

中国健康保险的需求分析及对策

刘树栋

在现有基本医疗保障制度难以覆盖广大人群并满足市场多重需求的情形下，商业健康保险扮演越来越重要的角色，与城镇居民基本医疗保险、新型农村合作医疗、医疗救助一起构成最广泛的医疗保障网络。商业健康保险是保险业的传统业务领域，集中体现了保险的产业特点和专业优势，但目前健康保险经营尚缺少专业化经营管理及运作模式，本文从理论和计量模型出发，综合分析中国健康保险的需求现状，借鉴发达国家的先进经验，提出初步预测以及发展对策。

中国健康保险虽然已取得了不小的进步，但覆盖面还是很有限的，医疗费用支持与发达国家相差悬殊。未来，中国的商业健康保险应转变经营模式、针对不同需求开发新险种、应专业化经营。

中国健康保险的现状分析与国际比较：

(一)中国商业健康保险的现状

中国的健康保险发展开始于上世纪 80 年代保险业全面复苏的时点，时至今日，已取得了不小的进步。从数据来看，中国健康保险的覆盖面还是很有限的。中国的医疗费用支持与发达国家相差悬殊。

(二)商业健康保险发展的必要性

一方面，社会保障的覆盖面在逐步扩大，保障力度在不断加强，但就原理来说，社会保障是“低水平、广覆盖”，在人们的多种医疗需求中，一些费用是社会保障所无法给予的。例如医学上普遍认为应该定期进行的洗牙，其费用并不包含在社会保障中，而商业健康保险对其的很好补充就是最大的竞争点，同时也是其存在必要性的很好例证。

另一方面，中国医疗费用的偏低是不争的事实，在这一方面，仍有很大的缺口需要弥补。在一个人口占到世界近 1/5 的大国，其医疗费用如果经过充分挖掘，必然是非常客观的，这也就是现今保险公司争抢健康保险市场的主要原因。

(三)中国商业健康保险发展的阻碍

1.有效供给不足，难以满足居民的巨大需求。随着居民收入不断提高、医疗费用快速增长和我国逐步进入人口老龄化阶段，人民群众的健康保障需求日益高涨，健康保险前景十分广阔。但从各寿险公司提供的健康保险产品看，其范围和责任雷同，缺乏特色，缺少市场细分，各公司在市场竞争和经营过程中多以“价格战”和“手续费”为主展开竞争，而很少在服务和技术上比拼，尚未形成竞争优势。

2.风险控制薄弱制约健康保险的发展规模。健康保险一直面临着市场潜力巨大和风险控制薄弱的矛盾。健康保险发展的风险环境非常复杂，除了国外经营健康保险都会面临的医疗费用上涨风险、投保人和被保险人的逆选择和道德风险、医疗服务提供者的道德风险等风险因素外，中国健康保险发展还面临特有的体制性风险，如卫生体制、医疗体制以及药品流通体制带来的风险等。风险控制成为制约健康保险潜在需求转化为现实需求的瓶颈。

3.目前，中国商业健康保险还处于初级阶段，健康保险在人身保险业务中的比重较小。健康险在人身险总保费收入的占比由 1999 年的 4.2% 增至 2005 年的 8.4%，2006 年的 8.81%；该比例自 2003 年起相对稳定，



无显著增加。国际经验显示：一个成熟的保险市场，健康险保费收入占总保费的比例一般要在 30% 左右。商业健康保险在医疗保障体系中的比重较小，与居民对健康保障的需求还有很大的差距。2005 年全国医疗费用支出 7400 多亿元，同期商业保险支出仅 180 多亿元，剔除社保因素，个人负担的医疗费用约 5800 亿元，缺口 78%。而同年健康保险提供的医疗费用支出只占到全国医疗费用支出的 3%，个人自付部分的 6%。这种保障力度与保险业发达国家相比，有很大的差距。比如在美国，其商业医疗保险费用支出占全国医疗费用总支出的 54%，由商业医疗保险提供保障的人群占全国总人口的 63%。

4. 商业健康保险的作用未得到充分发挥。中国社会医疗保险体系的制度设计在一定程度上使得政府介入较深，降低了商业保险的发展空间。

(四) 美国健康保险的经验

1. 经营模式的转变

美国健康险的经营模式在 20 世纪 90 年代期间完成了由传统的费用报销型到管理式医疗的转型。管理式医疗是保险人为了摆脱由于医疗费用迅猛增长导致保费增长及赔付率升高这一恶性循环，而主要在 20 世纪 80 年代发展并逐渐完善起来的医疗保险经营模式。管理式医疗的核心是保险人参与医疗服务提供者的管理，通过按人头包干医疗费用预付制以及指定医疗服务提供者的机制，使医疗服务提供者在与保险人共享经营利益的同时，也承担医疗保险经营的风险。

2. 针对不同需求开发新险种

在美国的健康保险分类中，可以注意到有两类特别的险种设置。一种是 Medicare，其针对的是 65 岁及以上的特定人群及残疾人士，针对其在医院的医疗支出，提供处方中包括的药品费用和医疗服务费用。另一种是 Medicaid，对象是低收入人群，其资金的来源由联邦基金会直接提供，并同时又州立儿童健康保险计划 (SCHIP) 向社会筹募资金，旨在帮助那些无法承担健康保险高额费率的人群，使他们同样获得医疗保障。

现在，又有一种新的险种应运而生，即消费者主导的健康保障 (Consumer-directed Health Care)。这一概念的核心，是将以前由保险人和雇主决定雇员的健康保障计划，改为由雇员根据自身的需求和意愿来组合自己的保障计划。

健康保险应专业化经营

健康保险与其他险种相比，其在理赔、核算方面有独特之处，这就需要专业化的经营才能保证其健康有序迅捷的发展。这样的专业化主要体现在以下几个方面：

专业化的人才

保险作为一个专业性很强的金融产品，其对从业人员的综合素质都有很高的要求。针对健康保险，这种专业性会体现得更明显，对于医学、法律人才的需求缺口，一直是困扰中国健康保险行业发展的阻碍。

由于健康保险的特殊性、不确定性会给承保理赔带来很大的风险。由于不确定性对于一个特定的人群来说，某种疾病的发病概率或许可以通过科学方法进行预测；但对于个人来说，是否会发病却很难估计，疾病的突发性和随机性，决定了医疗服务消费的不确定性。因此，专业化的人才培养应是健康保险发展的重要条件。



专业化的管理

根据健康保险的经营特点,专业销售既是市场拓展的重要手段,又是风险控制的有效措施。在专业销售队伍尚未建立以前,健康保险专业销售部门可依托规章制度和管理办法,实行销售风险控制,操作上可借助公司现有的销售渠道。

通过吸收国外先进的管理理念,提高自身的经营管理水平,探索和形成具有中国特色的新型健康保险经营模式。

如:要与医疗卫生部门探索提供优质医疗服务和医疗技术支持、控制医疗费用支出的合作模式等。

