

经济学论丛

中国商业健康保险发展模式探索

——兼论医疗保障体系发展的价值与取向

EXPLORING THE RIGHT PRIVATE HEALTH INSURANCE
STRATEGIES IN CHINA:
ALSO ON THE VALUE AND ORIENTATION OF
THE HEALTH SECURITY SYSTEM

熊志国 阎波 锁凌燕 等◎著



北京大学出版社
PEKING UNIVERSITY PRESS

中国人口出版社

老龄化社会健康保障发展模式探索

—— 对北京市老龄化社会健康保障模式的研究

张金明 著 张 强 张金明 等编



ISBN 7-5021-5272-3

经济学论丛

中国商业健康保险发展模式探索

——兼论医疗保障体系发展的价值与取向

EXPLORING THE RIGHT PRIVATE HEALTH INSURANCE
STRATEGIES IN CHINA:
ALSO ON THE VALUE AND ORIENTATION OF
THE HEALTH SECURITY SYSTEM

熊志国 汪波 锁凌燕 等◎著



北京大学出版社
PEKING UNIVERSITY PRESS

图书在版编目(CIP)数据

中国商业健康保险发展模式探索:兼论医疗保障体系发展的价值与取向/熊志国,阎波,锁凌燕等著. —北京:北京大学出版社,2012.11

(经济学论丛)

ISBN 978-7-301-21399-5

I. ①中… II. ①熊… ②阎… ③锁… III. ①健康保险-研究-中国
②医疗保健制度-研究-中国 IV. ①F842.62 ②R199.2

中国版本图书馆CIP数据核字(2012)第244443号

书 名: 中国商业健康保险发展模式探索——兼论医疗保障体系发展的价值与取向

著作责任者: 熊志国 阎波 锁凌燕 等著

责任编辑: 仙妍

标准书号: ISBN 978-7-301-21399-5/F·3371

出版发行: 北京大学出版社

地 址: 北京市海淀区成府路205号 100871

网 址: <http://www.pup.cn>

电子信箱: em@pup.cn QQ:552063295

新浪微博: @北京大学出版社经管图书

电 话: 邮购部 62752015 发行部 62750672 编辑部 62752926 出版部 62754962

印 刷 者: 北京大学印刷厂

经 销 者: 新华书店

730毫米×1020毫米 16开本 8.75印张 161千字

2012年11月第1版 2012年11月第1次印刷

印 数: 0001—3000册

定 价: 32.00元

未经许可,不得以任何方式复制或抄袭本书之部分或全部内容。

版权所有,侵权必究

举报电话:010-62752024 电子信箱:fd@pup.pku.edu.cn

致 谢

ACKNOWLEDGEMENT

本课题研究得到美国维朋公司 (Wellpoint, Inc.) 的大力支持,
谨在此致以衷心感谢!

序

经历了三十年的经济高速增长,中国现已跻身全球第二大经济体。伴随着经济发展,社会保障体系和相应的市场机制的建立、健全和完善将是保证中国下一个三十年继续稳步发展的重要支柱和基石。医疗卫生体制改革把全民医疗保险提升到了前所未有的战略高度,同时明确了商业健康保险的地位和作用,给中国健康保障和医疗服务行业带来了千载难逢的发展机遇。

《中国商业健康保险发展模式探索——兼论医疗保障体系发展的价值与取向》从理论上系统地阐述了社会医疗保障制度和商业健康保险的特殊意义和相辅相成的关系,通过对中国实践的透彻分析和国外经验的对比,在政策上对保险业参与中国医疗保障体系的建设提出了具有前瞻性和切实可行的建议。本书包含商业健康保险领域具有权威性的集成理论,以及丰富的实践和政策建议,适合全行业的专业人士阅读和参考。

美国维朋公司(WellPoint)作为全球领先的专业健康保险公司之一,多年来高度关注中国商业健康保险市场的发展,积极参与并推动相关业界、学界、监管机构之间的交流与合作。此书的出版,正是上述交流合作的重要成果。我们希望能和各界同仁继续合作,共同为促进中国商业健康保险市场的发展和医疗保障体系的建设做出积极贡献。

范志华

维朋公司大中华区总裁兼首席执行官

2012年11月10日

前 言

为全民提供普惠型的医疗健康保障,既是现代社会稳健运行的内在要求,也是现代国家政治伦理的基本体现。党的十七大提出,“努力使全体人民学有所教、劳有所得、病有所医、老有所养、住有所居,推动和谐社会建设”。正是基于保障和改善民生的价值取向和时代背景,2009年启动新医改以来,我国医疗保障体系重新获得了发展动力并取得了显著进展。2011年年底,我国参加基本医疗保障制度的总人数超过13亿人,初步建成了覆盖城乡的基本医疗保障体系。毫无疑问,近些年我国医疗保障体系建设的巨大成就,为改善和促进全民福祉添上了浓墨重彩的一笔。

从制度重构和实施过程看,我国医疗保障建设能够在短时间取得突破性进展,最直接的原因在于政府角色的“回归”,政府既是医疗保障相关制度的设计和推动者,也承担了主要的筹资责任。从“大包大揽”到“权责下放”,再回归“政府主导”,政府在医疗保障体系中的角色似乎经历了一个历史轮回。但是,无论追溯我国医保体系的演进历程,还是探寻成熟国家的历史实践,政府的角色都不可或缺,甚至是至关重要的。但应该强调的是,政府角色的回归,不是也不应该是简单回复到原有历史轨道。从现有制度设计的初衷看,政府的角色主要在于建章立制,重点在于搭建一个开放性和可持续性的制度框架,而在制度运行机制方面,则为市场化运作留下了想象空间,这也使我国新医改具备了自我扬弃的路径特征。

与养老保障制度类似,涉及医疗保障体系的改革和学术争论主要集中于两点,一是制度的公平性,二是制度的可持续性,这可以进一步转化为筹资和给付问题。根本上讲,如何确定筹资规模、结构和相应的保障水平,归根结底属于政治决策范畴,这也是由其转移支付或再分配特征所决定的。而如何保持制度的可持续性,则更多属于技术层面的研究。基于医疗市场的特殊性,从技术层面合理控制医疗费用是决定医保制度可持续性的关键因素。从国际实践看,引入市场化的保险机构参与医保费用控制的技术创新和机制创新,是增强医保制度可持续性的有效途径,这也是本书的立意所在。

为了全面吸收政产学研各界观点,中国保监会政策研究室和北京大学经济学院风险管理保险学系组成了联合课题组,课题研究由熊志国、阎波和锁凌燕共同主持,锁凌燕担任总协调人。在课题研究和书稿撰写中,冯鹏程(中国人寿



保险股份有限公司健康险部)、杨星(中国人民健康保险股份有限公司战略发展部)、袁绪超(中国平安健康保险股份有限公司战略企划部)、崔明夫(中国太平洋人寿保险股份有限公司健康险部)、完颜瑞云(西南财经大学保险学院博士研究生)承担了很多任务。在本书成稿前,他们与课题组成员进行过多次座谈,对文稿多次提出了很有见地的修改意见。对这些同仁的细致敬业和无私奉献,课题组表示衷心感谢。

目前,我国医保制度体系正处于动态的改革发展中,商业健康保险应该如何有效嵌入医保体系,同样也处于积极探索和试点中。基于医保体系的繁复历史和碎片化,本书从纵向角度梳理和描述了我国医保体系的演进历史和现状,试图寻求商业保险机构参与医保体系建设的结合点和可行性。同时,本书从横向角度,选取了几个成熟国家作为样本,希冀从中得到有益借鉴或成功经验。最后,结合当前我国已有实践,对商业健康保险机构更好地参与医保体系建设提出了初步建议。

本书的研究和出版,得到了美国维朋公司的大力支持。对此,课题组表示衷心感谢,并特别感谢美国维朋公司北京代表处首席代表吴未先生对课题研究和本书出版做出的辛勤努力。

展望未来,我国医疗保障体系的完善,还需要克服两个主要障碍,一是克服制度碎片化问题,最终实现城乡一体、全民普惠、待遇公平、携带型强的制度体系。二是提高体系的运行效率,实现政府主导、市场参与、技术细腻、可持续性强的运行格局。而商业医疗保险机构的参与,也为政府适度退出,纠正制度碎片化和提高体系运行效率等方面提供了路径选择和前提条件。在本书付梓出版之际,国家发展和改革委员会、卫生部、财政部、人社部、民政部、保监会等六部委发布《关于开展城乡居民大病保险工作的指导意见》,明确提出支持商业保险机构承办大病保险,发挥市场机制作用,提高大病保险的运行效率、服务水平和质量。这些日新月异的改革实践从政策取向上进一步印证了本书的立意和宗旨,同时也催促着相关研究进一步加快步伐,为决策者和保险业界提供更有价值和更具前瞻性的理论成果。

中国保险监督管理委员会政策研究室

北京大学经济学院

联合课题组

2012年9月



1 引言	/1
1.1 研究背景	/1
1.2 国内外已有的研究评述	/2
1.3 研究思路与本研究结构	/9
2 保险业参与医疗保障体系建设的必要性研究:理论解释	/11
2.1 医药卫生体制改革的目标与工具	/11
2.2 医疗保险制度的价值与意义	/19
2.3 商业保险的必要性	/20
3 保险业对中国医疗保障体系建设的特殊意义	/25
3.1 目前中国医疗保障体系的架构	/25
3.2 社会医疗保障制度建设的成就	/28
3.3 社会医疗保障制度存在的问题	/32
3.4 商业保险在中国的特殊意义	/38
3.5 小结	/44
4 中国医疗保障体系中的商业保险:历史与现状	/49
4.1 中国医疗保障体系沿革与商业保险发展	/49
4.2 我国商业健康保险的现状与格局	/58
4.3 保险业参与社会医疗保障体系建设的主要模式与经验	/70
4.4 商业健康保险经营模式探索	/83
4.5 商业健康保险发展面临的障碍和挑战	/87
5 医疗保障体系中的商业健康保险:国际经验观察	/92
5.1 国际商业健康保险发展概况	/92
5.2 国际商业健康保险典型与经验启示	/98
5.3 小结:国际实践对中国的启示	/116



6 结论与政策建议	/118
6.1 保险业参与中国医疗保障体系建设的总体框架与潜力分析	/118
6.2 政策建议	/120
附录 新医改及商业健康保险相关政策及法律法规目录	/127
附1 深化医改指导文件目录	/127
附2 部分推进医疗卫生体制改革和基本医疗保障制度建设的配套文件目录	/127
附3 商业健康保险发展指导意见和部分重要法律法规目录	/128
主要参考文献	/129

1 引言

1.1 研究背景

2009年《中共中央国务院关于深化医药卫生体制改革的意见》(以下简称《意见》)提出:“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。”目前,我国已经建成了世界上覆盖人口最多的基本医疗保障体系。从制度设计看,城镇职工基本医疗保险、城镇居民医疗保险、新型农村合作医疗构成的社会医疗保险制度,结束了部分人群长期缺乏社会化医疗保障的局面。从运行结果来看,2011年年末,全国参加城镇基本医疗保险人数47291万人,其中,参加城镇职工基本医疗保险人数25226万人,参加城镇居民基本医疗保险人数22066万人,参加城镇基本医疗保险的农民工4641万人;全国有2637个县(区、市)开展了新型农村合作医疗,参合人口数达8.32亿人,参合率为97.5%,全年新农合基金支出1710.2亿元,补偿支出受益13.15亿人次,其中:住院补偿0.70亿人次,普通门诊补偿11.67亿人次。此外,2011年全年救助城市医疗困难群众711.4万人次,救助农村医疗困难群众1558.1万人次;资助1276.5万城镇困难群众参加城镇医疗保险,资助4544.3万农村困难群众参加新型农村合作医疗。^①

但是,在利用市场手段解决基本医疗保障之外的需求方面,近年来进展并不显著。《意见》提出,“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。在确保基金安全和有效监管的前提下,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。”这就意味着,商业健康保险机构至少可以在三个方面发挥更重要的作用:一是由商业健康保险机构提供基本医疗保障的补充业务,与基本医疗保障一起分担风险和医疗费用,解决基本医疗保障之外的健康保障需求;二是商业健康保险机构承担健康保障委托管理服务;

^① 数据来源:《中华人民共和国2011年国民经济和社会发展统计公报》、《2011年我国卫生事业发展统计公报》。



三是开展面对中高端市场的健康管理和医疗服务,满足较高层次、多样化的健康需求。然而,虽然《意见》已经明确了商业健康保险在中国医疗保障体系中的重要作用,但从现实情况看,商业健康保险的发展依然滞后于经济社会发展的需要,与民众日益增长的健康保障需求还存在明显的差距。在商业健康保险发展模式探索方面,虽然已经有了一些创新模式和实践经验,但这些模式和经验还不具有广泛的代表性,目前也难以在全国进行全面推广,在具体的制度设计和操作方式上还有待进一步完善。

客观地讲,商业健康保险在中国可谓已经具备了“天时”和“地利”的有利条件。从“天时”来看,目前中国处于特殊的发展阶段,正处在工业化和城市化加速的时期。国际经验表明,在这个时期农村人口的生活方式会有较大变化,进而刺激消费需求;同时城市化不断加速,基础设施投资需求也在扩大。在这个发展阶段——也就是工业化和城市化加速一直到最终完成工业化,成为新兴工业化国家或地区的过程——与其他阶段相比,无论是投资需求还是消费需求增长都表现得非常活跃,经济增长速度较快,称得上是高速增长的壮年时期。伴随个人财富水平的上升和疾病谱的高级化,对商业健康保险的支付能力和需求水平也将大大上升。就“地利”来讲,中国的医疗保障体系正在建设过程中。城乡保障制度的二元结构和区域发展不均衡可以看成是制度发展滞后的一个表现,但是,一旦制度得以理顺、模式得以优化,部门、地区发展的差异恰恰可以构成保障制度向纵深发展的动力,构成持续发展的资源,这也可能是中国商业健康保险市场持续增长的动力所在。

因此,加强对商业保险参与医疗保障体系建设的研究,从根源上厘清保险业参与医疗保障体系建设的必要性和重要性,避免“就保险论保险”的误区,可以为政策制定提供更坚实的理论根据。同时,在充分梳理部分地区实践经验基础上,深入探讨商业保险参与医疗保障体系建设的可行途径,推动相关领域的机制制度建设,都具有十分重要的意义。

1.2 国内外已有的研究评述

由于医疗保障体系的重要性和复杂性,各国政府为了形成强有力的管理机制和约束机制,大都采取了广泛介入的态度,从医疗服务人员和医疗服务机构的从业资格确定、医疗消费品的价格核定、疾病的诊疗规范制定到商业医疗保险公司的市场行为与偿付能力、社会医疗保险的支付制度,甚至商业医疗保险的条款等都有政府的一系列严格规定。在一些国家,除了制定相应规则并付诸实施之外,政府还积极充当保险人的角色。从世界范围来看,不同国家的医疗保障体系

中政府与市场所扮演的角色各有不同,但由于国际范围内医疗成本的迅速上升、人口老龄化的压力不断增大,理论界一直致力于探寻医疗保险体系中政府与市场的最佳定位。对此,理论界已有大量研究,主要集中在以下几个方面:

1.2.1 医疗保险的特殊性研究

Arrow(1963)发现社会医疗保险区别于其他形式的社会保险的特点之一,在于个体医疗保健需求的不确定性与差异性,这容易导致医疗保险领域的市场失灵,而道德风险则是市场失灵的体现形式。他认为,“在多数情况下,人们不愿意为自己的健康交保险费,保险费经常是部分或全部由雇主支付”、“健康服务对被保险人来说就成了免费物品,容易造成过度消费”。由于个体健康状况存在因其自身行为而导致的道德风险问题并难以确认,使得社会医疗保健福利政策无法得到有效发挥,于是他提出了国家最优社会医疗保健政策原则。

Arrow(1963)还认为,医疗保险的另一特殊性在于,由于供给者(医疗服务机构)与消费者(病人)之间存在着明显的信息不对称现象,即在疾病诊断与治疗过程中供给者诱导消费比较显著。Evans R. G. (1974)进一步研究了医疗保险中由于医生与病人之间知识程度的差异即信息的不对称性而带来的需求偏向,这就意味着,医疗保险需求是一种由供给者诱致需求。因此,政府应该制定强有力的干预政策和健全的管理体制来约束医疗机构(供给方)的行为以保护病人(需求方)的利益。

Fuchs(1976)的研究发现,医疗服务消费的外部性、人们对社会公平的渴望、家庭力量和宗教传统的削弱以及个人和家庭抗风险能力的弱化等因素,这些都是促使政府主导建立社会医疗保险制度的主要动因。

1976年斯蒂格利茨将逆向选择的概念引入保险市场。他认为,由于保险人对投保人的状况并不如投保人自身了解,也无法区分投保人风险的高低,保险人担心低价格承保高风险而倾向于收取更高的保险费,这会迫使低风险的人群退出保险市场。总体而言,基于信息不对称理论,很多经济学家都对医疗保险市场进行了研究,认为医疗保险市场和以往经济学研究的标准竞争市场存在很大的差异,参与各方之间的信息不对称是一个显著特征。

国内一些学者在这方面也进行了研究。张欢(2006)的理论和实证研究指出,由于广泛性、普遍性、平等性和强制性等方面的问题,我国社会保险中存在较为严重的逆向选择,并且基于医疗保险的特殊性,这种逆向选择与其他社会保险的逆向选择存在巨大差异。赵林海等(2005)认为,社会医疗保险机构处于自身利益最大化的考虑,往往会利用自身掌握的信息优势和权力优势做出逆向选择。具体表现为医疗保险的覆盖面扩展力度不够、忽视解决城镇职工以外人群的基



本医疗问题、部分地区的个人负担比例过重、医保基金管理不善和随意挪用等问题。叶艳等(2004)和文胜(2006)认为,在社会医疗保险中,参保单位和人员以及医疗机构都存在逆向选择的问题,如低风险人群参保意识不强,拒绝或推迟参保,拒绝、隐瞒自身风险状况或减少缴费等现象。医疗机构为避免自身损失,不愿意接纳重症病人或降低医疗服务质量,最终出现优质医院退出的局面。

1.2.2 社会医疗保险的必要性

一直以来,政府是否该介入医疗保险的问题都是学界争论的焦点,学者们众说纷纭,见仁见智。Tom Rice(1998)和其他众多学者曾提出“市场是否可以给我们想要的医疗保障体系”这一问题。该问题一经提出,就引起了学界激烈的讨论。Joseph White(2007)对这一问题做了解答。他认为,将公共选择区分为“市场”与“政府”或者说“竞争”(competitive)与“管制”(regulatory),都不利于分析其他的可替代方案。在美国,对于自由竞争与市场角色的信仰亦成为医疗政策最基本的底线与永恒的主题。自20世纪90年代以来,美国医疗服务和健康保险市场经历了前所未有的变化,保险公司不再处于从属地位。如Paul Starr(1982)所言,美国“保险公司正在崛起”。然而,Joseph White认为,对于市场的信仰已经融入了过多意识形态的包袱,医疗保险市场的一些基本特征,尤其是配置资金方式,与对一个更公正、更高效医疗保障系统的追求是不相吻合的。因而,如果想对美国的医疗保障体系进行任何形式的以市场为导向的改革,都必须结合政府力量,对市场行为进行必要的规制。

对于政府介入医疗保险,即社会医疗保险的必要性研究,多数学者还是持积极的态度。Pauly(1974)、Wilson(1977)和Dahlby(1981)等人发现,某种形式的社会医疗保险可以有效地规避逆选择。Diamond(1992)进一步指出,社会医疗保险有可能在记录、理赔等方面有一定的规模经济优势。还有一批学者沿袭了俾斯麦传统,认为社会医疗保险会起到一定的再分配功能,有利于促进社会团结,减弱不安定因素和分裂倾向(Greene, 1976; Esping-Anderson, 1990; 科尔奈、翁笙和, 2003)。Neudeck and Podczeck(1996)指出,考虑到逆向选择的存在,政府干预医疗保险市场是有理由的。但他同时认为,规定标准合同、最低保险供给要求等干预手段不能实现效率目标。相对而言,政府担当保险人提供某种形式的社会医疗保险,或者在由市场提供医疗保险的同时建立强制性的共济基金更为有效。这些政策可以在满足效率要求的同时,实现一定程度的再分配功能。Bloom and McUntyre(1998)指出,社会医疗保险计划是迅速缓解一国健康保障不公平的有效对策。另有研究表明,社会医疗保险削弱了家庭进行预防性储蓄的动机,从而平滑了其一生中的消费、带来了福利改进(Chou, Liu, and Hammitt,

2003)。Cho (1989) 认为,发展中国家借鉴发达国家经验建立社会医疗保险制度,一方面是因为这些国家在现代化进程中,急切地想塑造良好的国际形象,而实施此类政策被认为是理想政府的使命。另一方面则是因为这也是这些国家应对国内外政治、经济和社会压力的战略性手段。

国内学者中,王梅(1997)根据恩格尔定律,并结合马斯洛的需求层次理论,认为基本医疗应该是人类需要的基本品之一。基于此,基本医疗应采取类似于食品保障的方式,由国家统一提供。北京大学中国经济研究中心副主任李玲教授(2006)认为,医疗保险属于经济学上“市场失灵”的领域,国家的主导作用是不可替代的。面对政府投入公共卫生比例一直下降的趋势,解决对策就是增加政府投入。但同时,政府要充分利用市场管理机制,在政府主导下加强市场补充,兼顾公平与效率,而非回归到计划经济时代的大包大揽体制。张安(2005)在深入剖析“看病贵”、“看病难”的现实后,认为该现象在计划经济的免费医疗体制下基本不存在。在医改引入市场机制后,医疗机构缺乏有效的约束和监督机制,大幅度推高药费和服务费,从而扰乱了医疗市场。面对市场机制出现的严重失灵,并由此引起的经济效率损失和社会福利损失,应以政府为主导,加强政府对于医疗卫生服务领域的干预。葛延风(2005)认为,要实现满足更多社会成员医疗需求的目标,靠市场化的道路是无法实现的,在组织与发展过程中必须依靠政府干预甚至在一些领域必须依靠政府直接组织,这是由医疗卫生的特殊性所决定的。邓大松、方晓梅等(2001)从公共政策学角度出发,分析目前中国政府的职能定位和介入程度,他们认为政府的首要目标是确保基础性的社会保障,政府的重要任务是建立比较健全完整的社会保障体系。在社会保障领域内,“小政府,大市场”要依据不同的社会保险项目而定,而不是一概而论之。锁凌燕(2010)指出,要实现转型期中国城镇医疗保险体系的目标,可以通过两个相对独立的阶段进行。在第一阶段,设定公平性目标,即先确定基本医疗服务的范围与水平,使医疗保险体系能够保证个人获取基本医疗服务的机会平等,实现社会公平、并促进社会效率的提高;第二阶段,在满足公平性目标所要求的医疗保险体系再分配性质的前提下,强化市场机制作用,探寻最低交易成本的医疗保险制度安排,并将之运用于实践,从而实现医疗保险体系的生产效率目标。

即便如此,仍然有一批学者认为社会医疗保险计划妨害了个人选择的自由,更多地带有“家长式”作风或“父爱主义”的色彩。政府建立此类计划、充当保险人的努力并不合理。这方面最具代表性的是 Friedman(1962)的研究。Feldstein(2005)的研究则表明,社会保险在美国并没有改善穷困人口对医疗服务的可及性,亦即其一直被众人所期许的再分配功能还有待商榷。同时,此类计划可能造成行为扭曲,并难以实现动态效率。还有一部分学者认为社会医疗保险得以落



实的前提是政府责任的实现,若政府责任缺失,则社会医疗保障体系将失去效力。布罗姆、汤胜蓝(2003)指出,卫生医疗保障应看成是地方政府职能的一部分。在基本医疗保障中政府职能的不和谐因素主要表现在三方面:政府责任缺位与越位并存、不同政府机构在基本医疗保障领域中出现职能交叉,呈现出多头管理的混乱局面、中央政府和地方政府在财权和事权上存在不一致,分税制改革时没有对中央政府和地方政府的社会保障财权和事权进行明确界定。这些因素的存在,削弱了地方政府参与或主导社会医疗保险的能力。

1.2.3 关于商业健康保险角色的相关研究

对于商业健康保险的研究,国内外学者侧重点各有不同,主要可以分为以下几类:

(1) 关于商业健康保险参与社会医疗保障体系建设的必要性研究。一些外国文献研究认为,发展中国家应该结合本国实际建立私人保险计划,如 Denis Drechsler 和 Johannes P. Jütting (2005) 指出,私人健康保险对于中低收入国家的国民健康体系建设较之于发达国家更具有意义,但恰恰在这些国家私人健康保险的覆盖率很低,且主要集中在中高收入人群。对于这些地区的政策制定者来说,最为重要的挑战就是如何制定出一个适合本国自身情况的监管框架,以及有利于健康保险有效运作和发展的相关规定与标准。

国内学者基本上都认同商业健康保险在补充社会医疗保险中的积极意义。朱俊生(2011)从卫生筹资机制、信息不对称理论以及公共选择理论出发,指出商业健康保险和社会医疗保险应该协调发展,致力于构建商业健康保险与社会医疗保险相互补充、相互配合和共同发展的医疗保障新模式。他认为,商业健康保险绝不仅仅是社会基本医疗保险有限的、简单的补充,而应该成为我国医疗保障体系中必不可少的重要组成部分。朱铭来、奎潮(2009)指出,在过去很长一段时间,商业健康保险在我国医疗保障体制中发挥的作用不大,根本原因在于商业保险的地位不明确、经营环境制约严重。基于医疗保险的准公共物品属性,政府需要组织实施相关社保项目。但考虑到福利刚性和财政支出的可持续性原则,我国实行全民医保代价高昂,这需要商业健康保险与社会医疗保险的合理配合。袁笛(2011)分析了商业健康保险和社会医疗保险融合的必要性。研究者从保障范围、水平和项目上看,社会医疗保险只能解决参保人员的一部分医疗支出,当参保人患大病或重病时,需要商业健康保险的补充。从技术手段的互补来看,商业保险具有精算技术、人才、组织、管理经验和创新上的优势。朱铭来、奎潮(2009)进一步指出,商业健康保险有以下几项功能:一是可满足消费者多样化和高程度的保障需求,二是分担政府医保投入的财政压力,三是促进医疗服务

与医疗保险的一体化经营,有效控制医疗费用的快速增长。刘方芳(2010)认为,商业健康保险的补充作用主要体现在:提供补充医疗保障、参与社会医疗保障委托管理业务、实施健康管理、推行管理式医疗模式等方面。

(2) 如何理顺社会保险和商业保险的关系。张晓等(2004)认为,社会保险和商业保险是两个不同的风险经营体系,但是二者之间存在替代或互补关系,具体则取决于险种性质、国家介入社会保险的强度以及居民财富和受教育程度等因素。在微观层面或个案分析上,社会保险很可能替代了部分商业保险。但从宏观层面或总量分析上,社会保险和商业保险可能呈现齐头并进的局面。张晓的实证研究表明,目前我国社会保险和商业保险的互补性超过了替代性。庾国柱、王德宝(2009)认为,新医改在制度设计、运行方式及实现方式等各个层面给徘徊不前的我国商业健康保险带来了新的发展机遇。与此同时,新医改方案诸如扩大基本医疗保险覆盖面、逐步降低民众看病自付比例、提高基本医疗保障水平等政策取向也对商业健康保险发展提出了新的挑战。袁笛(2011)分析了商业健康保险和社会医疗保险融合的可行性,并提出社保商保融合的建议,包括划分各自范围、政府监督指导、社保商保沟通、开辟试点等。朱铭来、奎潮(2009)论述了确保商业健康保险快速发展的政策建议,包括明确保险公司经营企业补充医疗保险的主导地位、细化社保与商保在重大疾病保障上的分工,鼓励大众通过商保防范大病灾害、进一步拓展商业健康保险参与基本医疗保障管理的空间,充分发挥其专业技术优势,鼓励商业健康保险业务创新,为特殊人群提供服务等。

(3) 商业健康保险发展模式的相关研究。Mossialos and Thomson(2004)在总结欧洲自愿医疗保险市场中提出了替代型(substitutive)、待遇补充型(complementary)、选择补充型(supplementary)三种产品市场。Couffinal(1999)提出私营医疗保险分为首要型(principal)和补充型(supplementary)两大类,也可分为替代型(substitutive)、复制型(duplicate)和补充型(supplementary)三个小类,这一分类被欧洲保险业协会(CEA)接受和使用。Baicker(2006)指出健康管理是健康险生产链中的要素之一,是保险人自己或委托第三方将保险人筹集的保险资金和提供医疗服务两者结合的方法,是对健康服务的成本、对象和质量进行有效控制的实施过程。Hurley(2006)认为管理式医疗保险改变了传统模式下医疗机构和保险机构相互对立的局面,使二者整合成为一个利益整体,是未来医疗健康保险的主要模式。

1.2.4 关于中国商业健康保险发展模式的相关研究

第一,探索我国商业健康保险发展的问题与对策。其中,部分学者采用的是