保者等为自己建立医疗保障。

六是扩大税优范围。在美国等国家，购买护理保险等商业健康保险也纳入到税优范围，考虑到我国老龄化社会的加剧，应研究逐步将健康险税优范围放宽到护理等保障。

（五）建立全国层面的医疗信息大数据平台，加快制度的无缝对接，健全信息安全和隐私防护机制。

1. 加快基础设施建设，在全国层面建设医疗信息大数据平台。

我国健康医疗保险行业数据资源的利用和开发还处于初级阶段，各种机构、各类型的数据需求一直得不到满足。究其原因，主要在于我国尚未建立起全民健康医疗大数据平台。从国际经验来看，美国、英国和澳大利亚等发达国家全民健康医疗数据平台的建设已经较为成熟。比如，美国在国家层面进行医疗保障基本信息的统计，通过查询和分析所采集的基本信息，可以准确了解不同医疗保险计划的实际参保人数、参保率以及参保人的年龄构成、疾病分布情况等，还可以及时发现重复参保问题。畅通商业健康保险与基本医保的衔接，应加快建设全国层面的医疗信息大数据平台。

我国虽然已经具有多年医疗信息化建设的历史，但是这些数据库信息孤立、分散、多元、异构、类型和标准皆不一，大多应用于各机构内部，没有形成大范围的互联共享系统。要构建健康医疗大数据平

台，必须将分散在各级医疗机构、社会保险管理中心、各类体检中心及健康管理机构、商业保险公司、个人自我检测信息系统以及其他辅助信息系统的数据整合起来。具体架构应包括：医疗信息平台、基本医保信息共享与支持平台、商业保险信息共享与支持平台、医疗卫生信息登记及服务评价平台、一体化支付平台、辅助信息平台（税务对接平台）。²⁸

2. 增强制度保障，加快制度层面的无缝对接。

一方面，要积极推进协同发展的保障机制。基本医保和商业健康保险信息平台的相互对接，主要是需要政府社保管理部门牵头，进行顶层设计、制定相应的制度加以保障，促使双方加强合作。要明确医保信息可利用的环境与条件，或者放宽限制，在保障信息安全的同时，最大化利用信息，促进基本医保信息、医院医疗信息对商业保险公司适当放开限制，接轨数字化发展要求。

另一方面，要制定全国统一的医疗保险信息交换标准。目前，我国的医疗保险信息系统、医疗信息管理系统、商业保险公司业务系统等系统都是相互独立、不可替代的不同类型的信息系统，它们的目标、功能设计、具体架构等不同，但各系统之间不可避免地有着数据交换的需要。即使是同一类保险业务，不同的医保基金管理机构也有可能使用不同的软件上开发的不同的信息系统，商业保险公司业务系统亦然；不同类型的医院也有不同的医疗信息管理系统，这种情况给各个平台之间的数据交换带来障碍，如患者医疗费用申报的内容与格式、内部的定义与编码、交换方式与审批标准等，各系统都不统一。因此，应构建多层次医疗保险信息互联平台，首先就要先制定全国统一的医疗保险信息交换标准。具体可以包括：（1）业务处理标准，如参保单

²⁸ 课题组专题研究报告：《完善构建多层次医保信息互联机制研究》。

位与个人的档案登记表、医疗服务项目表、用药分类控制表、患者费用申报账单、门诊或住院费用结账单、用药处方、诊疗报告单（包括手术报告等）、住院申请和转诊申请表、医疗费用审批支付通知单、疾病诊断或病人死亡证明书等医疗服务相关的表格采用全国统一的内容与格式。（2）医学命名与编码系统采用统一的标准，包括疾病名称及代码、药品名称及代码、手术名称及代码、其他诊疗名称及代码、医疗设备及卫生材料名称代码、化验检查名称及代码、专科疾病及诊疗名称代码等。（3）统一ID码系统，包括患者、医生、医院、药店、医疗设备及药品供应商、参保单位、医保管理机构、商业保险公司、银行等机构或个人的ID码都要制定全国统一格式标准。（4）全国统一的健康数据隐私保护标准。

3. 建立健全信息安全和隐私防护机制。

一方面，构建科学完善法律体系。严格的信息安全和隐私防护法律法规体系是构建多层次医保信息平台的基础。美国、英国和澳大利亚医疗信息系统的建设都以严格的法律法规为基础，特别是在信息安全和隐私防护方面，各国都制定了详细具体、可操作性强的政策法规。2003年2月，美国卫生和人类服务部（HHS）依据《健康保险可携带性与责任法案》（HIPAA）制定《健康保险改革：安全标准最终规则》，对数字化健康信息提供的安全保护程序作出了具体规定，使得各机构间信息安全防护程度能趋于一致。2007年根据《隐私法》、《联邦信息安全管理法案》和《电子政务法》等制定了《医保局实施〈隐私法〉与违法通知政策》（CMS Policy for Privacy Act Implementation & Breach Notification）对个人信息的采集与维护、披露与利用、数据使用协议、隐私影响评估、安全保护以及个人权利与特权、侵权

分析与通知、对违法者的刑事处罚和制裁等都做了较为详细的规定，并规定美国医保局企业主、系统开发维护人员、隐私专家、受益人保密委员会、隐私委员会、首席信息官、首席信息安全官、高级隐私官、雇员等相关数据使用者在医疗保障数据采集与利用中的责任。

另一方面，要加强个人健康信息隐私保护。一是坚持“脱敏”、“去标识”。在运用大数据、云计算等新技术对个人健康信息进行分析和利用时，要做好去标识工作，然后才可以对某种疾病进行数据的挖掘分析。二是加强监管。在大数据条件下，即使隐去个人特征信息，经过更加深入的搜索和分析，也有可能将一份病例中被隐藏的个人信息还原出来。这就需要相关部门加强监管，除非通过保密合同方式将健康信息予以许可或转让外，要严禁数据随意向公众泄露，如果未采取严格防护促使导致个人隐私数据泄露，应严厉处罚，情节严重的可以追究刑事责任。以美国为例，针对健康保险业，美国《健康保险信息可携带性与责任法案》对保险机构提出了应当保护消费者非公开的个人信息安全的原则性要求，同时也明确了对侵犯消费隐私权行为的处罚，对于违反条例规定的行为，最高可处以长达10年的监禁以及25万美元的罚款。

中国发展研究基金会

“商业健康保险与基本医保衔接机制研究课题组”²⁹

²⁹课题顾问：卢迈；课题组组长：肖庆文；课题协调人：邱月；项目官员：王起国、马璐岩；主报告执笔人：王起国。分报告作者：“多层次医疗保障体系的未来图景”（锁凌燕，完颜瑞云，吴海青）；“商业保险机构参与基本医疗保险经办服务机制研究”（宋大平，崔雅茹）；“商业保险承办大病保险的机制研究”（朱铭来，宋占军，乔丽丽）；“商业健康保险作为补充医疗保险的机制研究”（朱俊生，冯鹏程，李明强）；“完善构建多层次医保信息互联机制研究”（王冬妮，冯占军，刘坤坤）。