



热门文章

用多元线性

何加强会计

国外汇储备

间借贷利率

国衍生金融

章

章

品市场竞争

业银行走混

国存款保险

国创业板市

华夏并购案

[2008年8月]我国商业健康险逆选择风险的防治分析

【字体 大 中 小】

作者: [王向楠 潘力] 来源: [本站] 浏览:

商业健康保险是以被保险人在保险期限内因患病、生育所致医疗费用支出和工作能力丧失、以及因疾病、生育致残或死亡为保险事故的人身保险。大力发展商业健康险,把商业医保与结合起来,不仅有利于满足广大群众的医疗保障需求,而且有利于经济发展、社会稳定。然而由于逆选择等问题的困扰,我国健康险的发展正处于困境之中。2007年,全国健康险保4.2亿元,同比仅增长2.4%,远低于人身险市场平均24.5%的增速,并且健康险保费收入占人总收入的比重约为7%,远远低于成熟保险市场上健康险所占的比重。本文将分析我国健康中逆选择风险产生的原因,并重点讨论防治逆选择的相关对策。

一、健康保险中逆选择必然存在

通常保险市场上信息是不对称的,在健康保险市场上信息不对称现象更加普遍和严重,逆选发生。被保险人的身体状况或者说生病风险是投保人的私人信息,被保险人清楚自身的状况道自己是否具有家族病史,是否具有较强的抵抗力,是否有良好的生活习惯等,而这些信息难以获知,或者获知的信息成本很高。

假定存在高、低两种风险的投保人群,高风险人群的发病率为 α ,低风险人群的发病率为 β ($\alpha > \beta$)。如果疾病发生,医疗花费都为 w ,则高风险人群的纯保险费应为 $w\alpha$,低风险纯保险费应为 $w\beta$ 。又假定他们投保前的经济状况相同(拥有的财富都为 W)、医疗服务利用无差别并且人数相同,则出险后高风险人群的剩余财富为 $W-w\alpha$,低风险人群的剩余财富为 $W-w\beta$ 。AB直线即表示医疗花费 w 发生在不同概率下的期望效用。如果保险公司以费率 α 将医疗高风险的人群,以费率 β 将医疗保险卖给低风险的人群,他们都会愿意购买(当附加保时)。投保后高风险人群的期望效用从投保前的D点提高到F点。投保后低风险人群的期望效前的C点提高到E点,保险公司将以 $w\beta+CG$ 的保费将保险出售给低风险人群,因为对低风险说,G点与C点的期望效用相同。

但是如果保险公司无法区分开高风险人群和低风险人群,而只能根据平均化的风险水平来确费,即 $w(\alpha+\beta)/2$,其对应的效用为H点。高风险人群将会购买保险,因为他们从F点增加至H点;但低风险人群的效用很可能会从G点降至H点,他们将退出市场,而 $w\beta+CG$ 人群所能接受的最高保险价格。

高风险的被保险人有激励不向保险公司真实地告知他们的风险状况,甚至制造虚假信息,进试图以平均的保险费率得到承保,例如被保险人在获知自己患病后才向保险人投保并以各种保险人的核保。如果保险人以平均化的期望损失率制定保险费率,那么,高风险人群将愿意保险,其期望效用水平将提高;而低风险人群,这样的保险费率高于其保留价格,他们将不康保险。如此一来,保险公司的偿付支出将超过公司根据平均花费率收取的保费,保险人必率。如此博弈下去,高风险的被保险人将逐步把低风险的被保险人驱逐出健康保险市场,并保险的供给危机。这就是健康保险市场中的逆选择问题。

二、我国健康保险中逆选择产生的原因

健康保险中的逆选择是一个世界性难题,这是由健康保险自身特点所决定的,而逆选择在我突出,这与我国健康保险经营的内部原因和外部环境有关。

(一) 保险公司自身粗放经营

我国保险公司在经营健康险时,过度关注市场份额,注重承保数量,而放松了对承保对象的略承保质量,即重展业、轻核保,风险意识淡薄。另外,我国保险公司对业务员普遍有保费核,收入分配采用佣金制,当业务员在动员健康人投保有困难时,可能就有激励去动员身体的人投保,以完成了保费收入任务并获得佣金。更有甚者,有些业务员受经济利益驱动,帮进行欺诈、隐瞒,坑害保险公司。

(二) 健康险专业人才匮乏

健康保险涉及保险、医学两大领域,是一项专业技术强、管理难度大的业务,需要一支高素质的人才队伍,如医学技术人才、精算人才、法律人才和核保理赔人才等。据了解,目前我险的核保人员很多是从其他岗位转岗而来,大多数不具备相应的医药常识,加之疾病的种类病的内因、外因复杂,每一种疾病的症状表现不一,有的在相当长的时间内无症状表现,因被保险人的健康状况、保险费率及承保金额等作出准确地评估。

(三) 失信惩罚机制不够完善

健康保险合同通常包含有类似“既存状况条款”和“防卫原因和时间限制条款”等保障保险公司利益的条款。这类条款仅规定了当投保人有未告知和不实告知重大事项时,保险公司可以解除保险合同或拒绝赔付,却缺少对过错方相应的惩罚措施。这样行为者通过欺骗、隐瞒实施等行为的成本很小,“失信成本”轻微,而获益却不小,难以起到惩戒作用,这便姑息了逆选择的发生。

三、防范逆选择的措施建议

为规避和减轻逆选择风险,提高我国健康保险的市场效率,结合当前情况,笔者建议采取以下几项措施。

(一) 加强健康险的核保

健康险核保工作的重要作用在于维护健康险差别费率的公平性,对健康风险不同的被保险人按照不同的费率承保。

代理人是代表保险公司直接与客户接触的最“前线”人员,相对于公司后台的专业核保人员,这些处于营销前线的代理人能够最直接了解客户的真实情况。通常一个完整的保险销售流程需要接触、说明、促成等多次面谈,在这一过程中,代理人完全有机会准确地把握客户实际的健康、财务状况。因此,加强对代理人的教育培训,提高代理人对客户的基本筛选能力,让代理人在某种意义上成为保险公司的初级“核保人员”,将核保流程前置到销售过程中,这些措施将有效地控制经营过程中的逆选择风险。

保险公司应当加强核保队伍的专业化建设,定期对核保人员进行保险知识与医学知识的培训,增强其专业知识与业务能力。公司可以通过招聘部分具有临床经验、熟悉医院管理的医务工作者,对其进行保险知识培训,使其原有的医疗技术、经验与保险知识和技能嫁接,成为专业的核保人才。此外,部

120+ renowned advisors reveal what to buy and what to sell

Meet face-to-face with top investment experts

Acquire a global market perspective

Discover profitable investment insights...

The WORLD MONEY SHOW

Using the Global Investment Community

insights... investment boutique discover

120+ renowned advisors reveal what to buy and what to sell

Meet face-to-face with top investment experts

Acquire a global market perspective

Discover profitable investment insights...

The WORLD MONEY SHOW

Using the Global Investment Community

insights... investment boutique discover

分高校已经开设有医疗保险专业，可以每年招收部分此类专业的高校毕业生，在实际工作中加以使用和培养。保险公司在考虑核保成本的前提下，可以设立自己的体检中心，并制定相应的体检流程以及相关责任人的制度。

(二) 加强信息系统建设

保险公司应当重视投保单对被保险人信息的采集作用，所设计的健康状况调查表应当尽可能包括被保险人的年龄、性别、目前的健康状况、既往病史、家族病史、职业、习惯与嗜好、经济收入、保险信用记录、理赔记录以及定点医疗机构行医记录等重要资料。此外，应当为每位被保险人建立客户档案，通过对客户的投保、理赔信息的收集，减轻信息不对称的程度；同时要根据客户的风险等级，给予其相应的核保、核赔政策。

完善的信息管理系统不仅是实现健康险专业化运作的平台，它对健康保险的风险控制和长远发展也至关重要。一套完善的专业系统平台具有核保、核赔、数据分析、长期服务等诸多强大功能，它是健康险风险管控中必不可少的手段。

(三) 完善健康保险合同条款

信息不对称的普遍性和信息成本的存在，使得保险公司的核保程序不可能完全精确地了解到每位被保险人的健康状况，因此逆选择的风险依然存在。在健康保险中，保险人对所承担的赔付保险金责任往往带有很大限制或制约性条款。免赔额条款和共保条款可以提高被保险人努力预防风险和减少损失的激励，使其减少风险的努力程度接近最优水平。等待期条款可有效预防投保人带病投保。另外设置长短不等的等待期，由被保险人自行选择，等待期愈长，保费愈少，反之则愈多，对于选择较短等待期的被保险人，保险公司对其的核保应当更加细致。

保险公司可以设定不同的保单条款组合让投保人进行选择，用于防治逆选择：低免赔额和高保费的保单，高免赔额和低保费的保单。虽然受到较低保险费的诱惑，但是高风险者为了获得较高的保障程度（低免赔额）会选择接受较高的保险费。而低风险者会偏向于选择高免赔额的保险，以缴纳相对低的保险费。这样，不同风险程度的被保险人选择了适合自己的最优保险合同。通过投保人的“自选”过程，保险公司就可以把投保人的风险信息“甄别”出来。类似这样的机制设计，可以使投保人追求自身利益最大化的选择与保险公司的利益相协调，一定程度上能够减轻逆选择。

(四) 发展团体健康险

团体保险规定团体的绝大部分成员必须参加保险，由于团体成员风险水平的总体分布是随机的，即起到了自动分散风险的作用，所以团体保险只考察该团体的人数以及参保比例，就可大大减少逆选择的发生。国外相对成熟的商业健康保险市场现状正是这样，保险公司对个人投保健康保险的限制非常严格，其绝大部分健康保险业务都指向团体保险市场。

另外，团体投保手续简化，承保成本和保单维持成本较低，又因人数众多，每个被保险人分摊的固定成本较低，团体保险的保险费率明显比个人保险的保险费率低，对投保人很有吸引力。再则，国家对企业补充医疗保险有一定的税收优惠，这对发展团体健康险也有促进作用。

(五) 健全失信惩罚机制

在一个具有良好信用的社会，不守信用将付出代价；而在一个不守信用的社会，守信用者却将付出代价。信用管理制度严格的国家，对于违背诚信的行为从法律上进行惩罚，并让其承担严重的经济损失，使其失信行为不仅无利可图，而且会丧失未来的交易机会，这就会促使人们维护自身的信誉度。我国保险法不应仅仅将保单失效作为投保人过错的最终裁定结果，而应该设定相应的惩罚条款，加大对被保险人失信的惩罚力度。惩罚力度的加强，提高了被保险人逆选择行为的风险成本，可以起到警戒作用，能够有效地减少逆选择行为的发生。

参考文献：

【1】施建祥 韩雪 健康保险中逆选择问题研究 保险职业学院学报 2006 1

【2】孙蓉 中国保险业诚信缺失的制度分析 保险研究 2003 9

【3】黄占辉 王汉亮 健康保险学 北京大学出版社 2006

【4】卡尔·H·博尔奇 保险经济学 商业印书馆 1999

(作者单位：西南财经大学保险学院)

【评论】 【推荐】

评一评

正在读取...



笔名：



评论：

[评论将在5分钟内被审核，请耐心等待]

【注】 发表评论必需遵守以下条例：

- 尊重网上道德，遵守中华人民共和国的各项有关法律法规
- 承担一切因您的行为而直接或间接导致的民事或刑事责任
- 本站管理人员有权保留或删除其管辖留言中的任意内容
- 本站有权在网站内转载或引用您的评论
- 参与本评论即表明您已经阅读并接受上述条款

Copyright ©2007-2008 时代金融

XML RSS 2.0

POWERED BY
54NB

EliteArticle System Version 3.00 Beta2

当前风格：经典风格

云南省昆明市正义路69号金融大厦