

大健康系列教材



健康保险学

主 编 胡期丽 刘维蓉 田 辉

副主编 周若青 裴圣军 丁 玥

西南交通大学出版社

· 成 都 ·

图书在版编目 (C I P) 数据

健康保险学 / 胡期丽, 刘维蓉, 田辉主编. —成都:
西南交通大学出版社, 2023.1
ISBN 978-7-5643-9057-0

I. ①健… II. ①胡… ②刘… ③田… III. ①健康保
险—保险学 IV. ①F840.625

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2022) 第 237351 号

Jiankang Baoxian Xue
健康保险学

主编 胡期丽 刘维蓉 田辉

责任编辑	罗爱林
封面设计	阎冰洁
出版发行	西南交通大学出版社 (四川省成都市金牛区二环路北一段 111 号 西南交通大学创新大厦 21 楼)
发行部电话	028-87600564 028-87600533
邮政编码	610031
网 址	http://www.xnjdcbs.com
印 刷	四川煤田地质制图印务有限责任公司
成品尺寸	185 mm × 260 mm
印 张	16.75
字 数	367 千
版 次	2023 年 1 月第 1 版
印 次	2023 年 1 月第 1 次
书 号	ISBN 978-7-5643-9057-0
定 价	48.00 元

图书如有印装质量问题 本社负责退换
版权所有 盗版必究 举报电话: 028-87600562
课件咨询电话: 028-81435775

大 健 康 系 列 教 材

建 设 委 员 会

主 任 曾 渝 王 建 琼
委 员 (按姓氏笔画排列)

王相平	兰 玛	刘明理
许必芳	李春梅	辛松林
张雪永	陈 煜	陈 瑶
欧阳海平	罗永兵	夏丽娜
章 荣	隋国辉	蒙 军



序

FOREWORD

党的十八大以来，以习近平同志为核心的党中央把维护人民健康摆在更加突出的位置。为推进健康中国建设，提高人民健康水平，2016年，中共中央、国务院印发并实施《“健康中国 2030”规划纲要》。2017年，党的十九大作出实施健康中国战略的重大决策部署。2019年6月，国务院印发《国务院关于实施健康中国行动的意见》，指出人民健康是民族昌盛和国家富强的重要标志，为健康中国行动明确了具体目标，也为全民的健康服务事业发展提供了行动指南。

健康中国的内涵，不仅是确保人民身体健康，更涵盖全体人民健康环境、健康经济、健康社会在内的“大健康”。习近平总书记强调，“要倡导健康文明的生活方式，树立大卫生、大健康的观念，把以治病为中心转变为以人民健康为中心”。所谓大健康，就是围绕人的衣食住行、生老病死，对生命实施全程、全面、全要素地呵护，不仅追求个体身体健康，也追求心理健康、精神健康。构建大健康体系、推进健康中国建设，需要在各个领域深化改革、守正创新。

2020年上半年，新冠肺炎疫情在全球范围暴发，使“健康”成为全球性议题，也使人们的健康理念发生深刻变化。这场疫情给健康管理服务体系和健康管理学科提出更多、更深层次的需求，也暴露出我们在很多问题上认识的不足，以及相关领域人才的匮乏。

面对疫情提出的新挑战，实施“健康中国”战略的新任务，世界医学发展的新要求，我国医学人才培养结构亟须优化，人才培养质量亟待提高。因此，高校医学类专业如何加快专业教育变革，立足学科体系建设，形成更高水平人才培养体系，推动后疫情时代相关专业规范化、高质量发展，提升专业人才培养和精准服务能力，成为一

个突出的、紧迫的课题。这也对健康教育教材的编写理念，内容的更新速度、全面性和生活性等方面提出了新的更高要求。

在此背景下，西南交通大学出版社立足西南高校，重点针对应用型本科高校学生的特点，以培养应用型技术技能型人才为目标，适时组织策划了这套“大健康”系列教材。本套教材的编写适应时代要求，以推进“健康中国”建设为使命，符合我国高等医学教育改革和健康服务业发展趋势，突出内容上的两个特点：一是坚持“三基五性三特定”的基本原则，力求体现专业学科特点和“以学生为中心”的编撰理念。二是展现大健康体系建设的开创性与实用性，并按照“课程思政”教学体系改革的要求，体现了教材的“思政内涵”；丰富了教材的呈现方式，实现了数字技术与教材的深度融合，也体现了本套教材侧重应用性的编写初衷。

无论是常态化疫情防控，还是推进“健康中国”建设，都需要党和政府强力推进，更需要全社会普遍参与。把健康融入所有政策之中，将卫生健康事业从少数部门的业务工作变成全党全社会的大事，才能为提高人民健康奠定更广泛的社会基础。本套教材的出版，对推动建设具有中国特色的健康管理学科，培养复合应用型公共卫生与健康人才，构建大健康体系，助力“健康中国”战略实施，具有一定的推动作用。同时，本套教材可作为各地培养大健康产业发展急需专业人才的通用性系列教学用书，还可以满足广大读者对大健康产业发展知识与技能的自学之需，填补了目前国内这方面教材的短板与不足，实现了编写者们辛勤努力共同愿景。

为此，特以作序。

海南医学院管理学院 曾渝
海南南海健康产业研究院

2021年6月30日于海口



前言

PREFACE

近年来，随着国内医疗保险体制深入发展和居民收入水平的提高，商业健康保险一直保持着良好的发展势头，走上专业化的发展道路。健康保险已经成为医疗保障制度的重要补位者，两者相互依赖、共同发展，成为国民必备的健康保障产品。2021年9月23日，国务院办公厅印发《“十四五”全民医疗保障规划》（简称《规划》）提出，健全多层次医疗保障制度体系，坚持公平适度、稳健运行，持续完善基本医疗保障制度。《规划》从顶层设计上对商业健康保险的发展进行了全局战略部署。《规划》明确要求，鼓励商业健康产品创新，扩大商业健康保险保障范围，探索医保与商业健康保险信息共享，加强健康保险监督管理与绩效评价，使健康保险产业在促进国民健康和实现医疗保障高质量发展中发挥“生力军”的作用。展望2035年，基本医疗保障制度更加规范统一，多层次医疗保险体系更加完善，中国特色医疗保险制度优越性充分显现。由此可见，健康保险市场的发展迎来一个前所未有的契机。

本书在编写思路突显2019年新修订的《健康保险管理办法》的精神，注重健康保险范围的新变化、业务改革的新要求和新内容。内容上，在总结已有的健康保险的相关文献的基础上，尊重保险学科的基本原理和理论体系，结合国内外健康保险的发展情况，重点介绍商业健康保险的理论、实务及实践发展。全书共分十一章。第一章介绍了健康风险与健康保险的概念、属性，健康保险的发展历

程。第二章介绍了健康保险的合同及基本原则。第三章至第六章详细阐述了健康保险产品医疗保险、重大疾病保险、失能收入损失保险和长期护理保险的概念、产品及合同的主要内容与规定。第七章分析了健康保险市场概述、市场要素和市场供求情况。第八章介绍健康保险的营销程序、模式及客户服务。第九章简要介绍了健康保险费率厘定原理及常用方法。第十章介绍了健康保险的核保与理赔的程序。第十一章介绍了健康保险的监管体系及具体内容。在编写过程中,力求概念与理论的科学性及准确性,注重理论知识的应用性,在每章的结尾均设置了与章节相关的典型案例或者扩展阅读,有利于学生加深理解,把握前沿。同时,每章开篇均标出掌握、熟悉、了解的内容和思政目标,便于学生有针对性地学习,并在章节学习过程中注重正确价值观的引导和公共服务精神的培养。

《健康保险学》是适合高等学校劳动与社会保障、医疗保险、健康服务与管理等专业的教材。西南交通大学出版社为满足上述专业的教学需要,组织了具有较高理论造诣和丰富教学经验的教师编写本教材。

本书的编委们均是长期从事社会保障、保险学类教学及科研工作的一线教师。在教材编写过程中,编委们均按照西南交通大学出版社的编写要求和审稿程序,本着认真负责的态度,尽力保证教材编写的质量,感谢各位编委。在编写过程中,我们参考了一些已出版的相关文献,在此谨向这些作者表示感谢。另外,从目录的修订到校稿工作,得到了许多同仁的大力协助,在此表示衷心的感谢。同时,还要特别感谢西南交通大学出版社的相关编辑和工作人员为本教材出版所付出的辛勤劳动。

由于我国的健康保险正处于快速发展时期,关于健康保险的法律法规及相关的法律条例仍处于不断修订和完善的过程中,又限于编者的能力和水平,本书中的疏漏和不当之处在所难免,恳请使用本书的师生和读者提出宝贵建议,以便我们不断改进和完善。

编者
2022年7月



目录

CONTENTS

第一章	健康风险与健康保险	001
第一节	健康风险与健康风险管理	002
第二节	健康保险的概念及属性	009
第三节	健康保险的产生与发展	019
第二章	健康保险合同及基本原则	032
第一节	健康保险合同	033
第二节	健康保险合同的基本原则	043
第三章	医疗保险	054
第一节	医疗保险概述	055
第二节	医疗保险产品	059
第三节	医疗保险合同的主要内容	063
第四章	重大疾病保险	074
第一节	重大疾病保险概述	075
第二节	重大疾病保险产品	079

第三节	重大疾病保险合同的主要内容	088
第五章	失能收入损失保险	094
第一节	失能收入损失保险概述	095
第二节	失能收入损失保险产品	098
第三节	失能收入损失保险合同的主要内容	104
第六章	长期护理保险	113
第一节	长期护理保险概述	114
第二节	长期护理保险产品	118
第三节	长期护理保险合同的主要内容	121
第七章	健康保险市场	131
第一节	健康保险市场概述	132
第二节	健康保险市场的要素	135
第三节	健康保险市场供求分析	142
第八章	健康保险营销	153
第一节	健康保险营销概述	154

第二节	健康保险营销策略	159
第三节	健康保险的客户服务	168
第九章	健康保险费率厘定	180
第一节	健康保险费率概述	181
第二节	健康保险费率厘定原理	185
第三节	健康保险费率厘定的方法	195
第十章	健康保险核保与理赔	205
第一节	健康保险核保	206
第二节	健康保险理赔	211
第十一章	健康保险监管	224
第一节	健康保险监管概述	225
第二节	健康保险监管体系	227
第三节	健康保险监管具体内容	233
附 录		243
附录 1	《健康保险管理办法》	243
附录 2	我国国家层面商业健康保险政策一览表（截止到 2021 年）	251
参考文献		255

健康风险与健康保险



本章要点

1. 掌握：健康保险的概念、特征及分类。
2. 熟悉：健康风险的定义、健康风险要素及健康风险的特征，我国健康保险的发展现状及未来趋势。
3. 了解：健康的内涵，健康风险管理的定义及健康风险处理的方法，健康保险的发展历程。



课程目标

通过学习健康保险的基本知识，学生能熟悉健康保险的分类、职能，了解健康管理在健康保险中的重要性；具有高度的社会责任感，提升转移健康风险的投保意识，树立健康保险的观念。



第一节



健康风险与健康风险管理

一、健康

(一) 健康的定义

什么是健康?《黄帝内经》开篇即明确了健康的概念:一个健康的人必须在天时、人事、精神方面保持适当的和有层次的协调。按照《黄帝内经》的观点,我们所说的健康人,其实只能算是“常人”,而一个真正健康的人应该具备以下3个条件:合天时,“处天地之和,从八风之理,法于阴阳,和于术数”;合人事,“适嗜欲于世俗之间,无恚嗔之心,行不欲离于世,被服章,举不欲观于俗,外不劳形于事,内无思想之患,以恬愉为务,以自得为功”;养肾惜精,“志闲而少欲,心安而不惧,形劳而不倦,恬淡虚无,真气从之,精神内守,病安从来”。强调一个人的生命、身体、健康和疾病都与周围的自然环境有着密切的联系。

健康的概念,一直存在着传统意义和现代意义两种不同的解释。在传统观念中,健康即指人的肌体健壮,没有疾病。这是一种从生物医学角度将人完全看成一种生物人进行理解的。比如在《辞海》中,健康被定义为“人体各器官系统发育良好、功能正常、体质健壮、精力充沛并具有良好劳动效能的状态。通常用人体测量、体格检查和各种生理指标来衡量”^①。这种界定提到了“良好劳动效能”这一指标,看似比“健康就是没有疾病”更完善,但仍然没有把人当作社会人来对待,还停留在生物人认识层面。

随着社会科技的进步、经济文化以及医学科学的发展,人们对健康也有了更广泛、更深层次的认识,不再将健康单纯理解为“生物人”的“没有疾病”,而是生理、心理和社会“三位一体”的完好状态。现代意义的健康不单指四肢健全,无疾病,还包含了人的心理健全、行为正常和社会道德规范以及环境因素良好等。1948年,世界卫生组织(WHO)成立时,在《世界卫生组织宪章》中提道:“健康乃是一种在身体上、心理上和社会上的完满状态,而不仅仅是没有疾病和虚弱的状态。”世界卫生组织关于健康的这一定义,把人的健康从生物学的意义扩展到精神和社会关系(社会相互影响的质量)两个方面的健康状态,将人的身心、家庭和社会生活的健康状态均包括在内。1987年,《简明不列颠百科全书》(中文版)中指出健康是“使个体能长时期地适应环境的身体、精神、情绪及社交方面的能力”。“健康可用可测量的数值(如身高、体重、体温、脉搏、血压、视力等)来衡量,但其标准很难掌握”。疾病是指“已产生症状或体征的异常生理或心理状态”,是“人体在致病因素的影响

^① 辞海编辑委员会. 辞海[M]. 上海:上海辞书出版社,1980:254.

下，器官组织的形态，功能偏离正常标准的状态”。这一概念虽然提到心理因素，但在健康测量和疾病分类方面没有具体内容。可以说，这是从生物医学模式向生物、心理、社会医学模式过渡的产物。一方面，这种转化尚缺乏足够的临床实践资料的经验概括；另一方面撰写者虽然接受了新的医学模式的思想，但难以做进一步的理论探讨。1989年世界卫生组织提出了健康的新标准，即“身体健康、心理健康、道德健康、社会适应良好”，首次把道德因素也纳入健康的范畴。

从健康概念的发展演变来看，到目前为止，理论界和学术界仍没有一个统一的定义，但对健康的内涵在不断挖掘，外延在不断延伸，从最初的一元“身体健康”扩展到“身体健康、心理健康、道德健康、社会适应能力良好”多元一体的新理念。本书根据世界卫生组织的解释来界定：健康不是仅指一个人身体有没有出现疾病或虚弱现象，而是指一个人生理上、心理上和社会上的完好状态。

（二）健康的衡量标准

1978年世界卫生组织提出了健康的定义，同时也给出了是否健康的十项标准：

① 精力充沛，能从容不迫地应付日常生活和工作；② 处事乐观，态度积极，乐于承担任务，不挑剔；③ 善于休息，睡眠良好；④ 应变能力强，能适应各种环境变化；⑤ 对一般感冒和传染病有一定的抵抗力；⑥ 体重适当，体态均匀，身体各部位比例协调；⑦ 眼睛明亮，反应敏锐，眼睑不发炎；⑧ 牙齿洁白，无缺损，无疼痛感，牙龈正常，无蛀牙；⑨ 头发光洁，无头屑；⑩ 肌肤有光泽，有弹性，走路轻松，有活力。

1999年，世界卫生组织又在健康的“三个维度”和“十大准则”的基础上，提出了健康的新概念——“五快三良好”。五快分别指吃得快、拉得快、走得快、说得快、睡得快。“三良好”包括良好的个性人格、良好的处世能力及良好的人际关系。

二、健康风险

（一）健康风险的定义

风险，是指某种特定的危险事件发生的可能性及其产生的后果的组合。随着健康外延的扩展，健康标准的不断提升，人类面临的健康风险也逐渐增加。人类的健康受多方面因素的影响，包括人类自身的因素、社会因素及自然因素等，在这些因素的共同作用下，人类的健康状况总是呈现出极大的不确定性，进而构成了健康风险因素。在人类的整个生命周期里，总会因为自身因素、自然因素和社会因素等，导致人们身体疾病或伤残、心理疾病、道德品质不健康和社会适应能力差等各种风险的发生。而且，这些风险因素也一直处于持续发展变化的过程中，因此，人类面临健康风险的范围和强度也在不断变化，这让人类健康问题更加难以确定且极难控制。

从狭义上讲，健康风险仅指人所面临的身体健康或者健全程度的风险，即人的身体机能、组织器官等遭受疾病或意外伤害，导致的医疗费用增加、收入下降或收

中断等损失的不确定性。^①现代意义上的健康，不仅包含身体方面，还包含心理方面、社会适应能力以及道德方面。从这个意义上讲，广义的健康风险是指人的身体健康或者健全程度，以及心理、社会适应能力以及道德等方面的一切不确定性，具体影响因素不仅包括个人遗传、营养水平、受教育程度、职业类型、生活习惯，也包括家庭环境、社会环境、经济发展、医疗服务水平、卫生状况、社会道德风俗等非个体方面。由于多方面因素的影响，健康状况的不确定性显得更加复杂。

但从健康保险的具体实践来看，当前的健康风险管理主要针对的是狭义的健康风险，健康保险承保主要针对被保险人因各种原因引发身体疾病或者残疾时，保险人承担医疗费或者收入损失的赔偿。而广义健康风险中的心理健康、社会适应能力及道德健康方面的风险，目前的健康保险并不进行承保。因此，本书后面章节主要探讨狭义的健康风险。

（二）健康风险的要素

一般来说，风险由3大要素构成：风险因素、风险事故和风险损失。健康风险的要素包括健康风险因素、健康风险事故、健康风险损失。

1. 健康风险因素

风险因素是指引发风险事故或风险事故发生致使损失增加的原因和条件。健康风险因素主要包括健康状况、年龄、职业、性别和居住环境等。健康风险因素可分为3类：

一是实质风险因素，又称有形风险因素，是指引起或增加健康风险事故发生的概率或扩大损失程度的物质性因素，如受污染的食物、恶劣的居住环境、不安全的交通工具等。

二是心理风险因素，涉及人的心理状态的无形风险因素，强调因人们在思想上不够重视、麻痹大意、过失疏忽等原因，增加了风险事故发生的概率，扩大了损失范围和程度。比如，某些参保人员，一旦购买健康保险，便觉得有保障，不太注意饮食卫生，不积极锻炼身体，不重视健康预防和养生保健，从心理上有所疏忽，也可能是因非故意过失导致了受害人的身体健康和生命安全等受到损害。

三是道德风险因素，是跟人的道德品质有关的无形风险因素，与心理风险因素不同，具体是指人们在取得自身利益最大化的同时，故意或者恶意做出一些不利于他人的事情或者行为而存在的风险，促使风险事故的发生。比如，由于信息不对称，参保方存在带病投保的现象，医疗服务提供方也有过度医疗的现象，这些行为都会造成医疗费用总支出的增加。当然，随着科学合理的社会主义道德规范体系的建设和法治体系的不断完善，道德风险因素引发的损失将会不断减少。

2. 健康风险事故

风险事故，又称风险事件，是指影响损失的直接原因或者外在原因，即风险可

^① 卓志. 健康保险学[M]. 北京: 中国财政经济出版社, 2017: 5.

能变为现实，进一步带来损失的结果。健康风险事故，又称健康风险事件，是指引起医疗费用支出或收入损失的直接原因或者外在原因。健康风险事件是由疾病、火灾、地震、爆炸、车祸等导致意外伤害的事件。

3. 健康风险损失

损失是指计划之外、预料之外、非故意的经济价值的减少。根据表现和性质不同，损失可以分为直接损失与间接损失。根据具体形式的不同，损失又可以分为实质损失、收入损失、费用损失、责任损失等。在健康风险中，健康风险损失是指计划之外、预料之外、非故意的健康状况的恶化、收入的减少以及医疗费用、看护费用支出的增加。

4. 健康风险各要素之间的关系

通常，健康风险因素是指引起或者增加健康风险事故发生的概率或者扩大损失幅度的条件，是健康风险事故发生的潜在原因；健康风险事故则是造成健康损失的偶发事故，是健康损失的媒介；健康风险事故发生会造成健康风险损失。因此，健康风险的三要素之间存在递进式的因果关系，共同构成了健康风险形成机制，具体如图 1.1 所示。

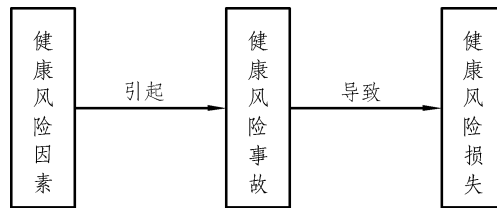


图 1.1 健康风险要素间的关系

就个体而言，健康风险一旦发生，就会导致健康状况恶化、身体伤残或者医疗费用支出增加，给家庭甚至社会带来直接或者间接的损失，如家庭收支不平衡、精神焦虑、心理创伤等，影响家庭、社会经济利益及其健康发展。

（三）健康风险的特征

健康风险是人类面临的危险之一，它具备一般风险共有的客观性、普遍性、损失不确定性、可测性及可变性等特征，同时，还有其自身的特殊性，具体表现在以下几个方面。

1. 频率高发性

健康风险是客观存在的，在人类社会生存和发展过程中，健康风险无处不在、无时不有，每天都会有人因疾病或者意外而伤残、痛苦并花费大量的医疗费用。在现代社会，人类健康受遗传、经济发展、社会环境、生活习惯等多方面影响，而健康风险中的疾病风险对于每个人或者每个家庭来说都是无法回避的，其发生的频率也远远高于其他风险。

2. 人身伤害性

健康风险的危害对象是人，健康风险的发生意味着人体的健康受到伤害，会带来疾病或者伤残，甚至会造成劳动能力的暂时或者永久性丧失，给人们的工作、生活带来损失或不方便，甚至会面临经济收入上的损失，以及健康生命的损伤和心理方面的创伤，而这些都是无法用经济来进行衡量和弥补的。

3. 原因复杂性

人体的健康受多种因素影响，而各种因素又处于不断变化中，因此，健康风险也具有多因复杂性。就疾病风险来说，疾病的种类繁多多样，疾病谱不断变化，每种疾病的根源也可能不同，常见的感冒有的由细菌感染引起，有的由病毒感染引起；病毒可在复制过程中不断适应宿主而产生突变。一些已知的和未知的因素的不确定性，使疾病风险难以预测和化解，给疾病预防和治疗带来诸多困难。

4. 社会蔓延性

人生活在社会中，总要与社会发生各种各样的利益关系，因此人具有社会性。同时，由于某些疾病具有传染性，具有负的外部性，此类风险不仅严重危害个人的健康，而且会影响家庭、地区甚至整个社会，从而使健康风险具有社会性。如新型冠状病毒、肺结核、非典型性肺炎、肝炎等，这些疾病发生后，如果不能进行及时有效的治疗和控制，就会很快传染给他人，甚至迅速蔓延至其他地区或国家，给全人类的健康及生命造成严重的伤害。

（四）健康风险的种类

在现实生活中，我们面临的健康风险是多种多样的。从不同的角度，按不同的标准可对健康风险进行多种分类。本书仅从风险引发的后果来看，健康风险包括疾病风险和意外残疾风险两类。

1. 疾病风险

疾病风险的含义也可从两个方面来理解。狭义的疾病风险是指个人由于人体器官或组织感染疾病或身体机能病变而带来的经济、生理、心理等损失的风险；广义的疾病风险不仅包括人身疾病，还包括个人由于生育以及意外伤害而引起器官或部分组织感染疾病的风险。^①疾病风险是人类所面临的人身风险之一，其本身具有复杂性、高发性、严重性和社会性，会直接影响个人、家庭以及社会的经济利益，因此，应加强疾病风险的管理，减少疾病风险带来的损失。

2. 意外残疾风险

残疾风险是由疾病、意外伤害事故等导致人体组织或器官的损失、缺损、功能障碍甚至永久性地丧失功能等给个人和家庭带来损失的不确定性。从经济的角度分析，残疾风险给个人和家庭所带来的负担可能比早逝风险或疾病风险更为严峻。对

^① 卓志. 健康保险学[M]. 北京: 中国财政经济出版社, 2017: 5.

于个体而言, 如果不幸永久性残疾, 就意味着该个体的劳动收入存在急剧下降或者永久性丧失的风险, 收入减少的同时还面临终身的医护费用支出, 这将导致一个家庭的收支严重失衡, 财务压力增大。而且, 如果残疾者又正是家庭收入的主要依靠, 这样的家庭现实情况会变得更困难, 残疾风险给个人及家庭造成的经济负担会更大。

三、健康风险管理

(一) 健康风险管理的含义

风险管理是人们对风险的认识、控制和处理, 在一个有风险的环境里将风险可能造成的不良影响减至最低的管理过程。风险管理作为一门新兴学科, 在政府、企业项目管理和个人健康管理实践中发挥着重要的指导作用。

2009年, 中华医学会健康管理学会给健康管理下的定义是, 以现代健康概念(生理、心理和社会适应能力)和新的医学模式(生理—心理—社会)以及中医治未病为指导, 通过采用现代医学与现代管理学的理论、技术、方法和手段, 对个体或群体健康状况及其影响健康的危险因素进行全面检测、评估、有效干预与连续跟踪服务的医疗行为及过程。其目的是以最小投入获取最大的健康效益。^①健康管理强调个人及集体健康促进的积极性, 通过收集个人健康信息, 评估健康风险, 对健康危险因素进行干预管理并实施健康促进, 保护和促进人类的健康, 防止疾病发生, 提高人们的生命质量, 减少医疗费用的支出。健康管理通过一系列的行为以减少人们疾病或者残疾的可能性, 但未能从根本上避免或者消除疾病。人们一旦患病或者残疾, 不仅需要大量的医疗费用, 而且还面临收入减少或中断的可能, 甚至导致死亡, 可见人们生活中总会面临大大小小的健康风险。因此, 对于个人或者集体而言, 除了具备健康管理的理念和实施行动外, 更要加强健康风险管理, 为人们提供更大的保障。

现代意义上的健康风险管理, 主要指在风险管理和健康管理理论指导下的管理活动, 具体是指个人或者经济单位通过对各类健康风险的认识, 综合分析和衡量疾病或残疾发生概率以及损害的后果, 选择并执行合适的健康风险处理方法, 以最小的代价获得最大保障的管理活动。

(二) 健康风险管理的方法

健康风险的发生会造成收入的减少甚至终止, 同时, 还会造成医疗费用、康护费用等的增加, 导致个人及家庭财务状况的恶化, 甚至会给风险承担者带来精神的创伤, 影响个人及家庭正常的生产生活。一般来说, 人们为了减少或消除即将到来的健康风险事件会采取一系列的管理措施, 从而实现最终目标。作为一项管理活动, 按照对待风险态度的不同, 健康风险管理的处理方法可分为四种, 即自留健康风险、

^① 中华医学会健康管理学分会, 中华健康管理学杂志编委会. 健康管理概念与学科体系的中国专家初步共识[J]. 中华健康管理学杂志, 2009(3): 14-147.

预防健康风险、抑制健康风险和转移健康风险。

1. 自留健康风险

自留健康风险，即承担风险，是指由个人自己承担健康风险，一旦患病或伤残，由个人自己承担医疗费用开支或者收入损失。

2. 预防健康风险

预防健康风险是通过制订健康计划和采取一系列的措施，做好预防性工作，降低损失的可能性或者减少实际损失。比如，个人可以保持良好的作息时间，注重养生，加强锻炼、增强体质等，减少疾病发生的概率，从而减少医疗费用支出或者收入损失。

3. 抑制健康风险

抑制健康风险是指人们一旦患病或遭受意外伤害，尽可能采取医疗措施进行救治，避免带来更多的医疗费用支出或收入损失。

4. 转移健康风险

转移健康风险是指在风险发生之前，通过一定的方法将自身所面临的健康风险转移给他人或者组织，以减少自身所承担的医疗费用或收入损失，起到分散风险、风险共担的目的。健康保险就是这样一种行之有效的健康风险转移方法。

健康风险管理方法的选择既要结合风险的实际情况，还要兼顾个人或家庭的实际资源状况，综合考虑健康风险管理方法的可行性和效用性。通常情况下，健康风险管理需要将多种方法合理地组合实施，才能取得最好的效果。

（三）健康风险管理的程序

健康风险管理的目的是通过对健康风险的认识、分析、有效处理，以最小的代价获得最大的保障。在风险发生之前要制定目标，做好健康损失的事先防范工作，风险发生后要减少风险危害、获得损失补偿和保证收入及家庭的稳定。明确了健康风险管理的目标之后，就必须按照风险管理的一般程序依次实施，具体包括健康风险识别、健康风险衡量、健康风险处理、健康风险管理评估。

1. 健康风险识别

健康风险识别是指在健康风险事故发生之前，人们运用各种方法系统地、连续地认识所面临的各种健康风险，分析健康风险事故发生的潜在原因。在这个阶段，需要全面考虑个人和家庭的相关健康信息，包括年龄、职业、生活环境等，关键就是要从错综复杂的环境中找出个体所面临的主要风险。健康风险识别可以通过感性认识或者历史经验来判断，也可以通过对各种客观的健康风险管理的资料和健康风险事故的记录来归纳、分析和整理，必要时还可以进行专家访问，以挖掘出相关的风险及其损失的规律。

2. 健康风险衡量

在健康风险识别之后，需要就各项健康风险对整个健康状况的影响程度做一个分析和评价，为选择合适的健康风险处理方法和制定健康风险管理决策提供依据。健康风险衡量的目的就是要估计各项健康风险发生的概率和对个人健康的影响力，对重大健康风险进行重点管理。通常，这些评价建立在以特性为依据的判断和以数据统计为依据的研究上，其可以用数学模型、统计方法和人工估计等其他方法进行分析。

3. 健康风险处理

风险处理就是针对经过健康风险识别和健康风险衡量后的健康风险问题，制定相应的措施并实施的过程，是健康风险管理的关键环节。最常用的几种应对风险的措施如前所述：自留健康风险、预防健康风险、抑制健康风险和转移健康风险。

4. 健康风险管理评估

健康风险管理评估是对所采用的健康风险管理对策的适用性和效益性及实施情况进行分析、检查、修正和评估。当健康风险管理方法确定后，在整个实施过程中都需要进行动态跟踪。影响健康的因素处于不断的变化中，风险管理方法、对策的实施环境也会发生改变，为了实现健康风险管理的目的，需要随时进行检查、评估，及时修正和调整计划，以使其达到最佳的效果，以最小的成本获得最大的健康保障。

第二节



健康保险的概念及属性

风险需要进行管理，以减少其发生的频率及损失。在健康风险管理中，对种类繁多的健康风险有不同的处理方法，其中，健康保险是健康风险损失转移的重要手段。本节专门讨论健康保险的概念、特征及分类等问题。

一、健康保险的概念

对于健康保险^①的理解，目前国内外理论界和实务界并未形成统一的认识，不同的医疗保障模式的国家有着不同的界定。美国保险监督官协会（National Association of Insurance Commissioners, NAIC）将健康保险定义为：针对因疾病或因意外事故引起的人身伤害或死亡，或两者兼有所带来的损失而进行补偿的保险。

美国健康保险协会（The Health Insurance Association of America, HIAA）将健康保险定义为：为被保险人的医疗服务需求提供经济补偿的保险，也包括为因疾病

^① 本书所提及的健康保险主要是指商业健康保险，即狭义上的健康保险。广义上的健康保险还包括社会医疗保险，本书不对社会医疗保险展开论述。

或意外事故导致工作能力丧失所引起的收入损失提供经济补偿的失能保险。

日本《保险业法》关于健康保险的定义为：约定对意外伤害和疾病给付一定金额的保险金，并对由此产生的该当事人受到的损害予以补偿，收取保险费的保险。

从国外机构的定义来看，大家对健康保险的解读存在着具有共性的内容，他们都将健康保险作为人身保险的一种，以人的身体为保险标的，以被保险人因疾病或者意外伤害使身体受到健康方面的损害为保险事故，从而对被保险人因为遭受保险事故而导致的直接或者间接的损失进行补偿。

我国学者也从不同的角度对健康保险进行了界定。陈滔（2011）认为，健康保险由“健康”和“保险”两个名词组成，故健康保险是利用保险工具来解决人们因健康问题导致损失的一种经济手段。从风险管理的角度讲，健康保险是对各类健康风险进行转移和共同分担。通常，人们面临的健康风险包括因伤病必须接受医疗救治产生大额医疗费用而又无力承受的风险、因伤病导致工作能力丧失或降低所带来的收入损失风险和因衰老导致生活不能自理而又无法承受高额护理费用的风险，健康保险就是有效分散上述风险的一种有力工具。^①尚汉冀、李荣敏、黄云敏等（2007）认为，健康保险是以被保险人的身体为保险标的，对被保险人因遭受疾病或意外伤害事故所发生的医疗费用损失或导致工作能力丧失所引起的收入损失，以及因为年老、疾病或意外伤害事故导致需要长期护理的损失提供经济补偿的保险。^②

2006年8月中国保监会颁布的《健康保险管理办法》第二条规定：健康保险，是商业保险公司通过疾病保险、医疗保险、失能收入损失保险和护理保险等方式对因健康因素导致损失给付保险金的保险。这是中国第一次对健康保险的统一规定，标志着健康保险在中国开始规范经营。2019年11月中国银保监会公布的《健康保险管理办法》（以下简称《办法》）第二条规定，健康保险是指由保险公司对被保险人因健康原因或者医疗行为的发生给付保险金的保险，主要包括医疗保险、疾病保险、失能收入损失保险、护理保险以及医疗意外保险等。这使健康保险的内涵更加丰富。

综合以上阐述，本书将按照《办法》对健康保险下定义：以人的身体为保险标的，由保险公司为被保险人因某种健康因素引发疾病或者遭受意外伤害时产生的医疗费用或者收入损失提供补偿金的一种人身保险，主要包括医疗保险、疾病保险、失能收入损失保险、护理保险以及医疗意外保险等。

二、健康保险的特征

人身保险包括人寿保险、健康保险、人身意外伤害保险3个部分。健康保险除了具备人身保险的一般特征外，与人寿保险和人身意外伤害保险相比，还具有其自身的特殊性。

^① 陈滔. 健康保险[M]. 北京：中国刚政经济出版社，2011：1.

^② 尚汉冀，李荣敏，黄云敏. 健康保险与医学统计[M]. 上海：复旦大学出版社，2007：45.

（一）健康保险标的、保险事故的特殊性

商业健康保险是以人的身体健康作为保险标的，以被保险人患疾病或者遭遇意外事故所造成的医疗费用支出、失能收入损失及护理费用的补偿为保险事故。而人寿保险则以人的生命或者寿命为保险标的，以被保险人生存或者死亡作为保险事故的人身保险。商业健康保险与人身意外伤害保险相比，其承保的保险事故范围更广，两者在范围上既有重合又有区别。

（二）健康保险承保风险的难以测定性

首先，自然因素、社会因素、人类自身的因素都会影响人们的健康，要准确确定其发生的规律比较困难。比如地震、洪水灾害等都会危及人的身体健康且难以规避；社会的发展带来环境的污染，人口的流动性使传染病的蔓延速度不断增快，范围逐渐扩大，会导致人们身体健康受到损害；现代人常感觉工作压力大，生活节奏过快，作息时间不太规律等，这些因素严重影响人的身体健康，甚至会增加意外事故发生的风险。其次，由于人类疾病谱的变化、电磁辐射等原因，健康风险变得更加复杂多变。不仅疾病谱在不断变化，而且同一种疾病，选择在不同地区、不同层级的医疗机构就诊，运用不同的诊疗路径和诊疗方法，医疗费用的支出也是不一样的，有的甚至相差悬殊，增加了保险财务处理的难度。再次，与其他风险不同，健康风险中极容易发生逆向选择和道德风险。被保险人从投保开始，生病就诊、治疗、索赔等各个环节都可能发生道德风险。如带病投保、小病大治等现象就比较常见。因此，从商业健康保险经营管理来看，要求精算人员要具有很高的专业素养，要对以往的疾病以及意外伤害发生及赔偿情况的详细资料进行分析、评估并厘定费率，而且还要严把核保理赔关，以降低风险不确定性对保险经营的影响；同时，也要加强对被保险人的监督管理，减少道德风险的发生。而人寿保险中的生命风险相对比较稳定，保险公司一般根据生命周期表所揭示的生命规律对人寿保险的费率进行科学、合理的厘定。意外伤害保险承保的大多为标准的可保风险，相对比较可预测。

（三）健康保险承保条件的高标准性

健康保险承保事故变动大且难预测，因此，健康保险在其承保条件上比人寿保险要复杂、严格得多。在识别分析被保险人的健康状况时，不仅要了解被保险人的家族病史、既往病史、现病史，还要评估被保险人居住的地理位置、从事的职业及生活方式。在健康保险的承保实务中，保险人还要按照风险程度将被保险人分为标准体和非标准体两类。标准体保险是指，身体比较健康、各项指标符合承保条件的群体，对这类群体，保险公司会按正常费率予以承保；非标准体保险是指，身体某些指标不符合健康标准，不能达到保险标准条款规定要求的群体，对这类群体，保险公司可以通过提高费率或者重新商定承保范围来予以承保。另外，针对患有特殊疾病的群体，保险人会制定特种条款，一方面可以拓宽保险经营范围，另一方面也会避免给保险经营带来严重的风险压力。同时，对那些完全不具备承保条件的群体不予以承保，对于因某些特殊原因短期内暂不具备承保条件的群体（如孕产妇）可

延期保险。在健康保险核保环节，需要认真核查被保险人的各种情况。而人寿保险的承保条件和标准与健康保险基本是一致的，也要综合考虑被保险人的家族病史、既往病史、现病史、居住的地理位置、从事的职业、生活方式、投保动机、道德风险等，符合条件便可以承保。相比而言，意外伤害保险的承保标准相对宽松一些，重点考虑被保险人的职业和从事的工种，不对被保险人的健康状况进行检查。

（四）健康保险费率确定方式的复杂性

健康保险在确定保险费率时，要考虑患病率、残疾发生率、发病率、死亡率、疾病持续时间、利率、费用率等。通常来说，费用率会随着患病率、残疾发生率、发病率的变化同向变化。而且，患病率、残疾发生率、发病率又与被保险人自身家族病史、既往病史、现病史、居住的地理位置、从事的职业、生活方式以及医疗服务水平、道德风险等多种因素有关。基于影响因素的复杂、多变性，保险人在进行费率确定时需要综合考虑、科学精算。而且健康保险在经营管理过程中，尤其是保险的核理赔阶段，还会涉及较多的医学、药学专业知识，因此，在精算费率时，还需要有医学、药学专业的人员进行协助处理。人寿保险费率的厘定主要考虑人类的生存率和死亡率，并根据预定的费用率和利率。而意外伤害保险费主要根据意外伤害事故发生的概率来厘定费率。

（五）健康保险保险期限的短期性

由于健康风险的变动大而且难预测，健康风险的经营管理风险也较大，加上我国的健康保险市场发展还不成熟，资料的统计和数据经验比较有限，进行长期的保险费率测算有一定的难度。为了有效地进行风险控制，保持健康保险经营的稳定性，我国的保险人大多将健康保险设计成短期险种。短期健康保险是指保险期间为1年及1年以下且不含有保证续保条款的健康保险。保证续保条款，是指在前一保险期间届满前，投保人提出续保申请，保险公司必须按照原条款和约定费率继续承保的合同约定。在我国，除了针对特殊疾病的极少数险种（如长期护理保险、癌症保险）外，绝大多数健康保险的保险期限均为1年。当然，为了提高投保工作效率，简化重新投保的各种繁杂手续，可以在保单条款中增加可以续保的规定。而人寿保险的保险期限可分为几年、十几年、几十年甚至终身，属于长期保险。意外伤害保险也是短期保险，保险期限为1年甚至更短。

（六）健康保险给付方式的补偿性和给付性

《健康保险管理办法》第五条规定，医疗保险按照保险金的给付性质分为：费用补偿型医疗保险、定额给付医疗保险。费用补偿型医疗保险，是指根据被保险人实际发生的医疗及康复费用支出，按照前期约定的标准来确定保险金数额的医疗保险，但所有的医疗保险给付金额以被保险人实际发生的医疗及康复费用支出为上限；而定额给付医疗保险则直接按照前期约定的数额给付保险金，给付多少与前期约定有关，与实际发生的医疗康复费用无关。

从办法中可以看出，健康保险中的医疗保险大多通过费用报销的方式对被保险人进行补偿，即当被保险人遭受健康风险事故并发生了医疗费用，扣除了免赔额以及按规定由被保险人自己承担的数额之后，保险人在最高责任限额内对被保险人予以赔付，体现出健康保险给付的补偿性。而且，在健康保险给付管理中，保险人拥有代位求偿权。如果由于第三方责任致使被保险人遭受健康意外事故，从而导致支付医疗费或收入减少，且被保险人已经从第三方得到医疗费用的全部或部分赔偿，保险人可以不用再向被保险人支付保险金或者只需支付由第三方赔偿后的差额部分。假若保险人已经向被保险人给付了医疗保险金，但健康保险事故责任又应该由第三方来承担时，被保险人应当将向第三方的追偿权利转移给保险人。健康保险中的疾病保险具有给付性，如果被保险人罹患前期合同约定的某种疾病时，保险人须按合同约定金额给付被保险人相应的保险金。人寿保险则属于给付性保险，当被保险人在保险期间去世或者寿命延长至保险期限届满时，保险人需分别给付被保险人身故保险金或者生存保险金。意外伤害保险也属于给付性保险，被保险人出现意外伤害事故时，由保险人按合同的约定给付身故保险金或残疾保险金（残疾保险金根据合同约定的保险金额和被保险人的伤残程度来确定）。

三、健康保险与其他保险的比较

（一）健康保险与社会医疗保险的比较

社会医疗保险是指以政府为主体，通过国家立法强制筹集资金，根据相关规定，当被保险人因疾病或者非工伤需要进行医治时，通过社会医疗保险基金向被保险人提供一定的经济补偿的一项社会保险制度。

社会医疗保险属于社会保险，而本书所讲的健康保险属于商业保险。健康保险是对社会医疗保险的重要补充，共同为被保险人提供抵御健康风险的经济支持。基于两者实施机制的不同，其区别如表 1.1 所示。

表 1.1 健康保险与社会医疗保险的区别

项目	健康保险	社会医疗保险
立法范畴	经济立法	社会立法
保险方式	自愿参加	强制性
实施性质	营利性	非营利性、福利性质
经办机构	商业保险公司	医疗保障部门
经营保证	保险公司自负盈亏	国家财政补贴、政府兜底
是否纳税	纳税	不纳税
保障人群	只要符合投保条件即可	法律界定
保障水平	补充保障	基础保障
筹资方式	投保人交费	雇主、个人共同交费
保费计算方法	经营机构严格精算	政府确定

给付方式	补偿型/给付型	补偿型
------	---------	-----

（二）健康保险、人寿保险与人身意外伤害保险的比较

人身保险包括健康保险、人寿保险与人身意外伤害保险。3 个组成部分都具有人身保险的共性特征，但又各具特点，三者的区别如表 1.2 所示。

表 1.2 健康保险、人寿保险与人身意外伤害保险的区别

项目	健康保险	人寿保险	人身意外伤害保险
保险标的	身体	生命	生命、身体
保险事故	疾病/意外伤害/残疾	生存/死亡	意外伤害
保费确定	疾病/意外/残疾发生率	死亡/生存概率	意外发生概率
受益人	被保险人本人	需要指定	需要指定
合同性质	定额/补偿保险	定额保险	定额保险
保险期限	多为短期	多为长期	多为短期
交费方式	多为趸交	趸交/分期交	多为趸交
免赔额	有规定	无规定	无规定
共保比例	有规定	无规定	无规定
观察期	有规定	无规定	无规定
经营主体	寿险公司、财险公司	寿险公司	寿险/财险公司
投保是否需要体检	一般需要	一般需要（除生存保险）	不需要
理赔复杂性	比较复杂	比较简便	比较简便

四、健康保险的分类

（一）按保障内容划分

根据 2019 年 12 月 1 日实施的《健康保险管理办法》第二条规定，健康保险从内容上看主要包括医疗保险、疾病保险、失能收入损失保险、护理保险以及医疗意外伤害保险等。

医疗保险，是指按照保险合同约定为被保险人的医疗、康复等提供保障的保险。医疗费用通常包括医生的诊疗费、各种检查费、手术费、药费、住院费、护理费及医院杂费等。常见的医疗保险主要包括普通医疗保险、手术医疗保险、门诊医疗保险、高额医疗费用保险、住院医疗保险、综合医疗保险等。

疾病保险，是指发生合同约定的疾病时，为被保险人提供保障的保险。投保疾病保险后，只要被保险人在保险期内初次被确诊罹患合同条款中列明的某种疾病时，不管有没有发生医疗费用以及医疗费用花费的金额是多少，保险人都应该按合同约定给付被保险人相应的保险金。疾病保险中包括的疾病是有严格条件限制的，

不能是先天性疾病，必须是由人身体内部原因引发的，且不能是因年老类自然规律引发的。疾病保险包括重大疾病保险、特种疾病保险，这类疾病通常危险性较高，而且费用支出比较大，需通过保险的方式对费用进行分担。疾病保险仅需要投保人向保险公司提供定点的医疗机构出具的疾病诊断书，保险公司根据诊断书按照合同约定给付保险金。

失能收入损失保险，是指以保险合同约定的疾病或者意外伤害导致工作能力丧失为给付保险金条件，为被保险人在一定时期内收入减少或者中断提供保障的保险。实施失能收入损失保险的目的在于帮助被保险人缓解经济压力，而并非承担被保险人因疾病或意外伤害所发生的医疗费用的责任。失能收入损失保险的被保险人在投保时必须要有固定的工作及收入，否则，保险公司会以此理由拒绝投保。在保险金给付方面，失能收入损失保险的保险金可以一次性也可以分期给付，但给付的金额必须低于被保险人正常劳动时的收入。

护理保险，是指按照保险合同约定为被保险人日常生活能力障碍引发护理需要提供保障的保险。护理保险主要针对的是身体衰弱、生活不能自理或者部分自理，需要其他人进行辅助或者部分辅助的被保险人，为他们在家中、社区或者医院、护理院接受医疗护理或者照顾护理提供经济保障。按照被保险人日常活动的自理能力，可以选择不同级别的护理服务，包括基本看护、中等看护和专业看护3种看护级别。

医疗意外保险，是指按照保险合同约定发生不能归责于医疗机构、医护人员责任的医疗损害，为被保险人提供保障的保险。

（二）按照保险期限划分

按照保险期限的长短，健康保险可分为长期健康保险和短期健康保险。

长期健康保险，是指保险期间超过1年或者保险期间虽不超过1年但含有保证续保条款的健康保险。长期健康保险被保险人交纳均衡保费，由于期限比较长，因此带有储蓄的功能，投保人的保单生效后达到一定时期就会具有现金价值。其中，长期护理保险保险期间不得低于5年。长期护理保险和重大疾病保险都属于长期健康保险。

短期健康保险，是指保险期间为1年以及1年以下且不含有保证续保条款的健康保险。保证续保条款，是指在前1保险期间届满前，投保人提出续保申请，保险公司必须按照原条款和约定费率继续承保的合同约定。在健康保险实务中，短期健康保险的保障期大多为一年，灵活性好，保费低廉，且保障较高。

（三）按照保险金的给付性质划分

按照保险金的给付性质，健康保险可分为费用补偿型保险、定额给付型保险、津贴给付型保险。

费用补偿型保险，又称费用报销型，是指根据被保险人实际发生的医疗、康复费用支出，按照健康保险合同条款中约定的报销比例进行报销，但给付的金额不能超过该险种规定的保险金额，要以被保险人实际发生的医疗及康复费用为上限。如

果被保险人实际发生的医疗费用已经通过社会医疗保险等其他途径报销一部分，那么保险公司只需补充差额的部分即可。

定额给付型保险，是一种按照约定的数额给付保险金的健康保险。定额给付型的保险金额是在投保人与保险人双方签订合同时双方已经确定了的，投保人初次确诊患有保险合同中规定的疾病并经保险公司指定的医疗机构确认后，保险公司就按照保险合同的规定向被保险人进行一次性的保险金支付，已签订的合同随即终止。至于被保险人此后针对所患疾病治疗过程中实际支出多少医疗费用，都与保险公司无关，保险公司将不再承担保险责任。

津贴给付型保险，是指保险人按照被保险人的实际住院天数和合同约定的每天住院补贴标准额度给付保险金的保险。津贴给付型健康保险支付不考虑被保险人实际的医疗费用支出情况，只关心住院的天数，根据实际住院的天数来提供津贴的给付额度。在具体实践中，多数的津贴给付型都对单次住院的最多给付天数进行了严格的限制，通常要求不超过 180 天。

（四）按照投保方式划分

按照投保方式的不同，健康保险可分为个人健康保险和团体健康保险。

个人健康保险，是指为满足个人和家庭的需要，以单个自然人为投保对象，由保险人为一个或者多个投保人提供健康风险保障的保险。单个自然人的群体是庞大的，因此个人健康保险的投保对象范围较广，而且每个个体都会因自身因素、社会因素、环境因素的差异等影响呈现出不同的健康状况，每个个体也可能存在难以识别的逆向选择和道德风险问题。因此，在个人健康保险承保实务中，对其承保标准的划分、承保条件的罗列、保险费率的确定等都需要高超的保险技术水平和严格的把关；在个人健康保险合同中也需要增设一些特殊的条款，为健康保险经营管理的稳定性提供支持；在具体的核保理赔上，针对理赔的复杂性，也需要具有医学知识的专业人才提供技术支撑。

团体健康保险，是指以投保单位的所有员工为被保险人，以团体的名义与保险人签订保险合同，由保险人为投保单位内的成员提供健康风险保障的一种保险。在团体健康保险中，投保人一般是单位的法人代表或具体单位，每一个被保险人是单位的成员，保险人只需出具一张总的保险单为某一单位的所有成员或者大部分成员提供保障。

相对于个人健康保险而言，团体健康保险的销售成本、核保成本以及管理成本都相对较低，道德风险也相对较低，因此在健康保险的保障内容和保险金额相同的情况下，团体健康保险的保险费率通常要比个人健康保险的费率低一些，给付条件也相对较优厚一些。但从经营的技术要求看，个人健康保险采用统一费率、标准合同，操作上相对简单，但团体健康保险则采用单一费率的分散定价方法，对技术的要求提高了，相应地经营难度也增加了。

（五）按承保条件划分

按照承保条件的不同，健康保险可分为健康体健康保险、次健体健康保险和特殊疾病健康保险。

健康体也称标准体。健康体健康保险是指投保人的身体条件比较好，健康状况符合承保条件要求，保险人直接按照标准的保险费率承保的健康保险。

次健体也称次标准体。次健体健康保险是指投保人的身体条件不是特别好，健康状况没有达到承保条件的要求，保险公司通过提高保险费率或者重新调整承保范围等方式进行承保的健康保险。从保险公司的角度看，健康保险要求投保人的身体健康状况好，但现实生活中，很多人或多或少都存在大大小小的健康问题，如果健康保险的承保标准很高、条件非常苛刻，很多人会被排斥在“健康保险”的大门外。因此，为了扩大健康保险的覆盖面，为更多的人提供健康保障，针对不完全满足健康保险承保标准但又不是完全不符合承保条件的群体设立了次健体健康保险。同时，由于次健体健康保险确实具有较高的承保风险，因此在实践环节，保险人会采用增加保险费或者降低保险金等方法来承保，从而降低健康保险的经营风险。

特殊疾病健康保险，是指保险人专门针对特殊疾病制定特殊的条款，科学计算特殊的费率承保的保险。特殊的疾病包括：精神分裂症、慢性活动性肝炎、哮喘、类风湿性关节炎、中风、再生障碍性贫血等。

（六）按续保条件划分

按续保条件不同，健康保险可以分为不可续保健康保险、条件性续保健康保险和保证续保健康保险。

不可续保健康保险，是一种定期健康保险，这种健康保险在保险合同中并没有规定续保条款，只有一个定期保险，合同到期后即终止。通常，这类保险的保险期限为1年，保险人只在保险合同的约定期限内提供保障，保险期限一到，保单效力自然终止。

条件性续保健康保险，是指保险公司保留是否同意被保险人续保的权利，但保险人只能根据保单载明的特定理由拒绝续保，比如被保险人的年龄和职业状况发生变化而不是健康状况发生变化。如果被保险人的健康状况确实发生了变化，则保险人不能以此为由拒绝承保。拒绝续保还必须是对所有的保单或者某一类全部参保人。

保证续保健康保险，是指只要投保人按期交纳保险费，保险人就必须保证被保险人续保到特定时期或者年龄为止。保险公司在每次续保时，可根据被保险人的年龄对费率进行调整，但调整费率时必须是对同类人的全部保单予以调整，而不能仅针对个别保单进行调整。

五、健康保险的作用

健康保险作为一项经济制度，通过资金的筹集及风险的分散，增强了投保人健康风险的抵抗能力，提高了个体及社会对健康风险管理的效率。对于健康保险的作用，可以从宏观和微观两个层面进行把握。

（一）宏观层面

从宏观层面来看，健康保险的作用主要体现在维护社会稳定、促进经济发展、完善医疗保障体系这三个方面，具体表现如下：

（1）维护社会稳定。当被保险人因各种健康风险而发生经济损失时，健康保险的实施能够帮助被保险人将损失的风险进行转嫁，得到相应的补偿，从而减轻被保险人及其家庭来自经济上和精神上的压力，避免他们处于困境而铤而走险，真正起到社会稳定器的作用。

（2）促进经济发展。从资金运作角度看，医疗保障体系包括医疗保障资金的筹集，医疗服务的提供和医疗市场的监管。在整个体系运行过程中，医疗保障资金的筹集是关键环节。社会医疗保险的资金筹集主要来自个人、企业、政府3个方面。健康保险通过投保人自愿交纳保费的形式筹集资金，建立保障基金，在按照承保合同为被保险人提供健康风险保障的同时，减轻了政府的负担，有效地缓解了财政压力，让更多的财政投入到经济建设当中，促进社会经济的快速发展。

（3）完善医疗保障体系。《中共中央国务院关于深化医药卫生体制改革的意见》中强调，要积极发展商业健康保险，满足多样化的需求。同时，鼓励企业和个人通过参加商业保险及多种形式的补充保险解决基本医疗保障之外的需求。商业健康保险作为社会医疗保险的重要补充，能及时弥补社会医疗保险的保险缺口，为人们提供保障范围更广、产品更丰富、层次多样化的医疗保障，从制度层面完善我国多层次的医疗保障体系。

（二）微观层面

从微观层面来看，健康保险有利于减轻个人及家庭的负担，有利于企业人力资源的充分利用，促进企业的健康发展。

（1）减轻个人与家庭的压力。对于每一个人和每一个家庭来说，在人的一生当中，总会面临或大或小的健康风险，一旦遭遇疾病和意外伤害，依靠个人或者家庭的经济实力通常难以支撑高额的医疗费用及收入的减少和中断。通过医疗保险和疾病保险对医疗费用、康复费用进行适当的分担，通过失能收入损失保险对失能收入损失进行补偿等方式，在经济上给予被保险人一定的支持，减少“因病返贫，因病致贫”现象，减轻个人与家庭的压力，使患病者能够得到及时的治疗，从而恢复身体健康，重返工作岗位。

（2）有利于企业人力资源的充分利用，促进企业的健康发展。人力资源是企业发展最活跃也是最重要的财富，对于企业而言，雇主通过团体健康保险的形式为单

位员工投保。健康保险作为企业员工福利，可以帮助企业吸纳、留住优秀的人力资源，调动员工工作积极性，提高工作效率，为企业创造更多的价值。

第三节



健康保险的产生与发展

一、健康保险的产生

在人类发展的历史上，很早就有针对疾病和意外造成的损失风险进行预防的方式。但现代意义上的健康保险最早起源于 19 世纪中期英国的意外伤害保险，距今约 170 多年的历史。1847 年，美国马萨诸塞州波士顿健康保险公司签发了一份疾病保单，这是世界上第一份健康保险保单。早期的健康保险主要以疾病保险的形式出现。1883 年，德国俾斯麦政府颁布了世界上第一部社会保险法——《疾病保险法》。此项法令批准由国家建立健康保险计划，凡收入低于一定标准的工人，必须加入疾病保险基金会。随后，英国的保险公司也纷纷推出“意外伤害事故和特殊疾病保险”，对因患特殊疾病导致伤残的投保人提供意外伤害给付和疾病给付。这种保单在当时很受个体经营者欢迎，但这一时期的健康保险并不是一种独立的险种，而是一种附加性质的医疗保险，仅在人身保险中包括了一些医疗风险责任。

早期的健康保险主要属于个人险。20 世纪初，一些欧美国家的人寿保险公司开始向各类团体提供包括死亡、伤残和医疗保险在内的团体保险。1911 年，美国首次开发了针对团体的健康保险。1929 年，美国贝勒大学医院为其 1 500 位大学教师预交了团体住院保险费，标志着健康保险作为一个独立险种出现在保险市场中，揭开了健康保险发展的新篇章。

二、健康保险的发展

随着经济社会的发展及健康保险需求的变化，世界健康保险领域也迎来快速发展。在很多国家，健康保险已经成为人们抵御疾病风险的主要方式，各个国家都结合本国实际情况，积极探索健康保障模式。目前，国际上已经形成了以英国为代表的国家医疗保障制度、以德国为代表的社会医疗保险制度和以美国为代表的市场主导型医疗保险制度。

（一）以英国为代表的国家保障型健康保障模式

1948 年，英国颁布了《国家卫生服务法》，正式推行国家卫生服务模式（National Health Service, NHS）。该模式旨在向英国公民提供全方位的医疗服务，所有服务项目按需提供，经费来源于税收和国家保险体系，人人享有免费医疗服务。该模式包括 3 个部分：以国民卫生服务为主体、以商业健康保险和社会医疗救助为重要补充。

英国的国民卫生服务虽然覆盖范围广，保障水平高，但全民免费医疗导致政府

负担过重，服务效率低，从而为商业健康保险的发展提供了契机。英国的商业健康保险主要由保险公司、互助协会和友好社团提供。商业健康保险公司可以为国民提供品种丰富的保险产品，如医疗保险、长期护理保险、失能收入损失保险、重大疾病保险、旅游健康保险等，以更好地满足人们的健康需求。但在初期，英国政府并不特别支持国民购买商业健康保险，公民购买健康保险还需要支付健康保险费，导致当时国民健康保险需求并不旺盛。在新一轮政府改革中，英国政府鼓励并推进商业健康保险的补充作用，向商业保险公司提供外包服务，引进国外经验丰富的健康保险机构参与管理等，这些措施进一步推动了英国健康保险事业的快速发展。

（二）以德国为代表的社会保险型健康保障模式

德国是现代社会医疗保险的发源地。德国社会医疗保险制度框架中，明确了以法定医疗保险为主体、私人医疗保险为补充的医疗保障体系。其中，法定医疗保险为大多数国民提供基本医疗保障，是由国家强制实施的，作为补充的商业健康保险则由国民自愿购买。但德国政府支持商业健康保险的发展，鼓励医疗保险市场的良性竞争和多元化发展。

德国的《健康保险法》规定，所有的居民，都必须拥有健康保险。税前年收入低于一定水平的居民必须参加法定医疗保险，而超过这一水平的居民则可以在主体医疗保险和补充医疗保险中选择一种。德国健康保险公司重视经营机构的产品和服务创新，其健康保险产品品种丰富，保障齐全，既为参加法定医疗保险的人群提供了补充型的健康保险产品，又为未参加法定医疗保险的人群提供了替代性产品。德国的健康保险对象主要是公职人员、高收入人群和私营企业主等。就 2020 年的参保情况来看，德国约有 10.5% 的居民既参加了法定医疗保险，又购买了商业健康补充医疗保险。

（三）以美国为代表的市场主导型健康保障模式

美国是当今世界发达国家中唯一没有实行全民医保的国家，但美国是世界上商业健康保险最发达的国家。在以市场为主导的健康保障模式中，美国把医疗服务看作一个产业，通过市场自发调节，仅对老人和有特殊疾病的人员实行医疗保障计划，对收入比贫困线高但又买不起商业保险的低收入家庭儿童实行儿童健康保险计划，对穷人和失能者实行医疗救助计划，这些属于社会保险性质的医疗保障，其他人则完全由市场提供医疗保障。

美国的健康保险体系主要分为社会保险体系和商业健康保险体系，其中，商业健康保险为主导，社会保险计划为辅助。美国的社会保险计划实行补缺型的医疗制度，覆盖范围较窄，绝大部分人群都不在社保范围之内。通常情况下，美国的在职员工都是在商业保险公司购买商业健康保险作为基本医疗保障。而且，美国政府也通过税收政策鼓励雇主为其员工购买商业健康保险，为雇员购买医疗保险支出部分免征社会保险税和所得税。从发展情况来看，商业健康保险在美国保险市场中占主导地位，据统计，美国有 2/3 以上的公民购买了商业健康保险。成立于 1974 年的联

合健康集团（United Health Group）业务已经覆盖美国 50 个州和 130 个国家，是美国及至全球最大的商业健康保险公司，在 2020 年《财富》杂志发布的世界 500 强排行榜中位列第 15。截至 2020 年年底，该公司总资产达到 1 973 亿美元，净资产 683 亿美元，营业收入 2 571 亿美元。

三、我国健康保险的发展

我国的健康保险是随着 1949 年中国人民保险公司的成立而开始并逐步发展起来的。

（一）我国健康保险的发展历程

从 1949 年发展至今，我国商业健康保险的发展历程可概括为 5 个阶段。

1. 孕育阶段（1949—1979 年）

1949 年，随着新中国的诞生，我国成立了中国人民保险公司，这是国内第一家保险公司，简称中国人保。在这一阶段，与计划经济相适应，我国陆续建立了职工劳保医疗制度、机关事业单位的公费医疗和农村合作医疗等社会医疗保障制度。但从 1959 年起，我国国内的保险业务全部停办，只保留了部分对外的保险业务，那时商业健康保险发展基本上处于空白状态。

2. 恢复阶段（1980—1994 年）

党的十一届三中全会以后，经国务院批准，1980 年开始恢复国内的保险业务，1982 年中国人保开办了第一单商业健康险——上海市合作社职工医疗保险。随着市场经济的建立与发展，职工劳保医疗、机关事业单位的公费医疗逐渐与新的经济体制不相适应，我国政府开始了控制医疗费用、个人缴费等的尝试。1983 年，中国人保上海分公司为上海市 3.5 万名合作社职工提供了医疗保险，这正是在政府主导下，用商业保险方式解决健康保障问题的一种有效尝试。在此之后，很多地区也纷纷开始探索其他形式的医疗保险。1988 年，中国人保上海分公司开办了合资企业中国职工健康保险。1990 年，中国人民保险公司上海分公司又推出人工流产安康保险来配合我国计划生育基本国策。1990 年以后，中国太平洋保险公司、平安保险公司纷纷成立，在国内人身保险市场上进行竞争，这些公司陆续推出住院医疗保险、中小学平安保险附加医疗保险、综合医疗保险等健康保险险种。

1994 年，江苏省镇江市和江西省九江市开始“统账结合”城镇职工基本医疗保险制度改革试点工作。这一期间，中资商业保险公司也陆续成立，外资公司友邦人寿也在部分地区开展业务。

在这一阶段，伴随经济体制改革，社会医疗保障制度也在进行改革探索，对于健康保险来说，公众对保险的认识非常有限，对健康保险的需求不足；同时，健康保险公司数量有限，有效供给不足。人们对健康保险业务的重视程度不够，产品种类少，没有作为主营业务来销售，保障水平不高，健康保险发展比较缓慢。

3. 初步发展阶段（1995—2003年）

在这一时期，我国的健康保险获得了持续良好的发展，从事健康保险经营的主体不断增多，到2003年年底已达到60多家；健康保险公司开办的险种不断增加，自从1995年我国引入重大疾病保险后，各类商业健康保险产品竞相出现，包括住院安心险、团体高额医疗保险、综合保险、个人住院医疗保险等，开拓农村健康保险市场并推出分红型重疾险和保证续保医疗保险；健康保险公司的保费收入不断增长，份额不断扩大，截至2003年年底，健康保险的保费收入已达242亿元，占总保费收入的6.2%；健康保险经营的监管政策在不断完善，我国陆续出台了一些关于健康保险发展的指导意见和健康保险产品精算规定，推动了健康保险的规范化发展（见表1.3）。

表 1.3 1995—2003 年我国健康保险重要政策

年份	政策文件	主要内容或意义
1995年	引入重大疾病保险	对癌症、脑中风、心肌梗塞、冠状动脉绕道手术、尿毒症、瘫痪和重要器官移植等重大疾病提供保障
1998年	国务院颁发《国务院关于建立职工基本医疗保险制度的决定》	开始全面推行社会基本医疗保险制度改革，结束了实行40多年的公费、劳保医疗保障制度
2002年	全国人大通过了《中华人民共和国保险法的决定》	允许财险公司经营意外伤害险和短期健康险业务
2002年	中国保监会颁布了《关于加快健康保险发展的指导意见》	加强健康保险的专业化经营与管理
2003年	中国保监会颁布了《人身保险新型产品精算规定》	规定了人身保险新型产品技术标准，明确分红保险可以采取终身寿险、两全保险或年金保险的形式。保险公司不得将其他产品形式设计为分红保险

4. 专业化发展阶段（2004—2008年）

这一时期，在党和国家的高度重视下，我国的健康保险获得长足的发展。我国认真贯彻落实保监发〔2002〕130号文件，加强健康保险的专业化经营与管理，建立专业管理机构。2005年，我国第一家专业性健康保险公司成立，我国健康保险进入专业化发展阶段。随着关于保险业改革意见的落实，相关政策法规的出台，我国健康保险发展态势高涨，我国健康保险保费收入从2004年的257亿元，增长为2008年的585.46亿元（见表1.4）。

表 1.4 2004—2008 年我国健康保险重要政策

年份	政策文件	主要内容或意义
2005 年	我国成立第一家专业性健康保险公司——中国人民健康保险股份有限公司	标志着健康保险进入专业化经营阶段
2006 年	国务院下发《国务院关于保险业改革的若干意见》	明确指出，商业保险是社会保障体系的重要组成部分，并要求加强对专业健康保险公司的扶持力度，促进商业健康保险的发展
2006 年	中国保监会颁布了《健康保险管理办法》	我国第一部专门规范健康保险业务的部门规章，统一财险公司、寿险公司、专业健康保险公司在健康保险业务经营上的监管标准
2007 年	中国保险行业协会与中医师协会共同制定《重大疾病保险的疾病定义使用规范》	保护消费者合法权益，提升重大疾病保险产品供给质量
2008 年	中国保监会颁布了《关于健康保障委托管理业务有关事项的通知》	规定了保险公司开展健康保障委托管理业务的有关事项

5. 转型快速发展阶段（2009 年至今）

伴随新一轮医改的不断深入和国家一系列健康保险政策的颁布，我国健康保险的发展迎来了新的契机。相关制度建设不断完善，相关法律法规及政策的出台为健康保险事业的发展打下了坚实的基础，有力促进了健康保险行业的持续、健康、快速发展，因而健康保险在整个医疗保险体系中的作用也在不断加强（见表 1.5）。

表 1.5 2009 年至今我国健康保险重要政策、法规（部分）

年份	政策文件	主要内容或意义
2009 年	《中共中央国务院关于深化医药卫生体制改革的意见》	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
2013 年	《国务院关于促进健康服务业发展的若干意见》	明确提出，要“积极发展健康保险”“丰富商业健康保险产品”“发展多样化健康保险服务”
2014 年	《关于加快发展商业健康保险的若干意见》	鼓励医疗机构积极开发与健康管理服务相关的健康保险产品，加快发展医疗责任保险、医疗意外保险、探索发展多种形式的医疗执业保险等
2019 年	新修订《健康保险管理办法》	将“医疗意外险”纳入健康保险范畴，使健康保险的业务范围更趋合理

续表

年份	政策文件	主要内容或意义
2020年	《中国人身保险业重大疾病经验发生率表(2020)(征求意见稿)》	重大疾病经验发生率表修订有利于促进重疾险产品的定价更加科学合理
2020年	《重大疾病保险的疾病定义使用规范修订版(征求意见稿)》	使重疾险产品保险范围进一步扩展、赔付条件更为清晰合理,进一步夯实健康保险发展的数据基础和软实力建设
2020年	《基本医疗卫生与健康促进法》	明确商业健康保险在我国多层次的医疗保障体系的地位和作用
2021年	《关于规范短期健康保险业务有关问题的通知》	明确短期健康保险不得保证续保,规范保险金额,规范产品销售

(二) 我国健康保险的发展现状

随着我国经济的持续发展,社会保障体系的不断完善和医疗卫生体制改革的不断深入,健康保险相关政策的逐步配套和实施,我国健康保险市场呈现出良好的发展势头。

1. 健康保险发展水平不断提高

从保险金额来看,2020年我国健康保险保险金额达到1 833.1万亿元,同比增长50.27%;保单件数为145.8亿件,同比增长29.26%,由此可见,我国国民健康管理意识正在不断提升(见图1.2)。

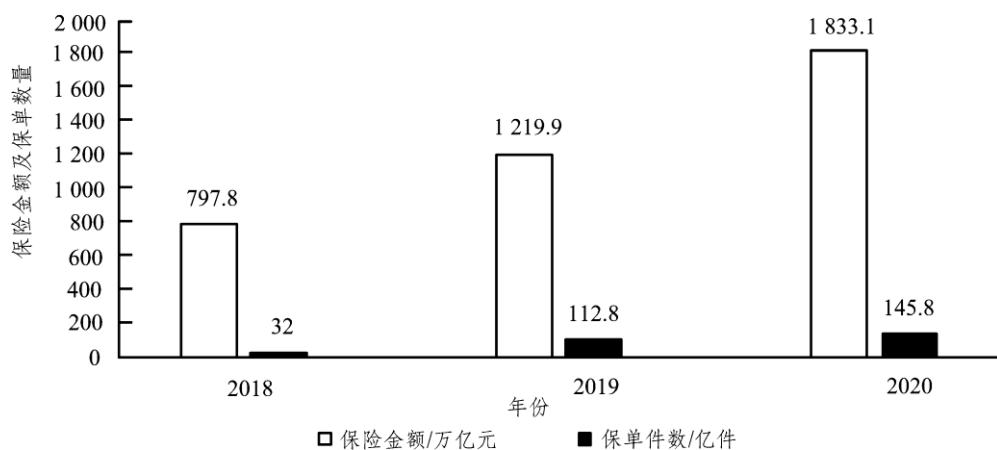


图 1.2 2018—2020 年我国健康保险保险金额及保单数量

资料来源:中国保险监督管理委员会,智研咨询整理。

从保险收入来看，虽然我国健康保险市场起步比较晚，在初期市场规模较小，但是发展势头强劲。我国的健康保险原保费从 2011 年的 691.7 亿元，增长到 2020 年的 8 173 亿美元，增长幅度高达 1081.58%（见图 1.3）。我国的健康保险业务已经成为保险公司新的保费增长点。

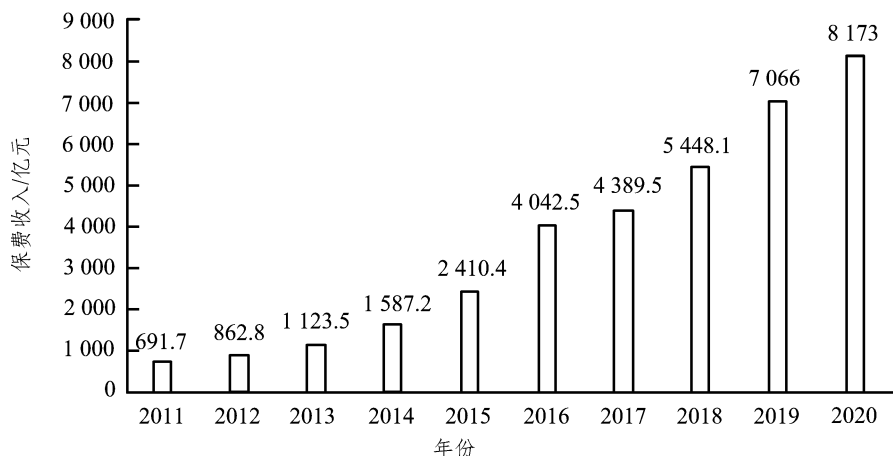


图 1.3 2011—2020 年我国健康保险原保费收入

资料来源：中国保险监督管理委员会，智研咨询整理。

从保费收入占保险行业总保费收入比例来看，我国健康保险保费收入占保险行业总保费收入的比例从 2011 年的 4.8% 上升到 2020 年的 18.1%，保持稳定的增长态势（见图 1.4）。当然，总体上看，我国的健康保险市场发展速度可观，但保费收入占保险行业总保费收入的比例依然不高，健康保险发展仍然面临产品供给不足，盈利难等挑战。

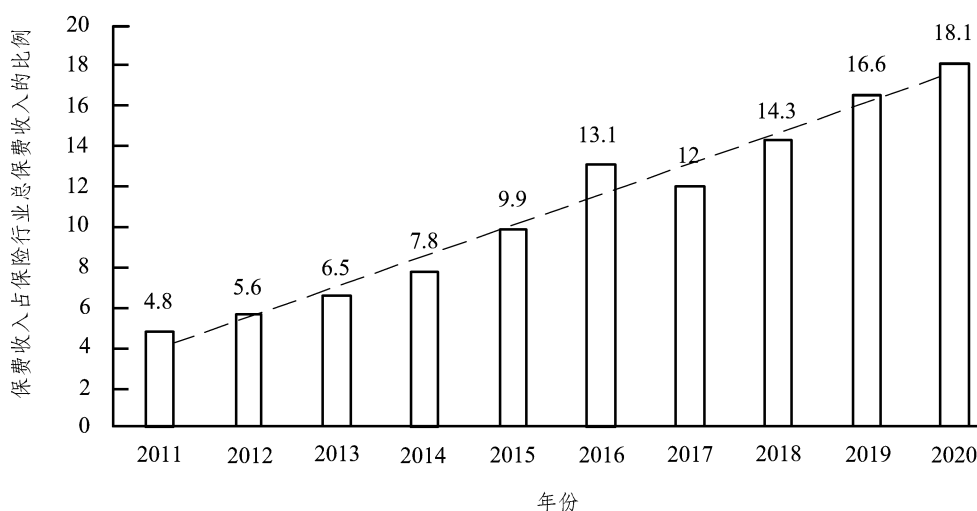


图 1.4 2011—2020 年我国健康保险原保费收入占保险行业总保费收入的比例

资料来源：中国保险监督管理委员会，智研咨询整理。

从保险密度和保险深度来看，2011—2020年，我国健康保险保险密度由2011年的51.4元/人上升到2020年的581.6元/人，较2019年同比增长15.2%（见图1.5和表1.6）。2020年，我国健康保险深度为0.8%。这说明伴随着居民健康意识的觉醒，国民在健康保障方面的投入正在快速稳步提高，健康保险市场规模也在增长。

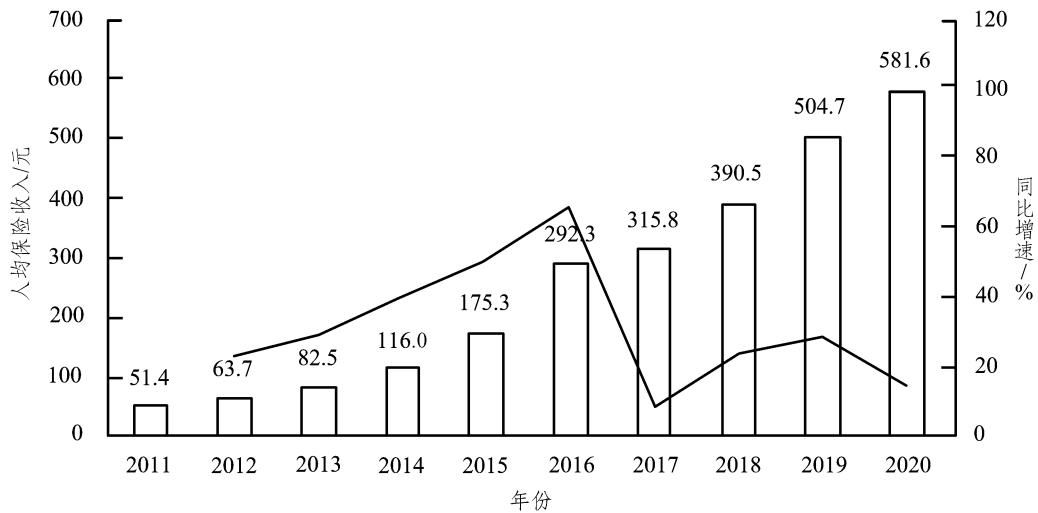


图 1.5 2011—2020 年我国健康保险保险密度变化

资料来源：中国保险监督管理委员会，智研咨询整理。

表 1.6 2011—2020 年我国健康保险保险密度变化

年份	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
健康险人均 保险收入/元	51.4	63.7	82.5	116	175.3	292.3	315.8	390.5	504.7	581.6
同比增速/%		24.1%	29.6%	40.5%	51.1%	66.7%	8.0%	23.7%	29.2%	15.2%

2. 保障能力不断增强

目前，我国的健康保险涵盖疾病预防、医疗服务、生育保障、医疗供给、失能护理、健康管理等多种保障范围。随着保险公司经营能力的不断提升，保费收入的稳定增长，随之而来的赔付支出也呈现不断上升趋势，2020年我国健康保险赔付支出已达到2921亿元（见图1.6）。

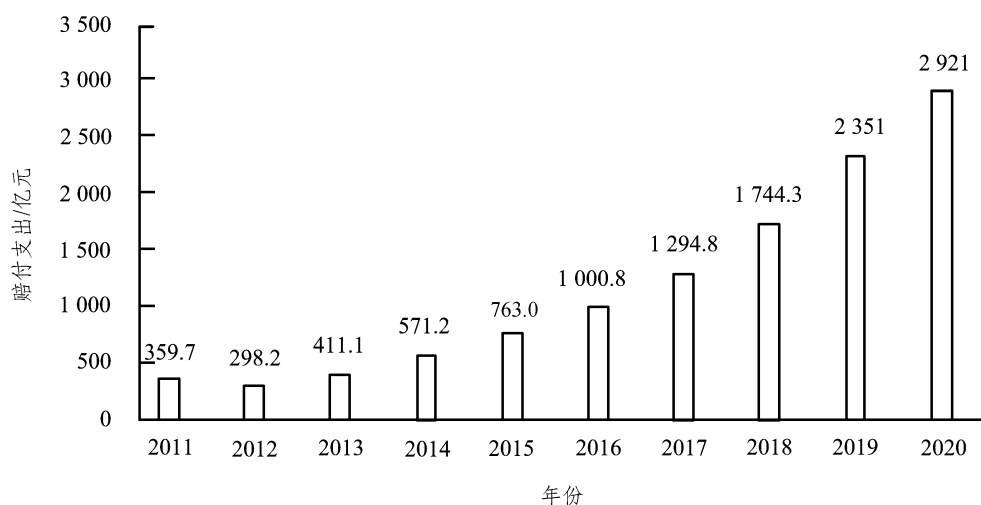


图 1.6 2011—2020 年我国健康保险赔付支出情况

资料来源：中国保险监督管理委员会，智研咨询整理。

3. 我国健康保险规模与产品数量持续增长

2015—2018 年，我国健康保险行业企业数量从 2015 年的 303 家上升到 2018 年的 391 家，2018 年保险业总资产 18 338.92 亿元，比 2017 年年底增长 9.45%。2020 年上半年寿险公司的健康保险保单件数同比增长 25.15%，财险公司健康保险保单件数同比增速高达 102.59%。从保险经营机构看，2020 年上半年新增健康医疗保险相关企业超过 1 200 家，较 2019 年同比增长 97.2%。在新增的健康医疗保险相关企业中，山东省数量最多，新增超过 150 家，河南次之，新增数量超过 120 家。可见，新增健康医疗保险企业存在地区差异。健康保险作为保障人民健康生活的重要手段，在助力国民健康战略实现方面发挥着重大作用。健康保险承保责任主要为疾病或意外事故引起的医疗行为，截至 2019 年，以疾病险为主的产品保费占比 64%，医疗险保费占比 35%，护理险、失能险规模有限，合计保费占比约 1%。2019 年 12 月 1 日实施的新修订的《健康保险管理办法》完善了健康保险的定义及业务种类，在原有的医疗保险、疾病保险、失能收入损失保险、护理保险的基础上增加了“医疗意外保险”，构成 5 大险种。目前，在售的商业健康保险产品已超过 5 000 种。健康保险定义范围的扩大、险种的增加，无疑为健康保险行业发展带来更大的机遇。

4. 服务领域上，保险业的资金融通和社会管理等核心功能不断完善

健康保险行业发展不仅为各类人群提供了商业保险产品和风险管理服务，还通过参与、经办等方式，承接了大量的政府委托业务。健康保险行业与人民健康福祉紧密相连，健康保险在保障和改善民生、疫情防控、技能帮扶方面都发挥了非常重要的作用。2018 年，国家医保局、财政部、国务院扶贫办印发的《医疗保障扶贫三年行动实施方案》中要求，到 2020 年实现农村贫困人口基本医保、大病保险、医疗救助覆盖率分别达到 100% 的任务目标。多家健康险保险公司积极响应国家医改号召，落实健康保险政策，每年度进行社会责任报告，积极开发更多的普惠产品，为

帮扶人员提供更多切实的保障。2020年1月,《关于促进社会服务领域商业保险发展的意见》指出,支持保险资金投资健康、养老等社会服务领域,为社会服务领域提供更多的融资,更好地为创新创业及民营、中小微企业发展服务。

5. 人群覆盖面上,保险业的直接参保和间接覆盖人群大幅提升

我国健康保险尤其是短期险的购买人员越来越多。根据保监会办公厅统计,2019年我国商业健康险个险占总商业健康险的81.1%,2019年保费收入达到5731亿元人民币,2016—2019年的3年年均复合平均增速达到20.9%,超过健康险团体险18.6%的增速。2020年新冠肺炎疫情发生后,在一定程度上促进了消费者对健康保险的关注,加之政策层面的宣传引导,保险市场的不断成熟,消费者对健康保险的认知将持续提高,健康保险覆盖的人群也会进一步扩大。据统计,在“十三五”期间,健康保险新增保单件超过16亿张,保额近300万亿元,健康保险赔付量达2.5亿人次,人民群众的获得感明显增强。

(三) 我国健康保险未来发展趋势

在国家的政策支持下,我国健康保险行业快速发展,但是目前健康保险供需矛盾未得到有效解决,仍存在产品单一、市场规模小、风险控制不完善、人才匮乏和监管水平有待提高等问题,阻碍了健康保险的高质量发展。

“十四五”时期,作为保险行业重要的增长点,健康保险应该从消费者的实际需求出发,增加健康保险产品的多元化、异质化,将“健康保险+健康管理”作为未来的发展方向,助力健康中国战略。新时期健康保险的发展要做好以下几项工作。首先,市场定位清晰化。健康保险不同于基本医疗保险,其属于自愿购买保险,需要根据市场的需求进行科学的市场细分、市场定位,针对每个目标市场采用不同的经营方式,针对不同医疗服务需求的目标群体,提供高层次、多样化的保障和服务。比如,对高医疗服务需求的人群提供高层次的保障,对于低收入群体可提供普惠的产品和服务,实现健康保险的普惠性,让处于各收入阶层的人群都能以合理的价格、能接受的方式购买他们需要的健康保险产品,为更多的人提供健康保障。其次,盈利空间科学性。健康保险行业的经营范围不仅包括健康保险产品的开发、定价与销售,未来的发展更需要与健康管理服务相结合,与医疗服务、药品供应相结合,共同构建大健康服务共同体、利益共同体,因此,需要在明确盈利方向的基础上进行,要形成协同效应。例如,对民众来说,购买健康保险确实能起到转移健康风险的作用,但在承保和投保过程中也存在道德风险和逆向选择现象,要从观念上建立买保险并不是为了想得到赔偿,而是希望自己处于健康状况,没有生病没有意外事故,不需要领赔款的意识。因此,就更应做好健康管理,减少健康风险的发生。再次,战略合作广泛性。健康保险专业化经营可以通过战略性购买使有限的资金产生更大的运行效益。健康保险不仅要与社会保险合作,还可以与医疗、体检、护理机构进行合作,与健康产业深度融合,渗透在大健康的产业链、服务链和生态圈中,积极探索基本医保未涵盖的药品和医疗费用领域的健康保险,扩大健康保险的服务空

间。除此之外，应实现医疗、医药、保险的高度整合，积极探索建立医疗、医药和保险综合服务体系。最后，技术应用高效性。通过建立各类客户的健康大数据，有效解决健康保险产品提供针对性不强的问题，避免同质化竞争以及信息不对称引起逆向选择问题，实现有效管控健康风险的目标。总之，在市场目标定位清晰、盈利方向科学的基础上，完善健康保险产业布局，通过有效应用健康大数据来加大对健康保险专业化的监管，推动我国健康保险的高质量发展。



本章小结

健康不是仅指一个人身体有没有出现疾病或虚弱现象，而是指一个人生理上、心理上和社会上的完好状态。

健康风险指人的身体健康或者健全程度，以及心理、社会适应能力以及道德等方面的一切不确定性，具体影响因素不仅包括个人遗传、营养水平、受教育程度、职业类型、生活习惯，也包括家庭环境、社会环境、经济发展、医疗服务水平、卫生状况、社会道德风俗等非个体方面。健康风险的要素包括健康风险因素、健康风险事故、健康风险损失。健康风险的特征：频率高发性、人身伤害性、原因复杂性、社会蔓延性。

健康风险管理是指个人或者经济单位通过对各类健康风险的认识，综合分析和衡量疾病或残疾发生概率以及损害的后果，选择并执行合适的健康风险处理方法，以最小的代价获得最大保障的管理活动。健康风险处理的方法有自留健康风险、预防健康风险、抑制健康风险、转移健康风险。健康风险管理的程序包括：健康风险识别、风险衡量、风险处理、风险管理评估。

健康保险指以人的身体为保险标的，由保险公司为被保险人因某种健康因素发生疾病或者遭受意外伤害时产生的医疗费用或者收入损失提供补偿的一种人身保险，主要包括医疗保险、疾病保险、失能收入损失保险、护理保险以及医疗意外保险等。其特征包括健康保险标的、保险事故的特殊性；健康保险承保风险的难以测定性；健康保险承保条件的高标准性；健康保险费率确定方式的复杂性；健康保险保险期限的短期性；健康保险给付方式的补偿性和给付性。

健康保险按保障内容划分，分为医疗保险、疾病保险、失能收入损失保险、护理保险以及医疗意外保险；按照保险期限的长短划分，分为长期健康保险和短期健康保险；按照保险金的给付性质划分，分为费用补偿型、定额给付型、津贴给付型；按照投保方式划分，分为个人健康保险和团体健康保险；按照承保条件划分，分为健康体健康保险、次健体健康保险和特殊疾病健康保险；按续保条件划分，分为不可续保健康保险、条件性续保健康保险和保证续保健康保险。

健康保险的作用，从宏观层面来看，它具有维护社会稳定、减轻财政压力、完善我国医疗保障体系的作用；从微观层面来看，它能减轻个人和家庭负担、促进企业的健康发展。

健康保险在我国的发展经历了5个阶段，随着经济的持续发展，健康保险相关

政策的颁布与实施,我国健康保险发展势头良好,但依然存在问题,需要在市场目标定位清晰、盈利方向科学的基础上,完善健康保险产业布局,通过有效应用健康大数据来加大对健康保险专业化的监管,推动我国健康保险的高质量发展。



复习思考题

1. 如何理解健康?
2. 健康风险的概念、要素及特征是什么?
3. 如何理解健康风险管理? 如何进行健康风险管理?
4. 什么是健康保险? 它具有哪些特征?
5. 健康保险的分类有哪些?
6. 简述健康保险的作用。
7. 简述我国健康保险发展情况以及未来我国健康保险的发展趋势。



案例分析

商保发展需把握“3个度”

基本医疗保险和商业健康保险是多层次医疗保障体系的重要组成部分。经过 20 多年发展,中国社会医保已基本实现全覆盖,保障水平不断提高,取得举世瞩目的成就。与此同时,伴随着覆盖全民的基本医保制度的全面建立,商业健康保险也得到迅猛发展,2011—2020 年我国商业健康保险原保费收入年均增速达 31.57%,2020 年保费规模达 8 173 亿元,已经成为增速最快、最受客户关注的商业保险业务领域。目前,积极发展商业健康保险已经成为各界共识。但在如何处理商业健康保险与基本医保的关系,如何看待普惠险等商业保险产品等方面还存在一些认识上的分歧和误区,如不及时妥善处理,可能会影响基本医保和商业健康保险当前及长远发展。突出表现为,该如何把握基本医疗保险与商业健康保险之间相互关系的 3 个度。

1. 各自保障程度

基本医疗保险和商业健康保险两者当前和长远的结构关系,即各自保障程度该到什么程度,可到什么程度,涉及重大民生和产业制度安排。保障程度既涉及市场份额上的权重比较,也涉及保障范围与内容上的大小。

(1) 从基本关系上,一方面从保障程度看,存在商业医疗保险占比较大的商业医疗保险制度模式和社会医疗保险占比高的社会医疗保险制度模式的争议。另一方面,从相互关系上,要明确竞争关系和补充关系。

(2) 从当前状况来看,目前,我国医疗保障体系属于以社会保险(即基本医保)为主,商业保险为补充的制度模式。一是从支付规模看,目前基本医保占据绝对主导地位。二是从发展空间看,2020 年,个人卫生支出占全国卫生总费用的 27.66%,按照国际 10%左右占比标准来看,未来留给商业健康保险的发展空间接近 20%,商业健康保险新增市场规模有望超过 1.2 万亿元。三是从医疗保障制度发展历程看,

伴随医保改革，我国商业健康保险得到了快速发展，但总体看覆盖范围、业务规模有限，群众信任基础较为薄弱，对基本医保的补充作用还没有充分发挥出来。四是从我国政治制度和基本国情看，当前基本医保已经基本实现全民覆盖，未来基本医保的待遇水平将呈现渐进提升并趋于相对稳定的发展态势，基本医保之上的个性化、高端化的保障需求将更多依靠商业健康保险来解决。

(3) 发展趋势上，从今后发展看，随着我国经济进入新常态，基本医保待遇清单制度正式实施，基本医保为商业健康保险留下了充足的市场空间。在做好基本医保服务基础上，如何更好地鼓励和支持商业健康保险发展，是健康中国战略和我国多层次医疗保障体系建设的重大课题。

2. 相互参与程度

相互参与程度，直接体现社会医疗保险与商业健康保险之间的协同与竞争关系。我国社会医疗保险和商业健康保险的协同发展，大体可以分为3个阶段。第一阶段，2012年之前，在江苏太仓、广东湛江等地开展商业保险机构参与大病保险经办试点，以及在河南洛阳、新乡等地开展商业保险机构参与新农合及城镇居民基本医保经办的项目。第二阶段，2012—2020年，商业保险全方位参与基本医保阶段，以2012年开始实施城乡居民大病保险制度为主要标志。同时基本医保在部分城市创新支持和促进商业保险发展，如深圳、金华等。第三阶段，2020年以来，《中共中央 国务院关于深化医疗保障制度改革的意见》的发布，对多层次医疗保障体系建设提出明确要求，“社商”融合发展进入新阶段。研究基本医保及商业保险合理的相互参与程度，对于商业保险健康发展至关重要。

3. 宣传参照程度

目前，我国建成了覆盖全民的基本医疗保险制度。而商业健康保险在市场拓展过程中，部分商业保险机构以基本医保作为参照对象，将夸大宣传、虚假承诺、误导消费者等作为市场营销手段，不仅会损害宣传的客观性和认可度，也会对基本医保制度的权威性与公益性形成一定冲击，损害基本医保和商业保险协同发展环境。因此，商业健康保险尤其是普惠险等产品在宣传上应该处理好基本定位问题、待遇政策的理性宣传问题、权责关系的约定解读问题和明确个人责任问题，不得有意将商业保险与基本医保相混淆，为后续保障留下隐患。

基于上述3个度的分析和把握，下一步应将促进基本医疗保险与商业健康保险协同可持续发展作为医保改革的重要方向，加快建设中国特色多层次医疗保障体系。在推进基本医保全民覆盖目标实现过程中，按照党中央要求，在完善中国特色医疗保障制度顶层设计中，同步考虑促进商业健康保险发展并加强与基本医疗保险互补衔接，更好地满足参保群众多元化医疗保障需求，切实增强人民群众的获得感、满足感。同时依照法律法规规定加强监督管理，防范和化解风险，有效保护消费者合法权益。

资料来源：刘源. 商保发展需把握“3个度”[N]. 中国医疗保险，2021-10-11.

思考：谈谈我国商业健康保险未来的发展趋势以及工作重点。

提示：从健康保险目前存在的问题、总体发展战略等方面进行阐述。

