



全国高等学校医疗保险专业第一轮规划教材

# 健康保险核保与理赔

吴海波 陶四海 主编



科学出版社

全国高等学校医疗保险专业第一轮规划教材

# 健康保险核保与理赔

吴海波 陶四海 主 编

科 学 出 版 社

北 京

## 内 容 简 介

本书是“全国高等学校医疗保险专业第一轮规划教材”之一,在深入阐述健康保险发展现状及核保与理赔学科基础的前提下,重点介绍健康保险核保理赔理论与实务、健康保险欺诈及防范、健康保险项目管理等,并结合实际列举了若干健康保险核保与理赔的典型案例。作为一门实践性较强的学科,健康保险核保与理赔涵盖的知识点非常广泛,除保险与医学知识外,精算、法律、金融、统计方面的知识均有涉及。

本书可供高等医药院校的医疗保险、社会保障、卫生事业管理、预防医疗及保险等专业的本科生和研究生使用,也可供政府及社会保险经办机构中的相关人员参考。

### 图书在版编目(CIP)数据

健康保险核保与理赔 / 吴海波,陶四海主编. —北京:科学出版社,2015.5  
全国高等学校医疗保险专业第一轮规划教材

ISBN 978-7-03-044508-7

I. 健… II. ①吴… ②陶… III. 健康保险-理赔-高等学校-教材  
IV. F842.62

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2015)第 117883 号

责任编辑:刘 亚 郭海燕 / 责任校对:张怡君

责任印制:肖 兴 / 封面设计:陈 敬

版权所有,违者必究。未经本社许可,数字图书馆不得使用

**科学出版社** 出版

北京东黄城根北街 16 号

邮政编码:100717

<http://www.sciencep.com>

**铭浩彩色印装有限公司** 印刷

科学出版社发行 各地新华书店经销

\*

2015 年 6 月第 一 版 开本: 787×1092 1/16

2015 年 6 月第一次印刷 印张: 20 1/2

字数: 556 000

**定价: 54.00 元**

(如有印装质量问题,我社负责调换)

# 全国高等学校医疗保险专业 第一轮规划教材编写委员会

主任委员 王东进  
副主任委员 郭清 梁鸿 林闽钢  
总主编 周绿林  
副总主编 张晓 李绍华 姚东明 黑启明  
            吴涛 周尚成  
总编委 (以姓氏笔画为序)  
于彩霞 马蔚姝 王玫 王先菊  
王志中 王高玲 毛璞 刘同芾  
刘海兰 李钧 李君荣 李跃平  
吴静 吴海波 何梅 宋跃晋  
张开金 张美丽 金浪 周晓媛  
郑林 赵成文 胡月 俞彤  
柴云 陶四海 黄明安 彭美华  
覃朝晖 鲍勇 黎东生  
秘书 詹长春 郭海燕 刘亚

## 本书编委会

- 主 编** 吴海波 陶四海
- 副主编** 高长青 刘石柱 陈永成 刘海兰 卞太平
- 编 者** (按姓氏笔画排序)
- 王明慧(华北理工大学)
- 卞太平(东吴人寿保险股份有限公司)
- 方桂霞(安徽医科大学)
- 丛 亮(辽宁医学院)
- 朱 宏(江西中医药大学)
- 刘石柱(江苏大学)
- 刘海兰(广东医学院)
- 江乐盛(江西中医药大学)
- 李永强(江西中医药大学)
- 吴海波(江西中医药大学)
- 张翠萍(潍坊医学院)
- 陈永成(江西中医药大学)
- 金志英(萍乡市中级人民法院)
- 高长青(上海乐凡金融信息服务有限公司)
- 谈华浏(湖北医药学院)
- 陶四海(华北理工大学)
- 黄如意(潍坊医学院)
- 廖宇航(海南医学院)

# 全国高等学校医疗保险专业第一轮规划教材 出版说明

教材建设是专业建设中最基本的教学条件建设,直接关系到教学效果和人才培养质量。中国自20世纪80年代开始探索医疗保险制度改革之路,90年代启动试点和扩大试点范围,1998年国务院正式作出决定在全国建立城镇职工基本医疗保险制度,21世纪初开始新型农村合作医疗制度试点,随后又进行城镇居民基本医疗保险制度试点和建立城乡居民医疗救助制度。2009年开始的深化医药卫生体制改革(俗称“新医改”),使我国基本医疗保险制度建设得以迅猛发展,实现了历史性跨越。到目前为止,覆盖人数已达13亿人,95%的国民有了基本医疗保障,全民医保体系初步形成。

伴随着医疗保险事业的发展,我国医疗保险专业建设也走过了20年历程。目前全国已有约40所高校设立医疗保险专业(方向),这对教材建设提出了更高的要求。

为适应新时期医疗保险专业人才培养和高等医疗保险教育的需要,体现最新的教学改革成果,经相关核心高校商讨,决定编写全国高校医疗保险专业第一轮规划教材。2014年5月成立了“全国高等学校医疗保险专业第一轮规划教材编写委员会”,经编委会反复论证,确定了12门专业基础课和专业课作为该专业核心课程,并决定进行相关教材的编写。此后在全国范围内进行了主编、副主编、编者的申报遴选工作。2014年8月在江苏大学隆重召开“全国高等学校医疗保险专业第一轮规划教材主编、副主编聘任会暨全体编委会会议”,编写工作正式展开。

本次规划教材是我国第一套医疗保险专业系列教材,是医疗保险专业高教工作者20年集体智慧的结晶,必将对我国高等学校医疗保险专业建设和人才培养产生深远的影响。

全国高等学校医疗保险专业第一轮规划教材编写委员会

2015年5月10日

# 前 言

随着我国加入世界贸易组织和多层次全民医疗保障体系的建立,近年来商业健康保险获得了较好的发展。1998年之前,在国际成熟保险市场占有重要地位的商业健康保险在我国一直不被业界所重视,大多数保险公司只是将“健康保险”作为附加险来经营。1998年以后,情况大为改观,健康保险开始从附加险业务向主业转化;此后,健康保险开始逐渐步入正常发展轨道,不仅经营主体日益增多并逐步向专业化经营发展,市场规模更是逐年扩大。2005年之前,我国还没有一家专业健康保险公司,如今已成立了中国人民健康保险股份有限公司、平安健康保险股份有限公司、昆仑健康保险股份有限公司、和谐健康保险股份有限公司4家专业公司;同时,全国还有40多家寿险公司和20多家财险公司也在经营长期或短期商业健康保险业务。在健康保险经营主体不断增加的同时,保费收入更是连年递增。2005年,我国商业健康保费收入仅376.9亿元,人均不足30元。在人身保险保费收入中,健康保险保费收入仅占8.45%。经过10年的短暂发展,截止2014年年底,我国健康保险保费收入达到了创纪录的1587.18亿元,年均增速超过20%;健康保险保费收入占人身险保费收入比重也上升至12.5%。

未来健康保险是否还能实现可持续健康发展,做好核保与理赔工作是关键。核保与理赔是健康保险经营的核心环节。核保的本质是对可保风险的判断与选择,是承保条件与风险状况适应或匹配的过程。保险公司以经营与管理风险为主要特征,识别、控制和把握标的的风险,是保险企业的核心工作。核保人员通过对积累数据的分析判断,根据公司自身的财务和经营能力、对风险的接受程度、经营状况及市场情况,确定核保策略。核保工作对标的的选择及对承保条件的制订直接影响到保险企业业务质量的高低和盈利的大小,是保险企业防范经营风险的第一关,也是最重要的一关。理赔是受理报案、现场查勘、责任判定、损失核定及赔案缮制、赔款支付的过程,核心是审核保险责任和核定保险赔偿额度与事项,具体体现为保险合同的履行。保险公司要保证赔得准确、快捷、合理,让客户满意,这完全取决于合理的理赔流程、理赔技术和理赔人员的素质。此外,理赔水平的高低也直接影响公司的赔付率和最终的盈利状况。“核保”与“理赔”每天都在发生,保险公司现金流主要通过“核保”与“理赔”两个环节进行运作,核保理赔工作正是处在保险企业“收”和“支”两条大动脉的重要关口上,把握着公司命脉。总的来说,核保理赔在保险企业的风险控制能力、盈利能力和企业信誉的建立等方面起着关键作用。由此可见,建立一支高素质的核保理赔人才队伍可谓意义重大。然而目前市场上适宜上述人才培养需求的相关教材却很少。据统计,从2006年迄今,全国只出版过一部各高校相关专业通用教材,即张洪涛、王国良主编的《保险核保与理赔》。此外,部分保险机构也曾主持编撰过类似的内部培训教材,如欧阳天娜主编的《人寿保险理赔概论》、王大年主编的《现代保险医学与寿险核保理赔通用手册》等。上述教材都是2006年编著,距今已近十年。十年来我国保险业经营、发展环境发生了非常大的变化。为了适应该变化,重新编撰一部相关教材,尤其专门针对健康保险的核保理赔教材可谓迫在眉睫。

编撰本教材的目的,就是要在现有相关教材基础上,结合健康保险业发展现状与需求,采取理论与实践相结合的架构,打造一本既适合高校教学所需,又能满足各保险公司、保险中介公司及其相关监管人员所求的通俗化、实用化精品教材。

本书内容丰富,有一定的理论深度,实务性强,有较广的适用性,社会需求大,可作为保险学、医疗保险、健康保险、精算等相关专业(或方向)的教学用书;也适合作为医保经办部门、保险机构的培训教材;同时也可作为致力于核保理赔研究和管理等人员的参考用书。具体而言,本书的主要读者

对象为：高等院校保险学、医疗保险（有的学校也称为“健康保险”）、精算专业（或方向）及有志于从事保险核保与理赔工作的其他专业的本科生和研究生（本科生宜在学过保险学、人身保险、保险法、内科学、外科学等保险学及医学基础课程后学习该课程，建议课时数63学时）；各保险公司的总经理、部门经理、营销经理、产品经理、核损人员、理赔人员等；各保险中介公司，尤其是公估公司从事核保理赔工作的相关人员。此外，相关监管工作者及部分保险类社会培训机构对本书也会有一定的需求。

本书的特色主要体现在两方面，一是重点突出了医学知识在本教材中的重要性。本书内容丰富，除保险知识外，还涉及数学、统计、法律、经济学等方面的知识。医学知识更是本书的重中之重，某种程度甚至超过了保险知识的分量。同时值得注意的是，它并非是医学知识与保险知识的简单组合，而是突出两者的有机结合，寓医学知识于保险知识之中，融保险知识于医学知识之内，做到融会贯通、相得益彰。二是本书内容架构上采取了理论与实践相结合的方式进行编排。即每一章、每一节乃至每一个知识点都不是纯粹的理论解说，而是通过列举案例、病例的方式来加深读者对相关理论知识的了解。

本书是江西中医药大学、华北理工大学、江苏大学、安徽医科大学、广东医学院、湖北医药学院、潍坊医学院、海南医学院、东吴人寿保险股份有限公司、上海乐凡金融信息服务有限公司等高等院校和金融保险机构20位同仁共同努力的结果。具体写作分工如下：第一章由丛亮、陶四海、吴海波负责撰写；第二章由江乐盛、陈永成、金志英、谈华浏负责撰写；第三章由方桂霞、刘海兰、卞太平负责撰写；第四章由方桂霞、刘海兰、卞太平负责撰写；第五章由江乐盛、刘石柱、江翠萍、黄如意负责撰写；第六章由高长青、王明慧负责撰写，第七章由朱宏、李永强负责撰写；第八章由廖宇航、谈华浏负责撰写；第九章由高长青、谈华浏负责撰写。附录由江乐盛、吴海波负责节选收录。

本书在编写过程中参考了国内外大量的论著和教材，同时还吸收了一些专家学者的科研成果和论点，在此谨表谢意。同时，本书的编写还得到了科学出版社的领导和编辑们的大力支持和帮助，得到了“全国医疗保险专业系列教材”编委会周绿林教授等的鼓励和支持，得到了全体编撰作者所在单位领导和同事们的关心和协助；安徽医科大学卫生管理学院研究生疏金平同学、江西中医药大学经济与管理学院研究生蔡辉、严建阳同学为本书的编辑、校对做了大量有益的工作，在此一并表示感谢。

相对于保险领域的其他教材而言，健康保险核保理赔方面的教材要少得多，因此，其理论体系、研究方法、知识架构等都有待进一步探讨，而且随着健康保险经营环境的不断变化，健康保险核保理赔的实践也将出现新的内容，其理论也将不断创新、完善。由于时间仓促，再加上作者水平有限，书中不当及欠妥之处在所难免，希望同行专家与广大读者多加批评指正。

吴海波  
2015年3月



# 目 录

第一章 绪论 .....	(1)	第六节 神经系统疾病的核保 .....	(121)
第一节 健康保险的发展历程与趋向 ..	(1)	第七节 泌尿系统疾病的核保 .....	(124)
第二节 健康保险核保与理赔的研究 对象 .....	(14)	第八节 生殖系统疾病的核保 .....	(127)
第三节 健康保险核保与理赔的研究 内容 .....	(17)	第九节 特殊核保实务 .....	(131)
第四节 健康保险核保与理赔的学科 定位 .....	(20)	第五章 健康保险理赔理论 .....	(133)
第五节 健康保险核保与理赔的结构 体系 .....	(22)	第一节 健康保险理赔原理 .....	(133)
第二章 核保与理赔的学科基础 .....	(24)	第二节 健康保险理赔程序 .....	(143)
第一节 核保与理赔的医学基础 .....	(24)	第三节 健康保险理赔管理 .....	(154)
第二节 核保与理赔的精算基础 .....	(41)	第六章 健康保险理赔实务 .....	(162)
第三节 核保与理赔的法律基础 .....	(51)	第一节 疾病保险理赔 .....	(162)
第四节 核保与理赔的信息基础 .....	(58)	第二节 医疗保险理赔 .....	(170)
第三章 健康保险核保理论 .....	(61)	第三节 失能保险理赔 .....	(185)
第一节 健康保险核保原理 .....	(61)	第四节 护理保险理赔 .....	(190)
第二节 健康保险核保管理 .....	(64)	第七章 健康保险欺诈及其防范 .....	(197)
第三节 健康保险核保环节 .....	(67)	第一节 健康保险欺诈概述 .....	(197)
第四节 健康保险核保信息与风险因素 .....	(75)	第二节 健康保险欺诈的表现形式 ..	(201)
第五节 健康保险的核保结论 .....	(85)	第三节 健康保险欺诈的防范 .....	(210)
第四章 健康保险核保实务 .....	(88)	第八章 健康保险项目管理 .....	(216)
第一节 心血管系统疾病的核保 .....	(88)	第一节 健康保险项目概论 .....	(216)
第二节 呼吸系统疾病的核保 .....	(95)	第二节 健康保险项目管理技术 .....	(222)
第三节 消化系统疾病的核保 .....	(103)	第三节 健康保险项目管理实践 .....	(225)
第四节 内分泌系统疾病的核保 .....	(109)	第九章 健康保险核保与理赔典型案例 .....	(230)
第五节 运动系统疾病的核保 .....	(117)	第一节 健康保险核保案例 .....	(230)
		第二节 健康保险理赔案例 .....	(256)
		参考文献 .....	(314)
		附录 .....	(263)
		常用英汉词汇 .....	(315)

# 第一章

## 绪论



### 内容提要

人的健康是社会进步的重要标志,也是检验一个国家物质文明和精神文明建设效果的重要指标。健康风险纷繁复杂,具有发生频率较高、容易造成人身伤害及广泛的社会蔓延性等特点。伴随着不断变化的健康风险,人类社会风险管理的技术和水平也在不断提高。健康保险就是人类社会管理健康风险的重要手段与工具之一。本章节在介绍国内外健康保险发展历程、我国健康保险发展趋势的基础上,重点阐述了本教材的研究对象、研究内容、学科定位及其结构体系等。

### 第一节 健康保险的发展历程与趋向

人的健康是社会进步的重要标志,也是检验一个国家物质文明和精神文明建设效果的重要指标。随着我国经济的快速发展,人们的收入水平不断上升,对健康的关注度也在不断提高。每个人将对健康的追求作为个体发展的首要目标,是因为人的生命只有一次,同时生命质量及其价值实现的前提是健康。另外,健康也是重要的社会目标,国家和社会的重要职责是能够为社会成员提供有效的渠道和方式促进健康。1978年国际初级卫生保健大会在保障并增进世界所有人民健康而订立的《阿拉木图宣言》倡导:“健康是基本人权,达到尽可能高的健康水平,是世界范围的一项最重要的社会性目标。”因此,无论发达国家还是发展中国家,健康及卫生、卫生保健已经成为重要的经济问题和政治问题。

#### 一、健康风险与健康保险

##### (一) 健康风险

风险是损失发生的不确定性。风险可根据风险标的分为人身风险、财产风险、责任风险和信用风险。健康风险属于人身风险中的一种,包括疾病风险和残疾风险,主要是指由于疾病或意外导致人的健康受损而带来的经济损失的不确定性。

##### 1. 健康风险的特征

###### (1) 健康风险的成因复杂。

影响健康的因素纷繁复杂,主要包括:第一,不良的行为和生活方式会直接或间接对人的健康造成危害。如糖尿病、冠心病、高血压、结肠癌、肥胖症、获得性免疫缺陷综合征等现代社会常见健康风险因素都与行为和生活方式密切相关。第二,环境因素也会增大健康风险。环境因素强调人体与社会环境和自然环境的和谐统一,强调健康与环境 and 人类的发展问题不可分割。无论是自然环境还是社会制度、法律、经济、文化教育、人口和民族等社会环境,都是影响健康风险发展的重要因素。第三,生物学因素也是健康风险的重要成因。第四,医疗设施和制度的完善状况也作用于健康风险的

产生和发展。除此之外,一切不利于健康的因素都可能导致对健康乃至生命的危害。健康风险产生的根源确实是十分复杂的。

### (2) 健康风险的发生频率较高。

健康风险是发生频率较高的风险。由于影响健康的因素种类繁多,所以很多原因都可能造成健康风险。就自然界而言,自然灾害频发;就社会活动而言,各种意外和疾病都会造成程度不同的身体伤害。如果就疾病这一特定风险而言,对于个体和家庭来说,发生率也要远远高于其他风险。人们能够确定的是,健康风险是每个人都必须面对的损害因素,随着生存环境的不断恶化,危害人身健康的因素不断增加,都加大了健康风险的发生频率。

### (3) 健康风险能够造成人身伤害且难以计量。

健康风险作为自然人面对的常见风险,具有广泛的人身伤害性。一般而言,通常风险的发生直接造成的是财物损害,这种损害程度的大小可以用货币来衡量,并可以通过保险机制来进行赔付和补偿。而健康风险带来的往往是身体、精神及财富上的极大损害,无法用货币来衡量。

### (4) 健康风险具有广泛的社会蔓延性。

在健康风险中,疾病风险具有典型的社会传播性,尤以传染性疾病为典型代表。如肺结核、肝炎、非典型性肺炎等传染性疾病会依据不同的传播渠道在人与人之间进行传染。如果对于该类疾病风险不采取有效预防控制和治疗,很快将蔓延开来并造成较为严重的人身及社会危害。人类社会产生后,传染性疾病风险曾多次对某些国家或地区的人类生活造成严重危害。人类也不断进行对疾病风险的深入研究,采取相应措施予以管理和控制。

## 2. 健康风险管理

伴随着不断变化的风险,人类社会风险管理的技术和水平也不断进步。风险管理的手段主要有风险避免、风险控制、风险自留、风险预防、风险抑制及风险转移等。对于健康风险,采取公共预防措施防范健康风险是常用手段。在公共预防措施上,加大健康的宣传教育是首要手段。另外,可以采取防止健康风险的出现及蔓延。例如,改善生活环境;减少环境污染;建立卫生保险和预防机构;加强医疗手段的提高和疾病疫苗的研制,定期检查和接种疫苗,提高和增强人体免疫力等。另外,健康风险也可以通过保险转移机制来进行风险管理。所谓健康风险的转移,是指风险管理单位为了避免承担健康风险造成的损失,有意识地将风险转嫁给其他主体或者承保单位。健康保险作为转移健康风险的有效手段,成为风险管理单位转移风险的重要工具。

## (二) 健康保险

健康保险的起源可以追溯到古罗马时代,当时的许多会社和协会开始为其成员在遭遇工伤事故时提供一定数额的收入补偿。中世纪的英国和意大利的部分行会组织向会员提供多项救助,包括了疾病的补偿。在17世纪的欧洲,法律规定海员可以获得疾病保障,而士兵可以获得伤残保障。这些都是现代健康保险产生的条件和基础。19世纪,人寿保险公司进入了具有现代意义上的发展阶段,健康保险随着人寿保险发展的不断成熟而逐渐进入了人们的视野。早期的健康保险主要是个人健康保险,到20世纪初出现了团体健康保险。

### 1. 健康保险的含义

在我国,健康保险习惯上被称为医疗保险,健康保险的概念是近几年随着人们收入水平的提升和对健康重视程度的提高才开始为大众所普遍接受。广义的健康保险既包括了商业健康保险也包括了社会医疗保险,本教材主要论述商业健康保险,所以采用了狭义的健康保险定义。“商业健康保险是投保人与保险人双方在自愿的基础上订立合同,当出现合同中约定的保险事故时由保险人给付保险金的一种保险”。作为人身保险的一种,健康保险的保险标的是人的身体健康,承保责任包括由于疾病和意外伤害所导致的医疗费用的支出和收入损失,还包括被保险人因年老、疾病或伤残

而需要短期、长期护理而导致费用支出的经济补偿。更重要的意义是在发生不幸时,健康保险可以为被保险人带来希望。

2006年8月中华人民共和国保险监督管理委员会(简称保监会)颁布的《健康保险管理办法》,将商业健康保险定义为:“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原因导致的损失给付保险金的保险。其中疾病保险(disease insurance),是指以保险合同约定的疾病的发生为给付保险金条件的保险。医疗保险(medical insurance),是指以保险合同约定的医疗行为的发生为给付保险金条件,为被保险人接受诊疗期间的医疗费用支出提供保障的保险。失能收入损失保险(disability income insurance),是指以因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。护理保险(long-term care insurance),是指以因保险合同约定的日常生活能力障碍引发护理需要为给付保险金条件,为被保险人的护理支出提供保障的保险。”这是我国第一次对健康保险的经营做出明确规范,明确了在我国发展商业健康保险的要求,这一办法的出台对我国商业健康保险的发展具有标志性作用。

## 2. 健康保险的特征

健康保险作为人身保险的重要组成部分,具有人身保险的一般特征。但就其承保风险而言,健康保险与人寿保险和意外伤害保险相比,具有自身的特征。

### (1) 健康保险承保的保险事故具有特殊性。

健康保险是以人的身体作为保险标的,以被保险人在保险期限内因患病或意外所导致的医疗费用支出、收入损失为保险事故。而人寿保险是以人的生命作为保险标的,以被保险人生存或者死亡作为保险事故的人身保险。健康保险与人身意外伤害保险相比,虽然保险标的相同,但健康保险承保的保险事故更为广泛,不仅包括被保险人在保险期限内的意外导致就医费用支出和收入损失,还包括疾病、护理等原因导致的经济损失,两者既相互重合又相互区别,因此有些国家将意外险划归为健康保险的范畴。

### (2) 健康风险具有多变和难以预测的特点。

健康风险变化性强且不易规避,自然原因、社会原因及人类自身的原因都会导致健康风险。第一,自然原因,如地震、洪水等灾害导致健康的损害是难以管理和控制的。另外,随着年龄的自然增长,身体功能衰退也会发生病变。第二,社会原因,目前环境污染导致人体健康受损是不争的事实,食品安全也极大地威胁着人体的健康。随着交通工具的发展,人口流动出现大量、高频的特征,使得社会蔓延性更为突出,如传染病的蔓延速度和范围已在逐渐扩大。第三,人类自身的原因,人吃五谷杂粮难免会生病,再加上现代人常感到工作压力大,生活节奏过快,不仅会影响人的身体健康也增加了人们的精神负担,从而导致精神状态较差,也增加了意外事故发生的可能。此外,由于人类疾病谱的变化、电磁辐射等原因,健康风险更为复杂、多变。对于健康风险,人类的应对方式主要依赖科技和医疗的进步,但由于影响健康风险的成因复杂,评估健康风险的手段往往不会得出准确的结果。而且,在健康风险的评估中常涉及人为因素,如医疗费用的增长不仅取决于医疗成本的上升,有时还涉及医患勾结导致医疗费用的不合理支出,这些都会导致无法准确预测健康风险程度。

### (3) 健康保险的保险期限较短且承保条件严格。

在我国健康保险除少数特殊疾病保险外,一般为短期险种(多为1年)。以医疗费用保险为例,由于疾病种类日益增加,新药品不断开发,新医疗技术不断应用,导致医疗服务成本不断上涨。再加上我国健康保险市场还处于起步阶段,统计资料和经验数据有限,使得保险人很难计算出一个长期适用的保险费率,因而多采取短期合同。而个人寿险合同则多为长期合同,根据生命周期理论在整个缴费期间收取均衡的保险费率。

另外,由于健康风险的多变及不可预测性,保险公司承保风险较大,因而在风险选择的过程中往

往加大核保力度及设计严格的承保条件。以重大疾病保险为例,投保时要对被保险人的风险进行严格审查,需要投保人详细申报有关被保险人身体健康方面的重要信息。此外,健康保险通常要规定观察期条款,投保人缴纳保费的一段时间以后(通常为90天到1年)保单才产生效力,主要目的是防止已患有疾病的人投保。

#### (4) 健康保险定价技术复杂。

健康保险的保险费率精算技术与人寿保险相比更为复杂,不仅要考虑患病率、发病率、残疾发生率、费用率、利率等影响因素,而且与被保险人性别、年龄、职业、生活习惯、家族病史、当地环境,以及医疗技术水平等息息相关。而人寿保险产品定价则主要考虑死亡率、费用率和利息率。基于影响因素的复杂性,健康保险的精算技术属于非寿险精算的范畴。同时健康保险在经营过程中,尤其在核保、理赔步骤中还需要涉及很多医药学专业问题。因此其费率的核算除了要考虑以往的经验数据和统计资料外,还需要相关精算人员在核算保险费率时充分考虑可保疾病患病率、检查诊疗必要性及医药费用的合理性等,这些都需要有专业的医药学人才进行协助。

#### (5) 健康保险市场经营风险特殊。

健康保险的逆向选择和道德风险问题更为突出。由于健康保险的赔付是以医疗服务提供者所提供的单证作为凭据,以此作为补偿的基础。从保险消费者的角度,投保人由于购买了保险会倾向于做更多无必要的检查和治疗,不仅导致过度的医疗费用支出的增加,同时浪费医疗资源。此外,被保险人带病投保,伪造医疗费用收据、小病大医及一人投保全家受益等现象也时有发生。从医疗服务提供机构角度,医生也会出于利益动机与患者共谋,让患者做更多的检查,延长就诊时间,从而浪费了医疗资源。或者出于避免误诊或者遭到投诉等原因,向患者推荐较为高价的但非必要的医疗服务,“小病大医”的现象、搭便车现象突出。因此健康保险的核保、理赔要比人寿和意外伤害保险更为严格,才能有效降低逆向选择和道德风险的发生。

#### (6) 健康保险主要采用补偿性给付方式。

在我国,健康保险大多采用补偿性合同,因此保险人享有代位求偿权。保险事故发生后经过核赔,保险人在扣除免赔额和共保部分,以及合同规定的应由被保险人承担的金额,并在最高责任限额内进行赔付。当保险责任为第三方责任时,保险公司只需赔偿第三方赔付后的差额部分,如果保险人已代为支付全部费用,则保险人享有代位求偿权。可见,健康保险强调的是对被保险人因伤病所致的医疗费用支出、失能收入损失及护理费用提供经济上的损失补偿,因而保险人享有代位追偿权。而人寿保险和人身意外伤害保险是从人的生命和健康是无价的角度,以定额给付形式给付保险金,不具备损失补偿的特征,因而不享有代位求偿权。具体说来,人寿保险是在被保险人因为疾病或合同约定事故死亡享有合同规定的保险金,保险人履行一次性给付保险金的义务。而当被保险人由于遭遇意外伤害导致死亡或者残疾时,人身意外伤害保险则按合同约定一次性给付死亡和残疾保险金。在健康保险中,疾病保险往往具有给付性质,因此不适用补偿条款,也无法适用代位追偿。

### 3. 健康保险的作用

#### (1) 维护个人、家庭及企业的稳定。

首先,转移个人的健康风险,减轻个人及家庭的经济负担。通过医疗保险和疾病保险分担被保险人由于疾病或意外事故而导致的医疗费用支出及提供住院补偿、门诊医疗补贴等;通过收入损失保险补偿被保险人由于疾病、伤残而导致的失能收入的损失;并且可以护理保险的形式补偿其在治疗或者恢复过程中及年老时所需的护理费用,在经济上给予患者及其家庭支持。有效保障和维护个人及家庭成员的正常生活、学习,从而有效减少“因病返贫,因病致贫”的现象。此外,保险人通过引入健康管理,积极主动地开展健康宣传、健康教育,为顾客提供健康知识,倡导健康生活理念;通过健康咨询、健康问题指导、定期体检、注射疫苗等健康管理服务提高客户健康水平。

其次,健康保险通过合同的形式明确投保人和保险人的权利与义务,再加上再保险制度的支持,

其稳定性更强,不易受到国家政策、经济波动等因素的干扰。此外,商业保险公司风险管理经验丰富,可以在一定程度上为消费者提供风险管理技术,以及更为完善的健康管理服务。

再次,健康保险的覆盖范围广泛,保障程度深。既可以为没有参与社会医疗保险的群体提供医疗保障,又可以有效补充社会医疗保险的缺口,如失能收入损失、护理费用支出等。因此,商业健康保险以其特有的专业化、个性化、多样化的产品为顾客提供更贴近个人需求的保险保障。

最后,企业以团体保险的形式购买健康保险。不但可以提升企业形象,而且提高了职工的福利,给职工提供更好的保障,从而增加员工的归属感,减少人员流动,有利于企业的长远发展。此外,企业通过购买团体健康保险,可以免于建立职工健康自保集团,减轻企业的财政负担。

### (2) 促进医疗机构服务水平的提高。

经营健康保险的保险公司积极寻求与医疗机构的深入合作可以在多层次促进我国医疗水平的提高。一方面,保险人通过招标、医疗机构自荐、患者投票等多种形式选择定点医疗机构合作,将竞争机制引入到我国医疗服务市场。打破我国医疗服务机构垄断竞争的格局,提高医疗服务机构运行效率,节约医疗资源。另一方面,长期以来我国医疗服务水平、医疗服务费用及药品价格都是由医疗服务机构和国家相关部门决定的。患者检查、用药及治疗过程则由医生决定,“以药养医”、“大检查”的顽疾难以根治,而作为付费方的保险人、社会保险(简称社保)部门及患者只能被动接受。大力发展商业健康保险,实现保险人与医疗服务机构的合作。通过选择定点医疗、设立驻院办公室、直接投资医疗服务机构等形式建立付费方和服务方的双向监督体制,整合医疗资源,提高利用效率,规范医疗服务的数量、价格,进而提高我国医疗服务整体水平。

此外,保险公司凭借其雄厚的经济实力和完善的信息系统可以为医疗机构的科研提供资金支持和数据资料。而且出于健康保险经营过程中健康管理服务的需要,健康保险的发展还会进一步带动我国预防医学及医疗保健水平的发展。

### (3) 完善我国的社会医疗保障体系。

首先,健康保险可以在不同层面与社会基本医疗保险进行合作,补充社会医疗保险的保障缺口,从制度层面完善我国社会医疗保障体系。同时社会医疗保险的高速发展更带动了健康保险市场的发展。2009年《中共中央国务院关于深化医药卫生体制改革的意见》中指出:“积极发展商业健康保险。鼓励商业保险机构开发适应不同需要的健康保险产品,简化理赔手续,方便群众,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形式的补充保险解决基本医疗保障之外的需求。”健康保险可以提供保障范围更广泛,保险产品更丰富,覆盖区域更全面的医疗保障。

其次,大力发展健康保险,在有效减轻社会医疗保险部门财政负担的同时,可以筹措医疗资金以完善我国多层次社会医疗保障体系。一是通过引入健康保险的专业化投资管理技术,有效提高社保部门财政投入的使用效率,加强保险基金的经营。二是采用健康保险专业化的精算技术,制定合理的社会基本医疗保险自付比例,实现医疗保障水平和政府财政支出的最优组合。改善以往我国实施个人负担比例较低的公费医疗制度而导致的医疗资源浪费与过度使用,从而使得医疗费用的增长速度不悖于国家财政收入的增长速度。三是采取更为严格的理赔制度,有效监督保险消费者和医疗服务提供者的行为,降低医疗费用的增长速度。

再次,健康保险的发展可以提高医疗卫生服务的可及性。一方面为城镇职工基本医疗保险制度、城镇居民基本医疗保险制度和新型农村合作医疗制度的建设提供专业技术和人才支持。另一方面,通过利用保险公司分支机构繁多,覆盖地域广泛的特点,与当地诊所、社区医疗、卫生所等基层医疗卫生服务机构合作,与三级甲等医院联网,实现不出村甚至不出家门的医疗卫生服务。

最后,满足客户不同的健康保险消费需求,提供多样化的保险产品。针对未参加基本医疗保险的客户,商业健康保险可以提供替代程度较高的医疗保障,如住院保险、门诊医疗保险等。而对于社会医疗保险已经覆盖的人群,保险公司可以通过不同投保人对风险的态度、个人收支状况及身体健

康水平等方面存在的差异进行分类,商业健康保险可以为其提供更具个性化的健康保险产品及管理服务。

## 二、国外健康保险的发展历程

现代意义上的健康保险的发展距今已有一百多年,在西方发达国家,商业健康保险已经成为保险公司主要的保费收入来源。在美国,有两亿多人的健康风险保障是通过商业健康保险实现的。即便是以完备的社会保障著称的德国,也拥有几十家专业健康保险公司,拥有商业健康保险的人数接近总人口的10%。纵观世界健康保险的发展历程,主要经过了疾病保险、医疗保险和健康管理三个历史发展阶段。

### (一) 疾病保险(19世纪中叶~20世纪初)

现代健康保险于19世纪在英国产生,欧洲是健康保险的起源地。健康保险源于意外伤害保险,在19世纪中叶的工业革命以后,蒸汽机车频发意外事故影响了铁路部门的运营效率。由此,英国铁路运输部门于1948年成立了“伦敦铁路旅客保险公司”,首次为铁路运输导致的意外伤害提供保险。乘客购买车票的票根附有一张简易保险单,用来承保被保险人在乘坐火车期间发生的意外事故。随后,英国和美国等的其他公司也相继开展了类似业务。随着保障范围的不断扩大,保险责任由意外扩展到了疾病。19世纪中叶,美国签发首份疾病保险单。1849年,美国马萨诸塞波士顿健康保险公司开办疾病保险,补偿被保险人因生病所需的费用及被保险人因疾病无法工作的收入损失。但当时疾病保险的发展远远不如意外险开展的那样广泛。19世纪末,美国Fidelity人寿与意外保险公司办理一种意外事故与疾病相结合的保单,仅保障15种指定的疾病,而且设置了类似于今天健康保险中常见的“观察期”条款,发生疾病的前7天不能得到保险公司的赔付,而且保险金的给付不能超过26周。1900年,美国纽约州的优良意外保险公司把建立在年金基础上的意外伤害和疾病保险引进英国,并且很快普及开来,这种保险尤其受到个体经营者的欢迎。之后英国财产相互保险公司与十字军骑士保险股份有限公司成功推广了由保险代理人上门收取保费的意外险及疾病保险。早期健康保险主要是个人险,首份健康团险保单由美国的Montgomery Ward and Company于1910年签发,由雇主缴纳保费,保障其雇员因疾病和意外伤害不能工作时的每周报酬。

总结这一阶段的健康保险的发展,主要具有三个特点。

#### 1. 健康保险的覆盖面窄

在健康保险发展初期,由于在世界工业革命的大背景下,主要购买疾病保险的群体是雇用技术工人的企业雇主,主要是转移了雇主因雇员发生疾病或意外导致收入损失的风险。在当时的健康保险中,并没有涵盖城市居民和农民,覆盖范围比较狭窄。

#### 2. 保费的缴纳主要由雇主承担

由于当时疾病保险的需求方主要是企业雇主,所以保费的负担者也是为雇员投保疾病保险和意外险的企业雇主。当被保险人由于疾病导致费用支出和收入减少时,能够由保险公司进行费用补偿。所以疾病保险的发展也相对较慢,保障的内容也比较少。

#### 3. 健康保险保障程度低

在健康保险发展的初期,由于覆盖人群少,且保费支付来源单一,导致被保险人承担的风险也极为有限。当时主要的疾病保险以承担疾病导致的费用支出为主,但分类较为粗糙,赔偿限额较低。总体来看,转移风险的质量比较低下,而且保险责任包含的内容也相对简单。

### (二) 医疗保险(20世纪初~20世纪60年代)

疾病保险保障内容的单一化不能够满足市场的保险需求,综合性的医疗保险应运而生。1915

年,英国的伤害保险给付已经包括了住院、内外科治疗和看护费用,1920年开始出现团体伤害与疾病保险。从欧洲到美国,医疗保险的发展速度很快,经过一段时间,健康保险的保障范围已经从单一的疾病保障拓展到医疗费用、失能收入损失、护理费用保障等众多方面。

随着发达国家健康保险制度的建立和发展,这一医疗保险模式也为一些发展中国家所借鉴。一直到20世纪50年代,健康保险制度进入了快速成长阶段。这一时期,健康护理、家庭津贴等覆盖范围不断扩大。1942年英国贝弗里奇计划勾画了“第二次世界大战”后英国社会保障(健康保险制度)蓝图;1953年,美国成立健康、教育和福利部。20世纪50年代后,随着“第二次世界大战”后资本主义国家经济的快速恢复和发展,政治上少数民族、妇女、残疾人等民权、社会权利的提升等,各国不断加大公共支出占GDP的比重,拓展疾病、护理、收入等保障计划的范围和补偿额度,健全健康保障相关制度,如1966年英国成立新的社会保障部、1965年美国实行医疗保险和医疗救助制度等,健康保险制度逐渐进入成熟阶段。

这一阶段健康保险的发展具有三个特点。

### 1. 健康保险的保障范围逐渐扩大

在这一阶段,健康保险已经由单一的疾病保障,逐步扩展到医疗费用补偿、失能收入损失补偿、护理费用补偿等众多领域,从而出现了医疗保险、收入损失保险、护理保险等众多险种。但在20世纪初期,健康保险的覆盖人群较之上一阶段没有显著变化,仍然仅局限于企业雇主为雇员寻求保障的部分人群。

### 2. 健康保险的实施方式有所改变

在健康保险发展的初期,基本都以商业性保险为主,企业雇主自愿投保。而在健康保险发展的第二阶段,出现了以社会医疗保险为运行机制的强制性健康保险。1883年,德国俾斯麦政府颁布世界上第一部社会保险法——《医疗保障法》,在健康保险制度发展中具有划时代的意义。通过这项法令,健康保险制度由企业雇主的个人行为上升为国家意志,推动了健康保险覆盖人群的扩大,使部分低收入者能够参加到国家保险计划中。另外,在社会医疗保险运行中,所承保的风险程度多取决于保障覆盖率,而不再是收取保险费的数量,因而对参与健康保险计划的人群不再进行风险评估和排除,体现出一种普惠的性质。

### 3. 健康保险的覆盖范围逐渐扩大

随着健康保险制度的不断发展,健康保险的保障人群得到快速增涨。一方面,以一国而言,国内参保人群由原有的企业雇主选择商业性保险保障扩大到符合条件的劳动者参与社会医疗保险的保障。另一方面,健康保险制度也从一个国家向众多国家扩展。在这个意义上,健康保险制度成为一种全球化的视角和战略,着力于为全体社会成员提供合适的医疗服务。到20世纪70年代,欧洲发达国家基本建立了全面覆盖的健康保险制度,并且这一制度也成为福利国家的重要内容;以苏维埃社会主义共和国联盟为首的东欧社会主义国家则建立了以免费医疗为特色的国家福利制度;与此同时,日本、韩国等亚洲国家也结合自身实际,建立了以全面覆盖为目标的健康保险制度体系;在世界卫生组织的推动下,通过“初级卫生保健”普及等方式,发展中国家及经济落后国家也开始积极推进健康保险制度建设。

## (三) 健康管理(20世纪50年代至今)

20世纪50年代,健康管理(managed care)作为一门学科在美国兴起,其核心内容很快被运用到健康保险之中。由此,健康保险由原本被动的、危险发生后的经济补偿,变为积极的、防止被保险人疾病和事故发生的,预防保健和医疗保险相结合的机制,由此进入全新的发展领域。

1948年世界卫生组织明确指出:健康不仅是无虚弱与疾病,而且是在躯体上、心理上和社会适应上的完善状态。健康的定义从单纯的生理健康上升到心理和社会医学层面。20世纪90年代,在



全球环境污染日益加剧的客观现实下,世界卫生组织将环境也作为健康的重要影响因素,强调健康是生理-心理-社会-环境四者的协调统一。健康=60%生活方式+15%遗传因素+10%社会因素+8%医疗因素+7%气候因素。从以上可以看出,一个人从身体健康到低危状态、到早期病变,直至出现疾病,是各个要素相互联系、影响的结果,对其中某一或某些要素的长期忽视就可能潜在的健康风险。健康管理就是建立在这一整体健康观的基础上,通过有效调动个人、集体和社会的积极性,达到最大的健康效果。健康管理出现的另一个直接原因来源于控制医疗费用开支和提高生产力的双重需求的压力。健康管理的早期推动者是各类医疗保险机构,迫于医疗保险赔付的巨大压力,他们在其客户中提供健康管理,以控制疾病的发生或发展,最终目的是降低出险概率和实际医疗费用支出。以美国为例,按病种付费、预付制等支付方式的普遍使用就是健康管理推行的结果。目前,健康管理已经成为医疗卫生保健领域非常重要的内容,并且其业务内容还在不断充实发展,细分为管理式医疗、疾病管理和第三方管理等。

### 三、我国健康保险的发展现状

#### (一) 保费收入逐年增长,但整体规模较小

伴随着人民生活水平的提高,“富贵病”已经成为居民健康的一大克星。如近几年我国高血压、高血脂、糖尿病、肥胖和脂肪肝及由此引起的并发症等慢性非传染性疾病患病率逐年递增。而人口老龄化进程不断加剧,老年人这一特殊人群更需要良好的医疗服务,更是加剧了人们对于健康保险的需求。再加上医疗服务及药品价格的高速增长,动辄上千的检查比比皆是,不可替代的非医保范围内药品日新月异,使得人们不得不寻求社会基本医疗保险以外的补充。从而催生了商业健康保险需求的增加,表现为商业健康保险保费收入的逐年稳步增长。

如表 1-1 所示:2005~2013 年我国健康保险总保费收入逐年上涨。由 2005 年的 312.30 亿元增长到 2013 年的 1123.50 亿元,涨幅达到 259.75%。而这 9 年间我国保险业总保费收入也始终以较快增长率持续增长。但是其中健康保险业务的贡献甚微,即使贡献最大的 2006 年,健康保险保费收入也仅占总保费收入的 6.68%,且 2006 年至今这一比例还在逐年下降,虽然在 2011 年出现上升趋势,但贡献率仍然较低。2005~2013 年间我国人身险业务的保费收入始终呈阶梯式逐年递增,其增长走势基本与总保费收入的增长保持同步。相比而言人身险业务中的商业健康保险保费收入的增长趋势较为平缓,可见健康保险保费收入只是在总值上保持增加,而增长速度却始终较低,表现为我国商业健康保险总体规模小。

表 1-1 2005~2013 年我国商业健康保险保费收入情况(单位:亿元)

年份	总保费收入 A	健康保险保费收入 B	人身险保费收入 C	B/C(%)	B/A(%)
2005	4927.34	312.30	2697.48	11.58	6.34
2006	5641.44	376.90	4132.01	9.12	6.68
2007	7035.76	384.17	5038.02	7.63	5.46
2008	9784.10	585.46	7447.39	7.86	5.98
2009	11 137.30	573.98	8261.47	6.95	5.15
2010	14 527.97	677.47	10 632.33	6.37	4.66
2011	14 339.25	691.72	9721.43	7.12	4.82
2012	15 487.93	862.76	10 157.00	8.49	5.57
2013	17 222.24	1123.50	10 740.93	10.45	6.52

注:以上数据根据保监会网站相关数据整理。