

商业健康保险与医药产业高质量 协同发展

——团体补充医疗保险改革新视角

研究报告

2025.3.20 • 北京

立项单位：南开大学金融学院、卫生经济与医疗保障研究中心
学术支持：新浪健康保险研究院

课题组组长：

朱铭来 南开大学金融学院教授、卫生经济与医疗保障研究中心主任

课题组成员：

严 霄 新浪健康保险研究院副院长、首席研究员

赵颖旭 北京健保科技有限公司董事长、博士

王校复 北美精算协会医疗险高级精算师

张斯维 安斯泰来（中国）投资有限公司 政府事务及市场准入部多元支付负责人

杜 霞 南开大学金融学院讲师等

研究成果概述

研究背景

作为中国多层次医疗保障体系的重要组成部分，商业健康保险理应发挥其重要的补充作用。近几年，随着国家医药卫生体制和医疗保障体制改革的不断深化，政府、社会和医疗、医药等产业各方对商业健康保险寄予了更高的期望，也给予了更多的支持，中国商业健康险正迎来前所未有的发展机遇和战略窗口期。

如何推动商业健康险高质量发展，揭示其发展变化的本质规律，探寻医疗保险与医疗医药的健康协同关系，在高质量发展的新形势下更好地减轻病患的医疗负担、提升健康水平，成为行业需要共同攻克的重大课题。

研究框架

本报告旨在以商业健康保险中发展历史最久、覆盖面最大的保险类型——“团体补充医疗保险”为视角，围绕其筹资效率、保障水平、运营管理等问题，从理论、实践、现状、问题、机会、前景开展系统性分析，揭示团体补充医疗保险的优势和潜力，为商业健康险与医药卫生体制的协同高质量发展提供新的理论指导与实践范式。

创新性成果

- 1、指出中国商业医疗保险市场发展的根本矛盾：个人自愿市场上的逆选择
- 2、厘清基本医疗保险与商业医疗保险的相互关系：全民基本与补充提升
- 3、提出商业医疗保险与医药产业高质量协同发展的方向：结合医药两类生态
- 4、总结出发达国家商业医疗保险得以发展的主要因素：政府的全面支持
- 5、提出建立第二支柱模式的补充医疗保险改革建议：整体方案

Catalogue

目录

- 第一部分 中国商业健康保险发展历程与评价
- 第二部分 新时代中国特色商业健康保险的使命与定位
- 第三部分 商业健康保险与医药产业高质量协同发展的空间与方向探讨
- 第四部分 不同国家或地区商业医疗保险的比较研究
- 第五部分 基于第二支柱模式的补充医疗保险改革建议

第一部分

中国商业健康保险发展历程与评价

章节

CONTENT

1

中国商业健康保险发展的历程、逻辑、问题

2

国内团体健康保险发展的历史、特征、问题

3

国内商业健康保险分类调研及市场评估分析

1、中国商业健康保险发展历程与评价

——萌芽期：商业健康险缓慢起步（1982-1997）

01.

传统医疗保障制度的局限性

在改革开放前，我国实行的是与封闭型计划经济体制相适应的传统医疗保障制度。这种制度在运行过程中存在个人医疗负担过重、医疗资源浪费现象严重等问题。随着改革开放的推进，这种制度已经无法适应开放型市场经济体制下多样化经济主体共同发展、劳动力合理流动、增强企业市场竞争力等发展要求。

02.

商业健康险的试点与引入

为了解决传统医疗保障制度的局限性，我国在1982年开始试点商业健康险，早期以团体互助型医疗保险为主。1992年，美国友邦保险获准在上海开业，为中国市场带来个人营销模式，带动了商业健康险个人市场的发展，但其产品往往存在保险责任单一、保障范围有限、严格筛选健康状况等问题，无法有效满足我国居民日益增长的商业医疗保障需求。

03.

社会医疗保障制度的改革

1993年，党的十四届三中全会通过了《中共中央关于建立社会主义市场经济体制若干问题的决定》，提出“建立多层次的社会保障体系”以及医疗保险制度“实行社会统筹和个人账户相结合”的制度模式。1996年国家政策提出要“发展职工医疗互助保险和商业性的医疗保险，作为社会医疗保险的补充”，也为商业健康保险的发展提供了政府支持和政策引导。

04.

商业健康险的市场发展

总体而言，1982- 1997年我国商业健康保险的发展处于萌芽期，在基本医保制度尚未建立以及保险业“产寿不分”的发展初期，商业健康保险在局部发挥了社会保障的替代性作用。但后期随着“产寿分业经营”和代理人制度的引入，商业健康险逐步走向个人寿险市场的发展路径。

1、中国商业健康保险发展历程与评价

——成长期：商业健康险扩容式发展（1998-2008）

基本医疗保险制度的改革试点

20世纪90年代以来，为适应刚刚确立的社会主义市场经济体制，各地开展了基本医疗保险制度的改革试点工作。这一阶段的医疗卫生体制改革、医保体制改革为商业健康保险的发展提供了一定程度的政策支撑和发展空间。

商业健康险的政策支持

2002年，保监会下发《关于加快健康保险发展的指导意见》，鼓励商业健康险专业化经营,同时积极引导保险业参与医保制度建设，鼓励保险业开发与基本医疗保险制度衔接的各类补充型医疗保险。这一时期，以基本医疗保险为基础的企业团体补充医疗保险得以快速发展，并不断创新出其他健康险业务模式。

市场主体的增多与竞争活力

在政策的扶持下，市场供给主体逐渐增多，市场竞争活力显著增强。2002年修订后的《中华人民共和国保险法》放宽了商业健康保险的市场准入要求，允许财险公司在经过监管机构核定后经营意外伤害险和短期健康保险业务，这使得有资格经营商业健康保险的主体迅速增加，加速了市场主体之间的竞争。

个人健康险市场的发展

随着寿险业的快速发展，这一时期的健康保险体现为以寿险为载体、服务于寿险发展目标的经营管理特点,逐步形成高度市场化、分散化、竞争化的个人健康险市场。2007年，中国保险行业协会发布《重大疾病保险的疾病定义使用规范》，极大地推动了重疾险的高速发展，忽视了商业医疗保险的基础建设。

1、中国商业健康保险发展历程与评价

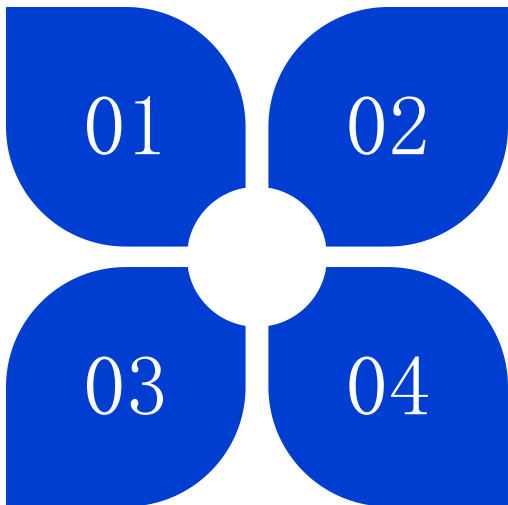
——发展期：商业健康险爆发式发展（2009-2019）

经济增长与人口红利

伴随着经济增长和人口红利以及保险监管政策的释放，保险行业代理人的数量急剧增加，快速引导客户需求，推动以重疾险为主的健康险规模出现爆发式增长。

跨界企业的进入

在市场机遇的催化下，一批跨界企业（包括互联网科技企业、第三方TPA和创新支付企业）纷纷进入商业健康险市场，多维度积极布局，推动保险公司开展创新，陆续推出专病险、家庭险、长期医疗险等创新型产品，但都面临基础建设薄弱和逆选择难题，经营结果不佳。



商业健康险的市场创新

一批以百万医疗险、惠民保、税优健康险和特药险为代表的新产品不断涌现，快速丰富了商业健康保险的产品矩阵，体现出市场的创新活力。自2016年第一份百万医疗险问世之后，百万医疗险保费规模高速增长，个人健康险市场走向成熟。

税优健康险的困境

2016年，商业健康保险个人所得税优惠政策在全国31个试点城市正式启动。尽管产品示范条款的补充保障作用非常充分，但是，由于税优健康险属于个人自愿选择的产品，保险公司担心逆选择带来的巨大风险，造成税优健康险“叫好不叫座”的现象。

1、中国商业健康保险发展历程与评价

——新发展时期：商业健康险探索转型发展（2020-今）



市场环境的剧烈变化

进入十四五期间，商业健康险的内外部环境发生剧烈变化，在疫情冲击和经济下行的大背景下，个险渠道代理人等保险销售中介渠道持续收缩，商业保险市场利用供给诱导需求的效用大幅下降，保费增速放缓。



国家政策的推动

一方面宏观政策要求商业健康保险加强与基本医疗保险的衔接，在多层次医疗保障体系中发挥更大作用；另一方面行业政策要求强化制度规范，打造健康保险的整体监管体系，切实维护保险消费者的合法权益。



个人商业健康保险市场的内卷

个人商业健康保险市场加速内卷，行业监管政策持续规范收紧；重疾险持续回落，以百万医疗为代表的高免赔、高杠杆短期医疗险不断迭代，但增速已大幅趋缓；税优健康险扩容的效果依然不及预期；整顿“药+保”通道业务，遏制市场带病体伪创新。



惠民保的井喷式发展

通过政府部门的合力推动、积极链接医疗健康服务资源和利用科技互联网运营手段，惠民保在短短三年时间内覆盖了全国30个省份，不论是承保人数之广，还是参与公司之多，堪称保险史上现象级的产品，成为我国金融强国建设中普惠保险发展的重要样板。

1、中国商业健康保险发展历程与评价

——新发展时期：商业健康保险走向深度变革期

基础设施建设对商业健康保险的影响

商业健康保险将迎来协同推动医药产业高质量发展的新局面，基础设施建设作为重要支撑，对商业健康保险的发展有着深远影响。

保险公司与医疗信息系统对接破局

政府的推动将改变保险公司和医疗机构之间的信息系统对接困难、数据治理难度大、信息平台建设成本高、推进速度慢的行业困局。

政府推动下的商业保险结算平台试点

政府加快了对商业医疗保险结算平台的建设，如济南市“保医通”服务平台实现了企业补充医疗保险的即时结算。

商业医疗保险结算平台建设加快

上海市实现了“医保+商保”的一站式结算，中国银行保险信息技术管理有限公司还推进了保险行业对医保共享信息的应用。

国家基础设施建设的推动作用

国家积极推动各项基础设施建设，技术接口与数据标准不统一的问题得到解决，为商业健康保险的发展提供了良好的环境。

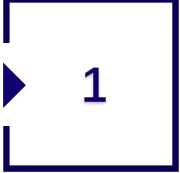
公共数据资源开发利用的意见

《中共中央办公厅 国务院办公厅关于加快公共数据资源开发利用的意见》提出，优先开放与民生紧密相关、社会需求迫切的数据，这将进一步推动医疗健康大数据平台的建设。

国家积极推动各项基础设施建设的背景下，传统的商业健康险运营模式将迎来巨大变革

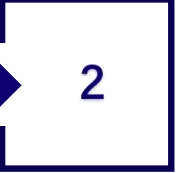
2、中国团体健康保险发展的历史、特征、问题

——中国团体保险的发展历史（1926-1998）：舶来、中断、新生



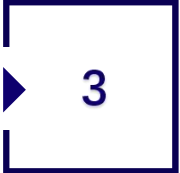
团体保险的起步

1926年起，中国首个团体保险由华安合群保寿股份有限公司创办，保额和保费由企业决定和缴纳，形成了关爱员工的良好风尚。



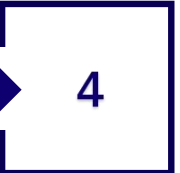
团体保险的中断

由于战乱和列强资本垄断，团体健康保险的发展中断，寿险业也一度停办，体现了旧中国人寿保险业西学东渐的过程。



团体保险的新生

1982年，中国人民保险公司开办了“上海市合作社职工医疗保险”，标志着中国健康险业的起步和团体保险的新生。



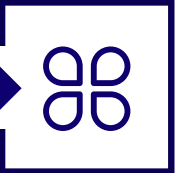
团体保险的作用

得益于90年代国家医疗保障制度的缺失，商业保险公司利用早期积累的团体医疗保险实践经验，快速拓展市场。



团体保险初期市场

商业保险公司主要靠学生平安保险、旅游意外伤害保险等短期业务维持保费规模，且较多使用行政手段展业。



团体保险的发展

1992年，团体医疗保险市场迅速发展，全国在售的医疗保险产品70多种，保费收入3.1亿元，成为企业和员工重要的保障方式。

2、中国团体健康保险发展的历史、特征、问题

——团体健康保险走向多元发展（1998-2008）：分化、转换、多元

政策背景

企业补充医疗保险最早的政策依据来自于1998年国务院颁布的《国务院关于建立城镇职工基本医疗保险的决定》（国发[1998]44号），“为了不降低一些特定行业职工现有的医疗消费水平，在参加基本医疗保险的基础上，作为过渡措施，允许建立企业补充医疗保险。企业补充医疗保险费在工资总额4%以内的部分，从职工福利费中列支，福利费不足列支的部分，经同级财政部门核准后列入成本”。2003年，财政部《关于企业为职工购买保险有关财务处理问题的通知》明确“参加基本医疗保险的企业，为职工建立补充医疗保险，所需费用在工资总额4%以内的部分，从应付福利费中列支，应付福利费不足部分作为劳动保险费直接列入成本”。

医保模式

在此政策下，补充医疗保险出现了几种不同的形式：第一种是国家对公务员实行的医疗补充，用于国家公务员在参加基本医疗保险基础上所享受的补充医疗保险政策。第二种是社会医疗保险机构开展的补充医疗保险，定位与基本医疗保险“封顶线”之上的大额医疗费用补偿，发挥减轻用人单位和患病职工医疗负担的作用。这两种补充医疗保险都是由社会基本医疗保险经办机构管理运营。

社会模式

第三种是由工会、行业协会经办的互助型补充医疗保险，如全国总工会组织设立的“中国职工保险(保障)互助保险”、四川省总工会下属的四川省职工保障互助会举办的“职工住院医疗互助保险”，为工会会员提供医疗费用的补充保障。第四种是由商业保险公司通过团体保险开办的企业补充医疗保险，实行市场化的运营管理，部分企业还同时为员工购买团体重疾险、团体意外险、团体定期寿险等福利项目。

2、中国团体健康保险发展的历史、特征、问题

——团体健康保险走向多元发展（1998-2008）：分化、转换、多元

多元发展时期团体健康保险的市场预期

01

这一时期，正值中国加入WTO组织。有资料记载，按照中国加入WTO承诺，2004年12月11日中国向外资保险公司全面开放团险市场，2005年1月12日，首批获准经营团险的合资公司中英人寿与3家中国企业签署了团险保单，这是合资公司首次在团险市场亮相；4月，中意人寿从其大股东之一中石油拿得的200亿元天价保单，创下了团险业务规模的历史纪录。着眼于欧美国家团险市场的发展状况，波士顿咨询公司曾预测：“2006年中国团体寿险将达到1000亿元的规模。”时任保监会副主席魏迎宁也曾表示，“随着社保制度在补充医疗保险和企业年金方面政策的支持日益明朗，以员工福利计划为主要经营方向的团险，将成为增长点”。

多元发展时期团体健康保险的实际效果

02

然而，受城镇职工基本医疗保险制度改革以及个人健康险、重疾险引入保险市场的多重影响，团体健康保险发展增速放缓。统计表明，团险保费在人身险保费收入中的比重从1996年的87%下降到2003年的不足20%。根据三家上市保险企业数据看，从2006-2008年，无论是健康险还是团险，占总保费的比重持续下降。

2、中国团体健康保险发展的历史、特征、问题

——团体健康保险走向多元发展（1998-2008）：分化、转换、多元

多元发展时期的团体健康保险创新

从1998到2008年的十多年里，由商业保险公司通过团体保险开办的企业补充医疗保险业务呈现多元创新的蓬勃之势。例如，如广州粤电集团曾以年度计提方式按照职工工资总额的4%提取企业补充医疗保险基金，并与泰康保险公司建立委托代管合作模式，存入泰康指定的账户，每年给泰康1‰的管理费，当员工购药、门诊或者住院时，凭发票按比例报销。此外，存入账户的资金泰康还会按照3.5%计息。此外，一些国央企、大型金融机构也会向商业保险公司购买团体健康保险服务，以满足职工补充保障和健康福利的需要。



这类交由商业保险管理的企业补充医疗保险，因在方案设计等方面的灵活性、定制化和节税优势，从2000年之后快速发展并延续至今天。然而，由于这一阶段的团体健康险缺乏有效法规的管理，市场上出现了许多风险保障与委托健康服务、投资服务不分的混乱状况。2008年，原保监会下发了《关于健康保障委托管理业务有关事项的通知》(保监发[2008]42号)，要求保险公司开展健康保障委托管理业务应由总公司开发产品，并向中国保监会备案，单独建账，根据委托人的委托，保险公司可以对委托基金进行投资管理，但不得对委托基金提供增值保证。

同年，《企业会计准则解释第2号》颁布，促使保险公司将保险业务与委托管理类业务分开记账。然而，由于兼具健康保障和委托投资的优势，市场上团体客户的需求依然旺盛，因此这类业务呈现持续增长趋势。

2、中国团体健康保险发展的历史、特征、问题

——团体健康保险进入发展瓶颈期（2009-今）：挤压、僵化、停滞

重疾险挤压团险市场

2009年，《中共中央 国务院关于深化医药卫生体制改革的意见》颁布，启动中国医改大幕。这一阶段的商业健康险在重疾险政策利好的推动下，也进入了发展快车道。2013年8月，中国保监会宣布经国务院批准，普通型人身保险费率改革正式启动，将重疾险产品的预定利率由2.5%提升到了3.5%，大大降低了重疾险的定价水平，意味着消费者可以买到更好更优惠的重疾产品，健康险市场成为重疾险“战场”。

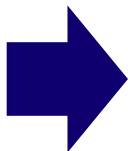
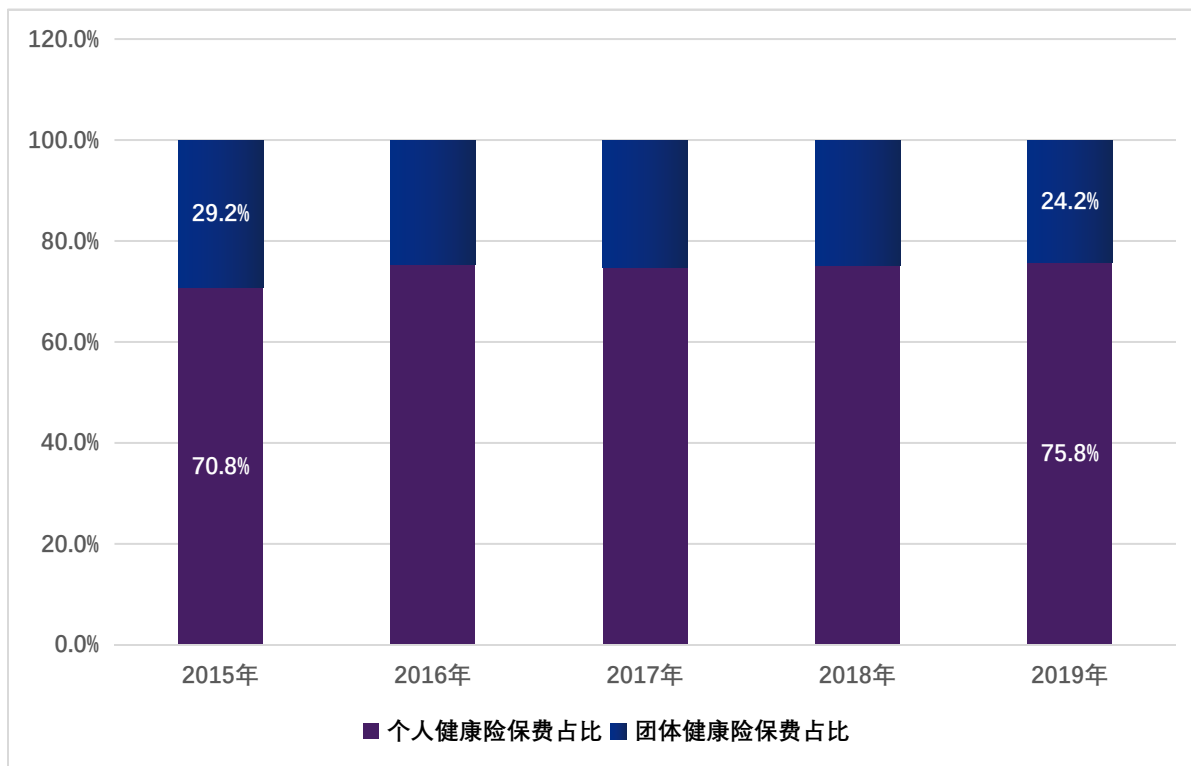


图1：2015-2019年个人健康险和团体健康险收入结构占比



2、中国团体健康保险发展的历史、特征、问题

——团体健康保险进入发展瓶颈期（2009-今）：挤压、僵化、停滞



团险市场发展缓慢

目前，团险业务在寿险公司总保费规模中占比已低至4%左右。在团体健康险的构成中，企业补充医疗保险约占32.7%、大病保险经办约占49.0%，后者为政府委托承办业务，这两类在团体健康险中占比超过80%。



注：数据来自监管机构公布的保费统计数据与行业交流信息。

2、中国团体健康保险发展的历史、特征、问题

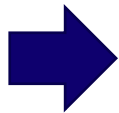
——团体健康保险进入发展瓶颈期（2009-今）：挤压、僵化、停滞

在政策性健康险业务方面，2012年，随着大病保险制度的正式实施，原保监会先后出台一系列法规文件，对保险公司开展大病保险业务实行降低偿付能力要求、免征监管费、统一数据统计、规范投标管理等，促进了大病保险制度的规范运行。2020年2月，《中共中央 国务院关于深化医疗保障制度改革的意见》又对大病保险提出新要求——“完善和规范”，还提出强化基本医疗保险、大病保险与医疗救助三重保障功能，促进各类医疗保障互补衔接，提高重特大疾病和多元医疗需求保障水平。城乡居民大病保险制度在政策推动下得以全面覆盖，根据国家医保局披露的信息，推算2023年大病保险管理资金为916亿元，较2008年的26.2亿元增长了近40倍。

大病保险在政策支持下全面铺开



健康保障委托管理基金
政策收紧



近年来，随着经济社会的发展和人民群众保险意识的提升，越来越多的企事业单位为员工提供基本医疗保险之外的健康保障服务，并委托给保险公司经办，促进了保险公司健康保障委托管理业务的发展。健康保障委托管理基金尽管受到监管新规的影响，保司积极性显著下降，业务规模大幅收缩，但市场需求依然强劲，即便不纳入保险口径，也取消了投资功能，但健康保障委托管理业务仍有其独特的制度价值。从国际上看，健康保障委托管理是多层次多样化的医疗保障体系的一个组成部分。

2、中国团体健康保险发展的历史、特征、问题

——团体健康保险进入发展瓶颈期（2009-今）：挤压、僵化、停滞

多种补充医疗保险制度并存，缺乏整体架构与有效衔接

职工大额补充医疗互助/救助制度、大病保险制度、工会组织举办的补充医疗互助保障等。补充医疗保险在多层次医疗保障系统中缺乏整体架构，不同补充保障之间缺乏有效衔接。



补充医疗保险制度分散割裂

政策框架陈旧，制约市场发展

2002年《财政部、劳动保障部关于企业补充医疗保险有关问题的通知》等政策体系几乎都停留在二十年前。政策的陈旧落后，造成实践中难以突破发展瓶颈。



2、中国团体健康保险发展的历史、特征、问题

——团体健康保险进入发展瓶颈期（2009-今）：挤压、僵化、停滞

01

我国社会基本医疗保险制度自建立以来取得了举世瞩目的巨大成就，其各项基础建设和管理运营理念已位于国际先进水平。反观商业医疗保险领域，长期以来，商保公司缺乏医疗基础数据以及在此基础上的支付管理手段，团体企补医疗只能通过将基本医保先行支付作为前置条件来设计保障计划，其中大部分的保费定价用来覆盖基本医保“自付一”的部分，对于基本医保政策范围外的自费部分，目前商保行业尚无有效的管理手段，因此各家经营主体都不敢随意扩大保障范围。

02

由于国内团险市场缺少有公信力的医疗风险数据，造成多年来保险公司在竞争大型企业补充医疗业务上普遍缺乏精算核保定价依据，有部分险企采用“锚定竞品”策略，定价模式存在很大的风险隐患，由此滋生低价经营、恶行竞争和商业贿赂等不良现象，加速行业内卷。

03

商业保险行业未能建立与医疗机构的支付管理机制以及信息化平台，为了降低管理成本，在理赔风控和医患双方合理医疗行为的管理上，只能采取粗放简单的方式，主要依据医疗票据进行事后理算和理赔，管理手段极度落后，赔付成本难以遏制。

2022-2023年商业健康险个、团分类赔付率

保险公司分类	2022年 (简单赔付率)	2023年 (简单赔付率)	个、团健康险分类赔付率		
			分类	2022年	2023年
人身险公司	74.7%	82.2%	个人（中位数）	35.8%	30.8%
			团体（估计值）	113%	122%
财产险公司	75.3%	74.7%	个人（中位数）	42.8%	44.9%
			团体（估计值）	106%	105%

3、中国商业健康保险分类调研及市场评估分析

——保险市场竞争现状分析：基于市场调研访谈

高度细分与同质化竞争

当前保险市场竞争呈现高度细分和同质化竞争的特点。各类保险公司纷纷推出细分市场产品，但产品功能和性质高度相似，导致消费者在选择时难以区分差异。

销售渠道成本固化

寿险公司主要依赖代理人销售重疾险等高价值产品，而互联网渠道凭借高流量转化率，成为百万医疗险的核心销售渠道，但渠道成本刚性固化，保险公司经营承压。

产品结构失衡

在产品结构方面，重疾险主导市场，医疗险覆盖不足，导致险种结构失衡。产品设计上也存在缺陷，缺乏对轻症、慢性病的动态管理，难以满足患者实际治疗需求。

健康险公司专业化能力不足

由于早期产、寿公司的竞争，专业健康险公司在市场上的份额较低；同时，由于缺乏足够的医疗数据积累和有效的风险控制能力，从而制约了其专业化和差异化竞争力的发展。

盈利模式单一

当前健康险的盈利模式相对单一，主要依赖保费收入、承保盈利和资产投资。这种单一的盈利模式与保险公司的财务监管规则直接相关，限制了多元创新的增长空间。

产业协同面临困境

在保险与医疗体系、医疗产业的协同中，各环节之间都存在困难，尤其是数据共享和风险控制方面的协同性不足，影响了整个产业的健康发展。

3、中国商业健康保险分类调研及市场评估分析

——产业协同发展机遇：基于市场调研访谈



医保DRG/DIP支付方式改革

医保DRG/DIP支付方式改革为商保提供承接创新疗法和先进医疗支付缺口的机会，这一变革推动了商保支付机会的增加，并为创新医疗支付模式提供了新的可能性。



高端医疗直付网络布局

保险公司加速布局高端医疗直付网络，尽管面临高昂运营成本，但通过提供更便捷的医疗服务，有望吸引更多高端客户，推动医疗服务治疗的提升。



降低运营成本

通过分级诊疗合作和数字化工具降低成本，探索深度合作模式，将有助于保险公司在控制成本的同时，提高服务效率，实现可持续发展。



政策协同

推动商保支付标准化建设，积极纳入创新药械，并通过税收政策扩大带病体、老年群体覆盖。政策的协同作用对于促进商保发展，扩大其服务范围至关重要。

第二部分

新时代中国特色商业健康 险的使命与定位

CONTENTS

章节

1. 当前商业健康保险所处的政治背景和时代需要
2. 中国特色商业医疗保险的功能定位探讨
3. 企业团体医疗保险在多层次医疗保障体系中的优势与挑战分析
4. 新时代企业团体补充医疗保险的改革方向探讨



1、当前商业健康保险所处的政治背景和时代需要

——中国商业健康险所处的政治背景和新时代需要



党的二十大明确提出，高质量发展是全面建设社会主义现代化国家的首要任务，推动高质量发展是当前和今后一个时期确定发展思路、制定经济政策、实施宏观调控的根本要求。



高质量发展的最终目的是人民幸福安康，越是经济面临严峻复杂形势，越要聚焦民生关切、守护美好生活。



党的二十届三中全会审议通过的《中共中央关于进一步全面深化改革、推进中国式现代化的决定》提出，在发展中保障和改善民生是中国式现代化的重大任务，高水平社会主义市场经济体制是中国式现代化的重要保障。

政府的手

系统性、整体性、协同性
体制机制

市场的手

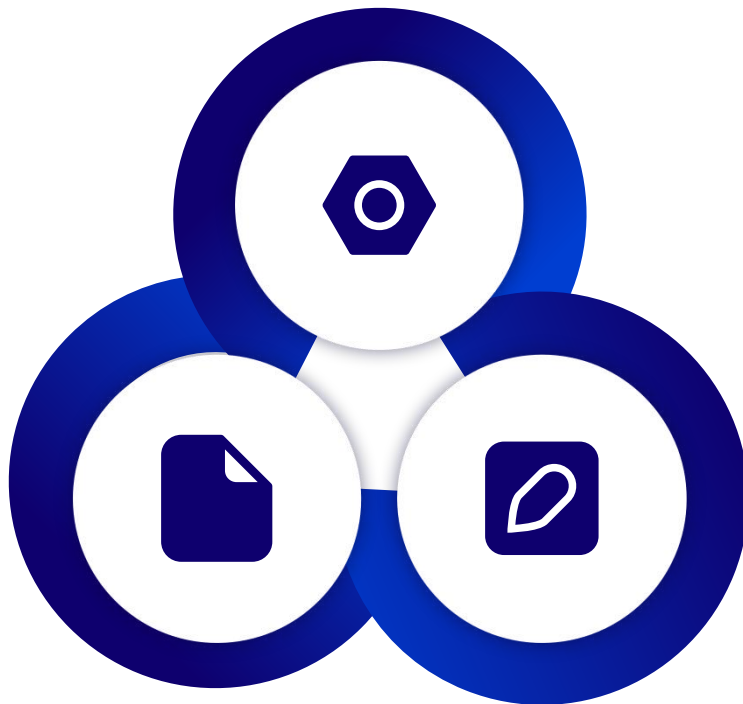


1、当前商业健康保险所处的政治背景和时代需要

——深刻把握客观规律是推进新时代多层次医疗保障体系的需要

推进高质量发展还有许多卡点瓶颈，因此，必须在深刻把握“三医”和保险保障领域客观规律和发展逻辑的基础上实现变革创新。

医疗保障承载着减轻群众就医负担、增进民生健康福祉、维护社会和谐稳定的重任，是一项重要的制度安排。



随着卫生总费用占GDP比重不断提升，无论是站在“国”的角度，还是站在“民”的视角，医疗支出的逐年增加将给国家和个人带来不断攀升的压力。



1、当前商业健康保险所处的政治背景和时代需要

——新时代中国特色商业健康险面对的使命和责任

- ✓ 2020年，党中央、国务院印发《关于深化医疗保障制度改革的意见》，提出“促进多层次医疗保障体系发展”，“促进各类医疗保障互补衔接”，“加快发展商业健康保险”，“用足用好商业健康保险个人所得税政策”等重要举措；
- ✓ 2021年，国务院办公厅印发《“十四五”全民医疗保障规划》，进一步明确基本医保“保基本”的定位，鼓励支持商业保险机构开发与基本医保相衔接的商业健康保险产品，更好覆盖基本医保不予支付的费用。



“健康中国”已上升为重要的国家战略，党和国家对保险行业参与社会治理、发挥健康保障功能的决策期待，同时对当前中国商业健康保险制度改革指明了方向。

商业健康险行业唯有充分理解新时代所赋予的使命，才能明确为之努力的方向，在高质量发展中彰显自身价值。



- 如何践行新发展理念，以积极的姿态主动融入“三医”协同治理的体系，助力国家构建多层次医疗保障体系；
- 如何贯彻以人民健康为中心，深度参与公立医院高质量发展的进程，共同构建高效有序的就医诊疗新格局；
- 如何助推先进医药产业高质量发展，让医药创新发展成果用于人民群众吃好药、治好病的现实需求。



2、中国特色商业医疗保险的功能定位探讨

——中国基本医疗保险制度的主要特点

1

讨论商业健康保险的功能定位，离不开对基本医保制度功能定位的认识，我国现行的基本医疗保险以低水平、广覆盖、保基本、社会化服务为基本原则，通过建立国家、单位、家庭和个人标准统一、合理分担的筹资机制，对接医疗服务体系支付管理，实现全社会的互助共济，满足全民的基本医疗保障需求。

2

商业健康险在过去的二三十年时间内，医疗保险之所以发展不足，除了与保险行业自身的原因有关外，与外部医疗卫生服务市场的发展也有直接影响。

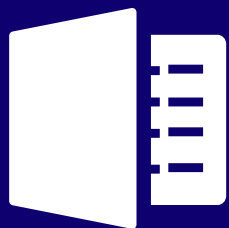
3

当前，由于深化基本医疗保险改革的一些措施使得公立医疗服务供给侧出现了一些变化，例如，由于“国谈”和“集采”以及DRGs政策的实施，公立医院在先进药械采购进院方面缺乏动力，对患者提供的医疗服务越来越局限，医护收入水平有所下降，医患双方不满情绪有所体现。



2、中国特色商业医疗保险的功能定位探讨

——基本医保的定位对商业医疗保险的影响



01

我国的基本医疗保险是定位于覆盖全民参与、体现社会公平、满足基本医疗保障的总体性制度安排，体现公民的权力与义务。



02

由于社会保险“保基本”的定位，基本医疗保险的支付范围由“统一待遇清单”决定，这就使得“基本”之外仍有一部分未保障的空间。



03

如果达到世界卫生组织（WHO）倡导的个人卫生支出在卫生总费用中占比15%的目标，商业健康险未来至少还应新增1万亿以上规模。



2、中国特色商业医疗保险的功能定位探讨

——服务供给侧对商业健康险功能定位的影响



中国以公立医院为主的医疗服务体系长期面临医保依赖、服务项目单一、价格管制严格等问题，只有特需医疗、国际医疗服务及其它市场竞争比较充分、个性化需求比较强的医疗服务，实行市场调节价，但特需等这类医疗服务规模被严格控制，且基本医保几乎对这部分医疗服务没有支付。

站在基本医保全民覆盖、全民筹资、全民享有的角度，基本医保也应对差异化、多元化的医疗服务供给市场予以充分覆盖和有效率的支付，从而体现全民医保权力义务相统一、基本公立医疗服务市场与多元服务市场相互促进、基本医保与商业健康保险相互补充衔接的新发展格局。

通过重构基本医保对社会整个医疗服务供给侧的定位，尤其是对高质量、创新型医疗服务供给的合理支付，将极大地促进多元化医疗服务供给市场的发展，同时也有助于理顺商业健康险在“三医”协同体系中的功能定位，即：以广泛多元的非基本医疗服务市场为对象、以基本医保公平性支付为前提、衔接补充型支付为目的、“医疗—保险”生态系统。

2、中国特色商业医疗保险的功能定位探讨

——商业健康险在多层次医疗保障体系中的补充作用

思潮一：

补充型

传统的商业健康保险多为补充型，如百万医疗、惠民保、企补医疗等，在DRG/DIP机制下，患者自付费用被控制在较低水平，因此“补充性”商业保险发挥作用的概率以及空间可能被压缩，对于投保人的吸引力有所下降。

观点

发展面向差异化、多层次医疗服务体系的“补充型”商业医疗保险，是全民基本医保制度下的必然选择。通过基本医保对不同层次的医疗服务的公平支付，商业健康险保险才能发挥对应不同层次、满足不同需要的补充保障功能。

思潮二：

替代型

购买“替代性”商业健康保险的患者，在结算时可以完全不使用医保报销，医疗费用仅来自于商业保险赔付以及自付费用。对于有一定支付能力的患者，如果想要使用价格较高的治疗方案，可能更适合跳出医保，选择“替代型”保险。

观点

“替代型”商业健康保险在中国并不具有发展空间，所谓“跳出医保”，在短时间内可能促进中高端商业健康险的增长，但长期来看，或将带来中高收入人群脱离基本医保的筹资体系，对全民医保的覆盖面构成不利影响。



3、企业团体医疗保险在多层次医疗保障体系中的优势与挑战分析

——个人健康险市场难以发展壮大的根本原因

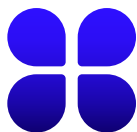
01

医疗保险是基于大数法则原理下对健康经济风险的一种转移和财务补偿机制，也是对医疗服务信息不对称的一种制约机制。由于保险是天然具有逆选择和道德风险的特殊产品，因此，世界各国普遍通过立法、税收等措施强制建立国民健康保险制度，从而克服保险逆选择和筹资成本问题。



02

商业保险由于其非强制性特征，使得逆选择对保险公司的困扰如影随形，其防范成本与管理难度都极大。特别是在个人健康险市场上，逆选择带来的负面效应尤为明显，集中体现在个人筹资整体覆盖率低、高风险已病个体投保意愿高，不利于健康保险风险分散作用的发挥。



03

一份来自美国早期的学术研究《医疗筹资和组织变革项目研究报告：个人保险市场是健康保障改革的基石吗？》，通过对多年度跟踪样本数据的实证研究，较为充分地证明了个人健康险市场的低效和缺陷。





3、企业团体医疗保险在多层次医疗保障体系中的优势与挑战分析

——团体保险在解决逆选择方面的优势和作用



团体保险主要通过对集体的选择来代替对个体的选择，这是团体保险最主要的特征。



由于是对集体进行统一投保，保险公司可基于整个团体的风险状况来设定保险条款和费率。



在团体保险中，通常要求团体内有较高比例的人参加保险，这样可以尽可能避免只有身体状况差或风险程度高的人投保。



团体中人数越多，发病率等指标的预测就越稳定，有助于保险公司更准确地评估风险，做出合理定价。



众多团体成员之间的风险差异可以在更大范围进行平滑，从而提升风险分散能力，降低逆选择的消极因素，保险公司的赔付风险也相应降低。



3、企业团体医疗保险在多层次医疗保障体系中的优势与挑战分析

——团体保险作为高效的筹资及保障工具的优势

01

从全球范围看，企业团体保险是一种公平高效且稳定的筹资工具。

02

对于企业面向全体员工提供的医疗保险，在很大程度上具有社会风险共济的属性。

03

发达国家普遍通过政府的支持政策或慷慨的税收优惠政策加以引导。

04

团体保险作为一项高效的筹资及保障工具，在企业或行业解决员工健康保障福利方面发挥着极其重要的作用。

逆选择是个人健康险市场始终难以克服的行为，使得保险公司不得不用高昂的成本去换取狭窄市场空间。
即便在AI技术发展的未来，科技也无法改变这一切，因为最终决策付费的是理性经济人。

健康保险普遍采取团体保险的内在原因



3、企业团体医疗保险在多层次医疗保障体系中的优势与挑战分析

——企业团体补充医疗保险在对接医药服务体系方面的作用

优势

01

团体保险作为一项高效的筹资及保障工具，在对接医药服务体系方面也扮演着十分重要的支付方角色。

02

团体健康保险基本费率的厘定不仅要考虑死亡率、疾病发生率、费用率、利息率等因素，还要考虑医疗技术水平、医疗设备和医疗机构的管理等因素。

02

团体健康保险的费率厘定通常采用经验费率，保险费率的计算不随单个被保险人的年龄或身体变化而变化，所有被保险人适用统一的费率，并定期进行调整，有助于扩大可保群体的范围。

04

团体健康保险调控较为灵活，能够根据定制化需要，覆盖门诊、住院、牙科、药品等综合医疗保障，满足客户真实需求，合同一旦订立之后，原则上不允许变更保险责任。

挑战

- 随着人口老龄化程度的不断加深,无论是作为保障主体的基本医疗保险还是各类商业医疗保险，都将面临支出快速增长和收入持续放缓的压力，从而使得现收现付制的运行模式面临严峻挑战。
- 从全球范围看，人口老龄化也对实行现收现付制医疗保险的国家构成了共同威胁
- 如何形成老龄化社会健康可持续的筹资模式是当下探讨补充医疗保险顶层设计需要优先考虑的问题



新时代企业团体补充医疗保险的改革方向探讨

——重构补充医疗保险制度层



多层次医疗保障体系的定义

社会保障制度改革以来，中国已经初步形成了以基本医疗保险为主体、医疗救助为底线、补充医疗保险共同发展的多层次医疗保障体系框架。而健全多层次医疗保障体系，促进各层次保障之间的有序衔接，则是党的二十大明确提出的新任务目标，旨在让人民群众获得更高质量、更加公平、更有效率、更可持续的医疗服务。2024年，国家医保局提出要健全“1+3+N”的工作安排，即以‘1’个大数据平台为基础，完善基本医保、大病保险、医疗救助‘3’重保障屏障，支持商业保险等社会‘N’种保障力量协同发力的多层次医疗保障体系。



商业医疗保险在多层次医疗保障中的具体表现

多层次医疗保障体系构建过程中，商业健康险一直充当一种“泛补充”角色，缺乏具象化色彩。无论是重疾险，还是百万医疗、惠民保、防癌医疗险等各类产品，在保障功能上呈现出多元化、分散化、碎片化的状态。产品和产品之间责任交叉重叠亦或功能割裂，导致客户认知模糊，社会认同度低。数量繁多、责任不同、运行分散的健康险市场严重制约了与基本医疗保险、医药卫生服务体系的信息化互联互通。



在宏观视角上，“泛补充”角色难以清晰地呈现出商业健康险在多层次医疗保障体系中，究竟发挥了什么作用？发挥了多大作用？作用发挥在哪儿了？



因此，国家应对补充保障制度层进行重构，为社会和民众提供一个整体性的补充保障解决方案。



4、新时代企业团体补充医疗保险的改革方向探讨

——第二支柱企业年金提供的成功范式

企业年金：20年发展成就

从2012年至2024年，我国企业年金参保企业的总数由最初的5.47万户跃升至15.26万户，积累规模增长至近3.5万亿元，这一数据反映了中国企业年金市场的快速增长和积累成就。



基于职业人群的第二支柱福利制度

我国的企业年金制度在职业人群补充养老二支柱的整合性制度设计方面给出了一个可供借鉴的样板：人力资源社会保障部作为企业年金制度的总体规划部门，在整体制度框架的设计上，独立于一般人寿保险的法规及业务操作规则，但商业保险公司、养老金公司作为企业年金的主体之一，承担受托管理、账户管理等工作，银行、资产管理公司、基金公司承担托管、投资管理等工作。

基于此，国家应建立一套独立于一般商业健康险的企业补充医疗保险制度体系，并整体规划法规制度、参与者范围、筹资方式、保障范围、资金管理、理算及支付方式以及组织管理等政策框架，从而更好地发挥职业人群补充保障层的整合效应。



4、新时代企业团体补充医疗保险的改革方向探讨

——探索企业补充医疗保险有效的筹资模式

单位+个人

固定与灵活搭配

在保障供给侧，应着眼于职业人群及其家属的真实保障需求，提供可供选择的补充保障责任或产品计划，如扩充基本医保外的自费门诊、住院保障产品、特需类中高端医疗保险以及附加女性专病、孕产、处方药、疾病预防或健康管理等可选责任。

保险+账户

短期与长期结合

在财富需求侧，获取无风险收益或额外回报对个人的资金决策有着直接影响，因此，设置账户式资金管理功能有助于促进个人积累用于未来老年、疾病、失能等风险发生时的专项基金。同时也能解决牙科、眼科、中医保健等不完全符合保险射性原则服务项目的补充消费。



这一改革思路并非增加企业与个人的筹资负担，而是通过建立分担型、账户制的筹资模式，撬动企业或单位筹资的杠杆效应，将个人筹资纳入企业或单位这一效率极高、成本极低的载体上来，从而实现在人口老龄化背景下贡献所得相对等、共济积累相结合、长期健康可持续发展的合理目标。





4、新时代企业团体补充医疗保险的改革方向探讨

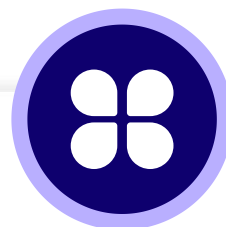
——企业补充医疗保险税收优惠政策有待完善



现有税收优惠政策的问题

由于现有企补医疗保障范围的固化，使得绝大部分企业在员工补充医疗保险上的投入仅占工资总额2-3%，没有用足4%的政策空间；

在个人税优健康险政策方面，由于个人购买税优健康险数量较少，导致税收杠杆效应未能有效发挥。



企业税收优惠政策的优化

将企业所得税优惠政策与个人所得税优惠政策同步纳入工资福利的税前扣除环节，推动个人税优额度的充分利用，支持职工选择家庭联保，并积极出台家庭多人口税优政策以及加大对中小企业的税收倾斜力度，切实发挥企业补充医疗保险在人群覆盖面、筹资稳定、保障提升以及长期储备方面的优势。



4、新时代企业团体补充医疗保险的改革方向探讨

——改革空间预测及潜在挑战分析



新模式下的企业补充医疗保险或将带来5000亿-8000亿的筹资规模

根据《中国统计摘要（2022年）》数据，采用规模以上企业数量、吸纳用工人数等数据，按照企业对职工补充医疗保险人均筹资假设，结合个人税优健康险额度下的个人筹资假设，测算得出改革带来的潜在筹资增量。

潜在挑战

面对全球经济持续衰退，带来投资收缩、贸易收缩、需求收缩、就业困难等一系列负面影响，国内部分企业生产经营困难,职工就业增收面临压力，同时，随着科技、人口、产业结构的更新迭代，越来越多的人开始选择具有弹性时间的工作方式，随着未来“Z世代”的成长，强烈的自我意识也会催生更多短期灵活、为自己打工的就业模式。在此背景下，通过增加筹资提升和改善福利保障的难度变得更为艰巨。

第三部分

商业健康保险与医药产业
高质量协同发展的空间与
方向探讨

章节

CONTENTS

1

商业健康保险与医疗服务
供给侧的协同发展

2

商业健康保险与药械生产
侧的协同发展

3

商业健康保险与健康服务
市场的协同方向

1、商业健康保险与医疗服务供给侧的协同发展

——公立医院逐利机制的形成与医疗支付方的发展（改革开放前—2009年）

医疗服务机构是医疗保险实现风险补偿和风险控制载体。

由医疗机构组成的医疗服务供给侧与保险保障主体构成的医疗费用支付侧，发挥着互相博弈、却又相互促进的作用。

公立医院逐利机制的形成

改革开放前，公立医院医疗服务收费低于成本，政府财政承担亏损补贴责任。随着医疗需求增长，政府补贴力不从心，导致医院资源匮乏，医疗服务能力不足。改革开放后，政府将医疗机构推向市场，公立医院逐利机制逐渐形成。

医疗支付方的发展

随着医疗服务供给侧市场化发展，公费医疗、劳保医疗和农村合作医疗面临困境，中国医疗保险制度改革拉开序幕。从1998年到2009年，医保体系逐步覆盖城乡居民，但仍存在覆盖面不足、保障水平有限、地区差异明显、管理体制不完善等问题。

商业健康险的发展

商业健康险市场处于初步发展阶段，主要面向高收入群体和特定群体。重疾险成为最早进入中国市场的商业健康保险产品之一，满足个人大病医疗费用需求。商业健康险发展迅速，但与医疗服务供给侧的协同基础薄弱，功能主要体现为金融属性。

基本医保和商业医疗保险的支付能力

随着医保制度建立和发展，医保基金支出占直接医疗费用的比例上升，个人卫生支出负担下降。但由于直接医疗费用和个人卫生支出稳定增长，个人购买商业健康险的意愿提升，商业健康险筹资占直接医疗费用比例稳定在5%左右。

1、商业健康保险与医疗服务供给侧的协同发展

——公立医院补偿机制改革与医疗保障支付方的博弈（2009—2017年）

01

公立医院补偿机制改革

2009年新医改提出“建设覆盖城乡居民的公共卫生服务体系、医疗服务体系、医疗保障体系、药品供应保障体系，形成四位一体的基本医疗卫生制度”，但由于资金、人才、制度设计、政策执行等方面的困难，医疗服务体系建设未能完全实现。

02

医疗保障支付方的博弈

由于“看病难、看病贵”问题突出，政府提出要逐步取消“以药养医”的模式，推动公立医院改革。但由于地方财政对医院的补贴不足，部分公立医院仍然依赖药品销售和医疗服务收费维持运营，“以药养医”现象难以根除。

03

商业健康险的发展

2015年，《关于城市公立医院综合改革试点的指导意见》出台，旨在解决公立医院运行中的深层次问题，破除“以药养医”的逐利模式。随着基本医保的保障力度增加，个人支出与医保支出基本达到平衡，商业健康险市场潜力得到进一步释放。

04

高端医疗市场的发展

高端医疗市场在政策松绑、市场需求增长和外资进入的推动下实现了快速发展，成为医疗服务体系改革深化和高端医疗需求释放的重要阶段。

1、商业健康保险与医疗服务供给侧的协同发展

——医改新阶段对医疗服务供给侧带来的变化（2018年—今）



医保支付方式改革

推行按病种分值付费（DIP）、按疾病诊断相关分组付费（DRG）等多元复合医保支付方式，促进医疗服务供给从粗放管理向精细化管理转变。



医保基金监管强化

建立健全医保监管制度，加强对医疗机构的监管，严厉打击欺诈骗保行为，维护医保基金安全。



药品耗材集中带量采购

通过以量换价，降低药品和耗材价格，减轻医院采购成本和患者负担。



医疗服务价格调整

药品耗材集中带量采购降低大型医用设备检查治疗和检验价格，腾出空间用于调高体现医务人员技术劳务价值的医疗服务项目价格。

1、商业健康保险与医疗服务供给侧的协同发展

——医改新阶段促使医疗服务供给侧转型发展（2018年—今）

服务理念转变

医院从过去单纯追求收入增长，转变为更加注重医疗服务质量和效率，关注成本控制和医保基金的合理使用。

精细化管理加强

按病种付费等方式促使医院加强对每个病种诊疗过程的管理，规范诊疗行为，优化诊疗流程，提高医疗资源利用效率。

学科发展与资源配置调整

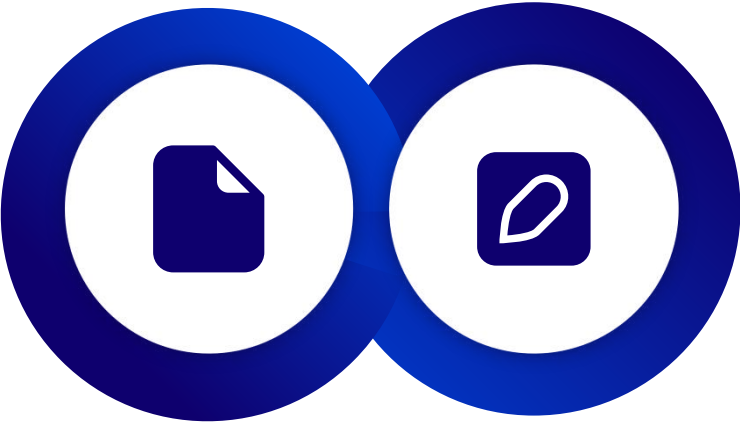
由于一些体现技术劳务价值的项目价格提高，医院更加重视护理、康复、中医等学科的发展，加大对相关科室的投入。

成本意识提升

药品耗材集中采购以及医保基金的严格监管，使医院意识到要加强对药品、耗材使用的管理，控制成本，减少浪费。

DRG/DIP支付方式的影响

DRG/DIP支付方式造成医院采购和治疗使用药械的范围大幅缩小，引发公众对药品质量的强烈不满，同时也造成商业医疗保险的补充保障作用受到制约。



商业医疗保险的发展机遇

商业医疗保险与医疗服务体系的深度融合，中高端私立医疗服务和第二健康市场加快形成，拉动消费升级和商业医疗保险的迭代创新。

2、商业健康保险与药械生成侧的协同发展

——历史视角下医药产业的印记：中医药、化药、生物药

中医药

中国是世界上最早发明医药的国家之一，中医药文化不断积累和丰富，逐渐形成了独特的中医理论体系和丰富的临床经验。

化药

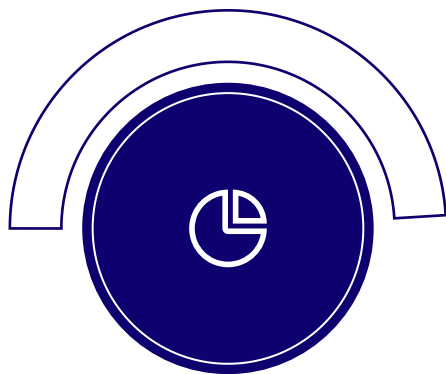
新中国成立初期，医药工业基础薄弱，主要以进口原料药简单加工成制剂。改革开放后，为中国的医药产业带来了新的发展机遇，引进了国外先进的医药技术和管理经验。

生物药

随着科学技术的进步，生物制药在全球范围内得到迅猛发展，各种新药和新疗法的出现，不仅在疾病治疗上展现出巨大的潜力，更在预防医学和个性化医疗领域发挥着重要作用。

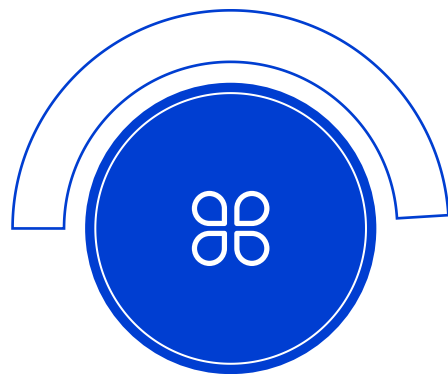
2、商业健康保险与药械生成侧的协同发展

——供给视角下医药产业的变迁：扩张、过剩、收缩



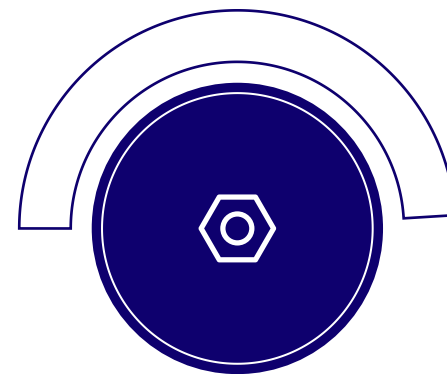
医药市场的增长

中国医药市场在过去十年中增长迅速，市场规模不断扩大，在全球医药市场中的地位日益重要。



医药产业的挑战

中国医药市场存在一定的结构性过剩现象，市场上存在大量同类型的药品和医疗器械，导致竞争激烈，部分产品供过于求。



医药产业的机遇

随着人口老龄化和健康意识的提高，市场对高质量医药产品和服务的需求增加，这对医药产业提出了更高的要求。

2、商业健康保险与药械生成侧的协同发展

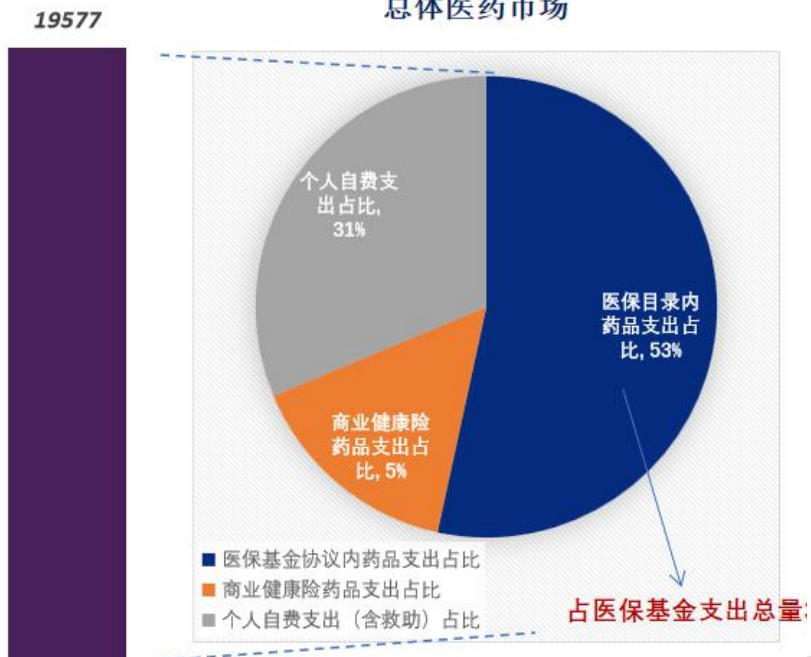
——支付视角下医药产业的发展：高质量、多元化、数字化

基本医保的支付作用

中国基本医疗保险在药品支出上的占比约为40%，支出总量约11283万亿元，占医药市场总量的53%，为整个医药产业提供了超过一半的支付资金。



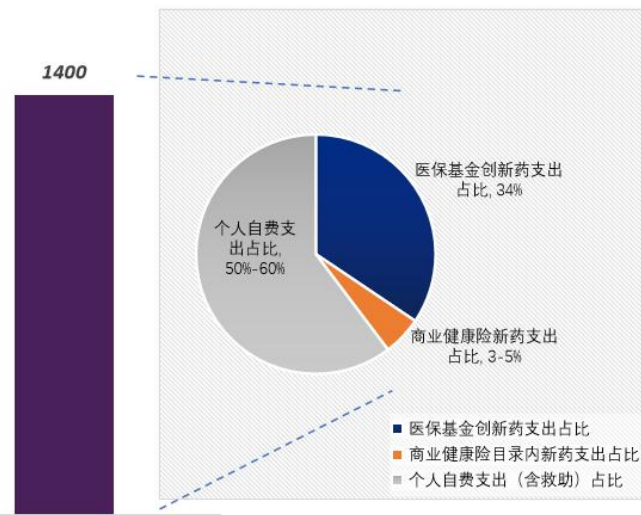
总体医药市场



中国医药市场规模 (亿元)



创新药市场



中国创新药市场规模 (亿元)

商业健康险的支付作用

在当前医药产业尤其是创新医药产业急需多元支付方的背景下，制定《商保药品目录》，引导商业保险支付方与医药产业供方走向激励相容的协同共进模式，对商业健康险的发展具有里程碑意义。

3、商业健康保险与健康服务市场的协同方向

——医疗服务供给侧的协同方向：打造以患者为中心的生态系统

建立集约化的商保医疗服务网络

- **借助基本医保一体化的基础信息平台：**实现对医保两定医疗机构的网络信息平台搭建；
- **借助专业TPA直付平台：**实现对公立特需、国疗、医学中心、私立、民营等医疗及健康服务机构的覆盖，并建立咨询、导诊、分诊、预约、预授、审核、支付、配送等一站式服务功能；
- **建立可量化的医疗质量评估体系：**为商业健康险公司、医疗服务提供者和监管部门提供明确的绩效评估依据，从而推动健康险行业的持续发展和医疗服务质量的提升。

建立事前、事中、事后全流程医疗成本控制体系

- **制定适合商业保险的合理的支付模式：**保险公
司与医疗机构协同设计服务包，确保与基本医保支付体系进行差异化支付，如按病种付费、按人头付费、按病程付费等，在充分考虑医疗机构成本的基础上，鼓励医院合理规划治疗方案，减少不必要的治疗和检查；
- **积极推动健康管理和预防服务：**商业健康险公司和医疗机构共同制定慢病管理方案，通过定期健康检查、个性化治疗方案和患者教育，降低慢性病患者的急诊和住院治疗需求；
- **建立绩效激励与惩罚措施：**根据医院控制成本、提高服务质量、降低不合理费用的表现进行绩效考核和奖励。

建立收入周期管理与基础数据能力建设

- **患者信息共享与保险覆盖验证：**在患者就诊前，医疗机构与商业健康险共享患者的保险信息，包括保单范围、覆盖项目、免赔额、报销比例等。
- **医疗账单生成与理赔协同：**医疗机构在服务结束后生成清晰的账单，并与商业健康险系统直接对接，快速启动理赔流程。
- **费用审核与支付管理：**保险公司对医疗费用进行审核，确认合规性后及时支付，同时医疗机构实时跟踪支付进度。
- **数据共享与协作分析：**通过医疗机构与商业健康险之间的数据共享平台，用于医疗服务数据和理赔数据的分析。

3、商业健康保险与健康服务市场的协同方向

——药械生产侧的协同方向：建立基于合理评价的准入管理机制

建立多元支付方式

- **与医药企业建立价格谈判方式：**以医保谈判为借鉴，多家商业健康险公司或委托方与药械企业展开价格支付谈判，推动药品与器械团购机制；
- **与医药企业建立风险共担方式：**商业医疗险公司与医药企业共同分担高价药物或创新疗法的费用风险，签订风险分摊协议；
- **建立支付-效果关联模式：**对高价药品实行“按效果付费”，即药品达到治疗效果后保险公司和患者支付；
- **药品福利折扣模式：**依托健康保障委托管理基金TPA企业，对新药、原研药等药械产品开展团购，为商业健康险公司受托管理的健康保障委托基金提供药品福利（折扣），满足团体单位职工门诊、院外购药等高频使用场景需求。

开展供应链生态合作

- **加强与供应链的协作：**参与药品集中采购，压缩中间流通环节，降低药品价格；
- **建立药品全国配送网络：**在重点区域建设药品配送中心，实现急需药品的快速供应；
- **建立药店直供模式：**构建覆盖全国的药品供应网络，推动院外处方流转支持，共建慢病用药供应体系；
- **构建智能化药品流通平台：**开发或引入药品流通管理系统，建立动态库存管理，智能匹配药品需求；
- **建立与药店和医院的直付系统：**报销透明化；
- **建立药事管理服务系统：**严密监控患者的用药量和用药情况，对具有潜在风险但临床价值显著的药物或生物制品进行风险评估，确保高风险药品的安全使用。

参与支持药械研发

- **提供新药研发需求方向：**商业健康险公司所已经积累的客户长周期的医疗数据，包括诊断、治疗、用药记录和健康指标等，可帮助制药企业识别疾病负担和未满足的医疗需求；
- **引入AI技术挖掘数据价值：**利用医疗大数据和人工智能AI技术，对患者群体进行精确分层，通过机器学习模型预测疾病进程，对疾病进程预测，支持创新药物靶点的开发；
- **支持临床实验设计：**商业健康险公司还可帮助医药企业优化临床试验设计，如进行试验匹配建议，分析患者数据与试验需求，优化入组标准，提高试验成功率。

3、商业健康保险与健康服务市场的协同方向

——商业健康险与健康服务市场的协同方向

循证医学核心是通过对疾病的系统性的研究（如随机对照试验、荟萃分析等）来评估医疗干预措施的有效性和安全性,它是以治病为核心的体系建立，目标是提高对疾病治疗中医疗决策的科学性和一致性。

询证医学

传统的询证医疗模式往往侧重于急性期的院内治疗，而忽视了疾病的长期管理和早期预防。

精准医学是一种基于个体基因、环境和生活方式的差异，为患者提供个性化治疗方案的医学模式。它通过基因组学、蛋白质组学、代谢组学等技术，深入分析个体的生物学差异，从而实现更精确的诊断和治疗。

精准医学

精准医学以人的健康为核心，重视生活方式的改变在疾病预防和病程管理中的重要作用，把先进的技术应用于疾病的早期诊断和数字化的全病程管理。

全病程管理是应对人口老龄化，提高慢病管理效率的核心策略，它不仅能够提高疾病控制率、减少并发症，还能优化医疗资源利用、提升患者生活质量。实现从“以疾病为中心”到“以人的健康为中心”的转变，最终达到改善患者健康状况、降低社会医疗负担的目标。

精准医学下的全病程管理

全病程管理通过系统化、连续性的干预，能够显著提升慢病管理的效果。适合于保险或健康基金账户与健康管理、药械福利的结合，提供疾病预防、早期筛查、慢病管理等服务，降低疾病恶化的风险

第四部分

不同国家或地区商业
医疗保险的比较研究

章节

CONTENTS

1

国际视野下的商业医疗保险概述

2

七个国家或地区商业医疗保险市场发展状况比较

3

不同国家或地区比较的启示与借鉴

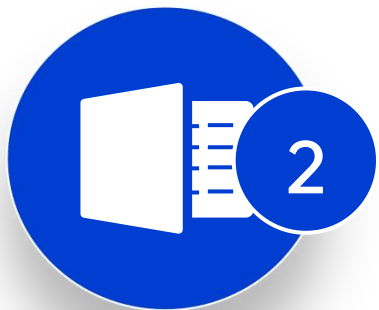
1、国际视野下的商业医疗保险概述

——商业健康保险的市场分类、制度基础与功能定位



商业健康保险的市场分类主要取决于各国对公平性、效率性及可持续性的价值排序。根据法律或政府在商业健康保险政策及管理中发挥的作用，可将其分为：

- 政府主导型：国家立法或政府制定具体规则并统筹管理基础上运行的商业健康保险；
- 政府支持型：政府在提供资金支持、税收优惠等鼓励政策下采取市场化经营的商业健康保险；
- 社会自治型：指市场化经营主体或非盈利主体参与法定医保或全民医保运营的模式；
- 市场经营型：由商业保险公司在自由市场中自主经营的模式。



商业健康保险的功能定位主要源于制度设计对医疗保障“公共品”与“私人品”属性的界定：

- 在社会保险型与国家福利型制度中，法定医保通过广覆盖、保基本的刚性设计形成普惠性保障网络，商业保险被赋予明确的补充性职能。
- 市场主导型制度则颠覆此逻辑，商业保险不再局限于补充角色，而是通过管理式医疗等模式深度整合医疗服务供应链，承担起风险管控、费用支付与健康管理的系统性职能。
- 储蓄保障型制度中，商业保险的功能设计需与个人储蓄账户的风险覆盖范围形成互补，重点强化对重大疾病与长期护理风险的分散能力，同时通过精算技术平衡储蓄资金的长期积累与保障需求的即时性矛盾。

2、七个国家或地区商业医疗保险市场发展状况比较

——日本：法定国民健康保险下的现金给付型商业健康保险

- 日本商业保险以西方国家的保险精算技术和实务为基础，后期伴随战后经济高速增长和居民财富急剧增加，在储蓄保险业上大放异彩，但在医疗保险方面发展缓慢；
- 日本在强调在社会医疗保险普适性、公平性的理念下，早期推行“禁止混合医疗”原则，客观上制约了商业健康保险的发展，后期打破“第三领域”经营限制后，保险公司针对国民健保支付之外的住院单间、食费以及先进治疗费用，提供补丁式的商业医疗保险产品作为法定医保的补充，且这类保障责任通常都作为可选项特约在以现金给付为主的健康险产品上。
- 日本保险业过于偏重发展理财型寿险的特点与中国类似，在这种环境下，医疗险的经营动力和基础都极为薄弱。商业健康险在健康支出总费用中的比重由2000年的3.6%降至2022年的3%。
- 日本在完善的法定国民医保环境下，商业健康保险仅依靠自由市场经营模式，在有限的补充保障空间内难以实现支付型保险的发展，从而走向了现金给付型保险的发展道路。

3、七个国家或地区商业医疗保险市场发展状况比较

——德国：错位互补、并行不悖的法定医保与私人保险体系

- 德国现行的医疗保险制度具有法律强制性，采取以法定社会医疗保险为主、商业医疗保险并行的模式。月收入低于4987.50 欧元(2023 年标准)的居民会被强制要求参与法定医疗保险（政府公务员和自由职业者除外），高于该标准的居民则可以选择参与法定医保或选择商业医疗保险。法定医保覆盖了德国超过90%的人群，其余10%的高收入人群由商业健康险覆盖。由于法定医保未能覆盖牙科、替代治疗等非必需性的医疗需求，德国商业保险公司还提供一类补丁式的附加医疗保险。
- 德国拥有以法定医保为主的第一健康市场和以商业健康保险为主的第二健康市场并行发展的两大体系。第一健康市场所提供的服务或产品必须满足有效性、必要性和普遍标准，并综合考虑到医疗的发展，其资金来自法定医疗、长期护理、养老金和公共预算。第二健康市场主要面向自费或商业健康保险支付的客户，为其提供更高品质的医疗健康服务以及更高级别的舒适度和隐私选择，其中包括先进医疗技术、替代治疗方法（如自然疗法、中医草药）和预防服务的个性化健康医疗服务和相关产品。
- 德国是世界上少数采取商业健康险专业化经营的国家，即经营健康险的公司不得经营寿险和财产险业务，寿险公司和财产险公司也不得经营健康险业务。有三项机制对商业健康保险的健康可持续经营起到了关键作用。一是保证续保长期保障，德国商业健康保险实行保证续保原则，保险公司一旦承保就不得解约。二是计提老年疾病准备金用于长期投资，投保人在年轻时须为将来缴纳老年疾病风险储备金（Ageing Reserve），约占保费的10%，这部分长期积累资金有利于商业健康保险资金的长期风险平滑和经营主体的持续发展。三是商业健康保险目录（GOÄ），商业健康保险目录是商业健康保险支付的计费基础，不但保证了医疗费用的合理增长，而且有效链接了医药健康产业，有力推进了医疗和药品产业的发展。

2、七个国家或地区商业医疗保险市场发展状况比较

——法国：高度结合、行业自治的基本医疗保险与补充医疗保险

- 法国于1978年实现了基本医疗保险的全民覆盖。法国医疗保险体系主要分为强制性的基本医疗保险（Sécurité Sociale）和自愿性的补充医疗保险（Mutuelle）两部分。基本医疗保险制度按照劳动性质和行业分为工商业企业职工保险(CNAMTS)、农业社会保险(MSA)、独立劳动者社会保险(RSI)三大类别，此外，法国还设有特殊行业医疗保险，参保对象主要为铁路，矿业，海运，公务员及煤电部门等工作人员。除此之外，对于贫困人群，法国还设置了多层次的医疗救助制度。
- 补充性医疗保险制度已经成为法国医疗保险制度体系中的一个重要组成部分，主要包括互助型补充医疗保险、商业补充医疗保险和其他团体性补充医疗保险等。其中，互助型补充医疗保险占市场份额的大部分，约为56%；私人商业保险公司提供的补充医疗保险产品市场份额约为24%，余下约20%的份额是由企业为雇员购买的集体性质的补充医疗保险合同。
- 总的来看，法国以行业为载体的基本医疗保险与补充医疗保险呈现高度结合、行业自治的特点，在这种环境下，商业健康保险公司传统的风险筛选定价经营逻辑缺乏优势，发展空间有限。相比之下，基于非盈利的相互制健康保险近年来在全球增长显著，2022年，健康相互保险占各类相互保险行业总收入的 21%，体现了相互保险模式与健康保险在体制机制上的高度契合。

2、七个国家或地区商业医疗保险市场发展状况比较

——中国香港：低效率公共医疗福利下的多元化商业健康保险市场



- 香港作为国际金融中心之一，拥有高度成熟的保险市场和完善的运作体系。香港医疗服务机构形成了由“公”营和“私”营医疗系统组成的“双层”医疗架构，并通过专设的医院管理机构对全港的公立医院及相关医疗服务进行监管。
- 由于香港存在公立医疗系统拥挤、等候时间过长和服务效率低下的问题，为此，政府鼓励中高收入者更多地使用私营医疗服务，同时也鼓励发展商业健康保险。从2006年到2016年，商业医疗保险的保费规模从71亿元增长到251亿元，覆盖人群从140万人增长至326万人，覆盖率从20%增至45%，在整体医疗卫生开支中的占比约从10%增长至16%。
- 2019年4月1日正式实施的“自愿医保计划”（Voluntary Health Insurance Scheme, 简称VHIS）采取由香港食物及卫生局辖下新设“自愿医保计划办事处”全面运营，职责包括为参与计划的保险公司注册、统一制定产品形态和示范条款、审核个人住院医疗保险产品、执行计划的日常管理、推行宣传及消费者教育项目、监察计划成效、处理信息统计以及受理查询投诉等。同时，香港《税务条例》新设一项特惠税务扣除，纳税人或配偶是自愿医保下认可的保单持有人，每年可用作税项扣减的保费上限为8,000HKD/每位受保人。
- 在政府的直接参与和推动下，截至2023年，香港“自愿医保计划”的保单数目达到130万份，覆盖了约18%的香港本地居民，受保人可以自由选择灵活多样的保障方案，所享受的医疗保障不限公立或私立机构、医疗区域、病房级别，有效破解了香港居民在公立医院轮候时间漫长的痛点，也一定程度上舒缓了公立医疗系统的压力。
- 然而，由于“自愿医保计划”对保险公司而言利润率极低，因此，保险公司本身推动的积极性并不大，这也侧面反映出，即便在政府强力支持和管理的条件下，市场自愿型医疗保险的发展空间较为有限，后期或将面临诸多挑战。

2、七个国家或地区商业医疗保险市场发展状况比较

——澳大利亚：相得益彰、激励相容的公共医疗保险与私人医疗保险



- 澳大利亚于1984年通过《全民医疗保障法》，建立了覆盖全民的Medicare制度，通过税收筹集方式和联邦、州和地方三级政府管理，为公民提供从社区卫生保健、住院到公共卫生和预防性免疫等大部分的医疗卫生服务，并提供免费的药品福利计划（Pharmaceutical Benefits Scheme, PBS）。政府也鼓励居民购买商业健康保险，并给予30%-40%的补贴，以减轻公立医疗系统的负担。在政府的补贴政策下，2019年,澳大利亚商业健康保险覆盖人群超过1,360万人,参保率达到53.6%,保费收入超过250亿澳元。
- 澳大利亚的药品福利政策独具特色，对中国药品保障管理改革影响巨大。药品福利计划纳入了超过650种药物和2500个品种，涵盖了80%以上的处方药。随着医药科技的迅速发展，PBS计划不断更新，许多新药、昂贵药也被及时纳入至PBS计划中。政府采取了一套科学、严谨的管理流程对PBS药品提供补贴：首先是通过立法成立药品福利咨询委员会（PBAC），根据药物的成本效益，向政府提出是否纳入以及价格范围的建议；其次，卫生部下属的药品福利定价委员会（PBPA）负责与药品生产企业进行价格谈判；最后，引入再审查（PBS post-market reviews, PMR）制度，针对创新药准入时可能存在的临床数据不充分、成本效益和临床使用风险不确定等风险，持续对PBS目录内药品进行监测、评估和动态调整。
- 由于私人医疗保险的政府补贴与医疗服务价格上涨不能同步，造成近几年私人保险保费不断涨价，2018年，已有超过64,000人退出了私人医疗保险。

2、七个国家或地区商业医疗保险市场发展状况比较

——美国：由团体保险和管理式医疗构成的商业健康保险市场

- 美国是世界上商业医疗保险最发达的国家，同时也是医疗支出成本最高的国家。美国的医疗保险包括政府公共医疗保险体系和商业医疗保险体系两大类。公共社会保险体系主要由政府为65岁及以上老人提供的Medicare、低收入群体的Medicaid、儿童健康保险CHIP及其他保险（如军人医疗保险、印第安人健康保险等）组成。商业医疗保险体系则是由企业、商业保险公司、凯撒、蓝十字、蓝盾等主体构成的多元保障体系，其中，专业健康险公司占据市场主导地位，国民总体覆盖率达到64%。
- 奥巴马政府于2014年推出《患者保护与平价医疗法案》（ACA），旨在通过降低保险费用，使每个人都能负担得起医疗保险，并获得足够的医疗支付能力。美国商业健康保险公司除了受托经营政府公共医疗保险外，还经营了1.16亿人的团体医疗保险和2400万个人医疗保险。据统计，截至2022年，政府公共保险覆盖了36.1%，商业保险覆盖了65.6%的人群，总计有92.1%的人口有保险覆盖。其中，各州建立的健康保险交易所，承接了此前无法覆盖的个人及小企业在政府的交易所平台上购买医疗保险，有效分散了保险公司的承保风险，不再对高风险人群拒保或区别定价，推进全民医保的进程。
- 为有效控制医疗费用的增长，健康维护组织（HMO）成为美国最为重要的医疗保险模式。在此基础上，商业保险公司逐步发展出优选医疗服务组织（PPO）、定点医疗服务计划（POS）、医疗储蓄账户和高免赔保险计划（Medical Savings Account Plans）等不同形式的管理式医疗。政府于2003年推出“医疗储蓄账户/高免赔健康保障计划（HSA/HDHP）”，旨在通过税收优惠鼓励个人为医疗费用储蓄，同时推动雇主和个人以更低成本获得医疗保险的覆盖。根据凯撒家庭基金会（KFF）等机构的数据：截至2023年，约30%的美国雇主提供HDHP，约3500万人拥有HSA账户，资产规模超过1500亿美元，覆盖近4000万员工及其家属，占私营保险市场的三分之一以上。

2、七个国家或地区商业医疗保险市场发展状况比较

——新加坡：储蓄与共济、公平与效率有机结合国民健保制度

- 新加坡是世界上卫生支出较低且健康绩效较好的发达国家之一。新加坡早期的社会保障制度受南洋经商华人储蓄文化的影响，逐步形成了以个人责任为基础、以强制储蓄为形式的养老、医疗保障模式等，倡导每个人必须对自己的健康和养老负责，要求个人在生命历程中自行进行纵向累积，不把责任推给国家和下一代。在此理念下，建立于1984年的个人保健储蓄账户（Medisave account）构成了医疗保险制度的基础，由在职人员，雇主、雇员双方按照工资的一定比例缴纳，严格限定支付范围，政府对该账户提供有针对性的贴息支持。
- 由于纵向积累容易造成大病保障覆盖不足的问题，新加坡政府于1990年推出自愿参加的健保双全计划（MediShield），2015年11月1日后又通过一定的政府保费补贴政策升级为强制受保的终身健保计划（MediShield Life），并在政府的强力推动下，其筹资水平和保障水平不断提升。
- Medishield life计划由政府统筹管理，只能支付公立医院中等和基础级别病房的费用。如果患者希望享受更多保障，则可以升级为Integrated Shield Plan(简称IP计划)，该计划可以支付公立医院特需病房和私立医院高昂的医疗费用，但保费也更贵，可从Medisave account账户中支付。
- IP计划在扣除Medishield life部分的资金后，由新加坡七大私人保险公司管理,保费价格由各保险公司按照投保人年龄厘定，居民可以从个人的Medisave account中支付部分保费。截至2024年6月30日，总计约有290万新加坡居民（约占总人口的71%）通过IP获得了超出MediShield Life范围之外的补充保障。
- 值得关注的是，即便新加坡政府对IP计划给予了极高的支持，包括保费补贴和统一监管，但这种在法定医保之上搭载商业健康险的模式，在实际运行中也出现了较高的道德风险，2017年，7家承保IPs的私人保险公司亏损总额达到1.46亿新元。

3、不同国家或地区比较的启示与借鉴

——七个国家或地区横向比较所揭示的一个基本规律



推动商业医疗保险发展的主要因素

通过横向比较研究，发现一个最显著的规律，即：法定医保的覆盖程度并不影响商业健康保险市场的发展，而政府的支持及方式才是决定商业健康保险的覆盖率和市场规模的主要因素。

- 当政府对商业健康保险并无政策支持或参与，放任其在自由市场上经营，其结果就是覆盖率极低，如日本；
- 当政府给予政策支持但不直接参与规则制定的条件下，商业健康保险只能获得小范围的发展，如德国、法国；
- 当政府给予补贴或直接制定规则，即便是拥有全民医保的国家，商业健康保险也能获得了较大的发展，如中国香港、澳大利亚、新加坡。



国家	法定医保模式	法定医保覆盖率	商业健康保险发展环境类型	商业健康保险覆盖率
日 本	社会保险	99%	市场经营	3%
德 国	社会保险	90%	市场经营	11%
法 国	社会保险	84%	市场经营	24%
中国香港	公共福利	100%	政府支持	45%
澳大利亚	公共福利	100%	政府支持	54%
美 国	弱势群体社会保险	27%	社会治理	66%
新加坡	强制储蓄、社会保险	100%	政府主导	71%

3、国际比较的启示与借鉴

——政府支持商业医疗保险发展的有效经验

高度繁荣的商业医疗保险市场有赖于多种形式的政府支持共同作用：

- 出台专项法规，体现对这一领域所持的基本精神和学理基础。
- 提供保费补贴，快速提升了商业医疗保险的市场覆盖率。
- 提供税收优惠，引导雇主、雇员共同分担的筹资。
- 准入合格产品，强化了商业医疗保险在民众心目中的权威性和规范性。
- 制定通用标准，降低保险公司的赔付成和管理成本。
- 提供基础设施，降低高风险人群保险筹资成本。
- 建立再保险池，解决“剩余市场”问题的有效方式。
- 配套投资政策，激励人们提高健康水平，获得更多投资收益。

政府支持形式	美国	德国	法国	澳大利亚	日本	新加坡	中国香港
	66%	11%	24%	54%	3%	71%	45%
出台专项法规	√	√		√		√	√
提供保费补贴				√		√	
提供税收优惠	√	√	√	√		√	√
准入合格产品	√	√		√		√	√
制定通用标准	√	√		√		√	√
提供基础设施	√					√	
建立再保险池	√			√			
配套投资政策	√	√	√				√

3、不同国家或地区比较的启示与借鉴

——对中国的借鉴意义

他山之石 可以攻玉

中国是一个有着14亿人口的发展中国家，与发达国家相比，中国人均资源占有量少，地区间发展不平衡，这些都对经济社会发展和福利保障体系的完善带来了挑战；但从另一方面看，中国又是一个有着自身独特优势、具有广阔发展前景的后发国家。从中国特色社会主义基本国情的实际出发，应如何看待上述七个发达国家或地区在商业医疗保险方面发展的经验和普遍规律？

中国如何根据自身国情来优化其商业医疗保险体系？

- **自愿性商业医疗保险的挑战：**中国商业医疗保险市场增长缓慢，主要依赖自愿性原则，而与发达国家相比，采取相互保险模式或广泛补贴模式的自愿性商业医疗保险可行性较低。
- **税优优惠政策的作用：**中国现有的税优政策存在不足，应借鉴国际经验进行优化，强化在雇主雇员环节的免税政策，提高政策的激励效果和覆盖面。
- **合格产品准入标准的借鉴：**政府制定合格产品准入标准可以提升资源配置效率，同时应考虑产品多样性和满足不同需求。
- **政府或行业通用支付标准的必要性：**中国商业医疗保险市场分散，需要政府或行业制定统一支付标准，以提升行业整体风险控制能力。
- **政府提供基础设施的必要性：**中国商业医疗保险缺乏必要的信息和支付基础设施，政府应加大投入，构建信息共享平台，并支持上海保险交易所的功能延伸。
- **政府设立再保险池的必要性：**政府支持设立再保险机制，可以处理高风险人群的保险需求，减轻保险公司的风险，并应对突发极端风险。

可以看出，中国在商业医疗保险的发展中需要借鉴国际经验，同时结合自身国情，制定更加科学、高效的政策和措施，以促进商业医疗保险市场的健康发展，更好地服务于民众的医疗健康需求。

第五部分

基于第二支柱模式的补充 医疗保险改革建议

CONTENTS

章节



1 制度框架设计



2 基础设施建设



3 实施路径与目标展望



1、制度框架设计

——制度基本框架



制度定位和覆盖范围

企业补充医疗保险金制度是在基本医疗保险基础上，通过集体协商建立的补充医疗保险制度。它是多层次医疗保障体系的重要组成部分，有助于提高职工的医疗保障水平和保障范围。企业医疗金适用于企业及其职工、各类社会组织及其专职工作人员、机关事业单位编制外工作人员，以及职工的直系亲属，鼓励采取家庭联保方式。



筹资模式

企业医疗金实行单位与个人共建，采取医疗共济和健康储蓄基金灵活组合模式。医疗保险部分采取现收现付制，根据职工所选择的合格医疗保险计划，由企业与其职工协商确定分担比例；健康储蓄基金采取完全积累制，由企业与其职工协商确定分担比例，不设企业最低分担比例，设置个人存储金额上限。企业可以根据职工岗位、责任和贡献等不同，在分配企业缴费时存在一定的区别，体现企业年金的激励作用。



合格医疗保险计划

合格医疗保险计划由政府制定若干分类分级的产品标准，并进行上市前准入管理。经准入后的合格医疗保险计划可由符合资质的商业保险公司向企业直接提供，也可由符合资质的保险经纪公司、科技服务公司提供中介服务。合格医疗保险计划合同应当包括保障责任、参加人员、资金筹集与分配的比例和办法、账户管理、支付方式、方案的变更和终止、组织管理和监督方式、双方约定的其他事项等内容。



健康储蓄基金管理运营

企业医疗金的健康储蓄基金属于个人资产，由个人灵活支配，可用于支付基本医疗保险与合格医疗保险计划保障范围之外的门诊、药品、疾病预防等自费支出。健康储蓄基金可参照个人养老金制度委托专业机构进行管理运营，基金累积部分可用于职工及家属或本人退休后的补充医疗保健支出。身故职工的法定受益人享有继承权。此基金积累模式有利于鼓励职工个人增加储蓄以应对老年阶段的医疗费用需求，同时探索与个人养老金账户的衔接机制。



1、制度框架设计

——税收优惠及补贴支持政策

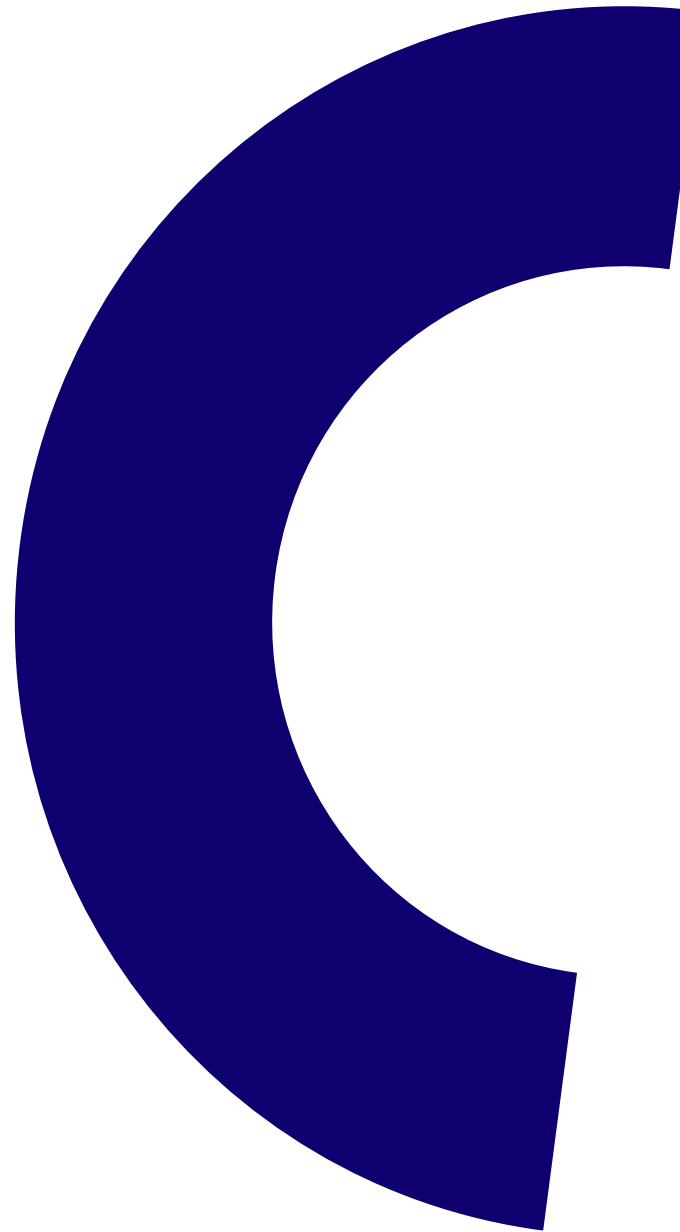
税收优惠政策

- 企业为职工缴付的补充医疗保险费（含合格医疗保险计划、健康储蓄基金），在不超过职工工资总额4%标准内的部分，在计算应纳税所得额时准予扣除；
- 个人缴付的补充医疗保险费（含合格医疗保险计划、健康储蓄基金），在不超过职工个人工资14400元标准内的部分（包含个人税优健康险2400元标准），在计算应纳税所得额时准予扣除。健康储蓄基金资产所得及再投资产生的利息和收益可以免于征税；
- 基金中的资产用于支付符合条件的医疗健康费用可免税；持有人提现，须补缴个人所得税。



困难职工补贴政策

- 对建立有补充医疗保险金的企业，签订了一年以上劳动合同或能出具一年以上劳动关系证明的困难职工，可申请由国家（如财政、工会）对职工给予补充医疗保险金定额补贴。
- 困难职工包括：因患重特大疾病、伤残等因素，导致家庭收入低于当地最低生活保障标准的职工；家庭成员突发重大疾病，导致救治费用过高，基本生活暂时出现严重困难的职工；因自然灾害或重大安全事故造成重大人身伤害或住宅、家庭生活必需品损毁严重，导致基本生活暂无着落的职工等。





1、制度框架设计

——服务机构体系

○ 合格保险人

采用评估准入管理机制，认定企业医疗保险金合格保险人（如专业健康保险公司、人寿保险、财产保险），负责提供合格保险计划、团体风险评估、定价、风险承保、理赔支付、风险管理以及受托健康储蓄基金归集并收取受托管理费（如不高于1%）等。

○ 健康储蓄基金托管人

按照基金资产与基金管理人的自有资产相互独立原则，健康储蓄基金采取资产托管机制，托管人为具有企业年金托管资格的商业银行，接受受托人委托保管的健康储蓄基金财产，行使托管人职责，收取托管费（如不高于基金财产净值的0.05%）避免基金资产被挪用、侵占或滥用的风险。

○ 健康储蓄基金管理人

以健康保障委托管理业务为基础，借鉴国际经验，批设一类采取免税信托或托管机制，满足所有权和治理要求，具有相应管理经验、专业能力以及信用状况良好的法人机构，遵循独立性和风险隔离原则，接受合格保险人委托管理的健康储蓄基金专业机构。健康储蓄基金管理机构负责受托管理企业健康储蓄基金和持有人医疗健康福利，包括：医疗项目报销管理、健康福利直付、健康奖励、医疗健康咨询、投资相关服务（如为基金余额超过一定门槛的持有人提供投资相关服务，并收取投资相关费用）。

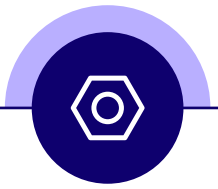
○ 第三方服务机构

积极发展培育第三方服务市场，制定相关标准，规范服务机构的行为,提高服务质量和效率。如保险经纪公司为企业提供企业团体补充医疗保险咨询及保险中介服务；健康大数据公司提供疾病发生率预测、费用控制等分析服务；审计与评级机构发布补充医疗保险金管理机构评级报告等。



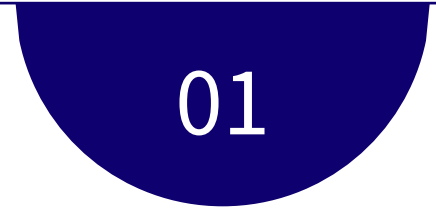
1、制度框架设计

——配套法规完善



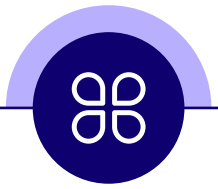
财税法规

修订《关于企业补充医疗保险有关问题的通知（财社〔2002〕18号）》关于“企业补充医疗保险资金由企业或行业集中使用和管理，单独建帐，单独管理，用于本企业个人负担较重职工和退休人员的医药费补助，不得另行建立个人帐户或变相用于职工其他方面的开支”的规定。



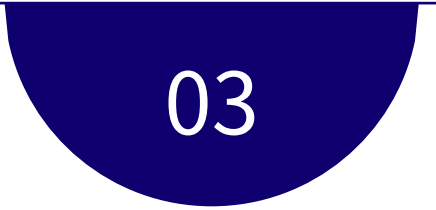
保险法规

修订《中国银保监会办公厅关于进一步规范健康保障委托管理业务有关事项的通知》关于“保险公司开展健康保障委托管理业务，委托人将委托资金划归保险公司管理的，保险公司应当设立单独账户管理资金，专款专用，支付限额为委托资金和按照人民币活期存款基准利率计算的利息收入之和”的规定。



地方法规

废除《北京市大额医疗费用互助暂行办法》（京劳社医发〔2001〕18号）、《天津市城镇职工大额医疗费救助办法》（津劳局〔2001〕329号）等各地方性企业补充医疗保险制度文件，各地基本医疗保险经办机构不再额外征收企业补充医疗保险费及支付基本医疗保险以外的待遇。





2、基础设施建设

——建设医疗健康大数据平台，赋能保险定价及精细化管理

01

医疗健康大数据平台发展定位

- 构建一个完善的医疗健康大数据平台是实现“健康中国”和数字化未来的重要基石。
- 医疗健康大数据平台绝非简单的技术基建，而是重塑“医疗- 保险- 患者”关系的制度创新。
- 中国的突破在于——以“数据要素市场化改革”为杠杆，撬动医疗、保险、科技三方协同，在效率与公平间寻找最优解。

02

医疗健康大数据平台载体

- 面对当前全球医疗体系正加速向“数据驱动”转型的浪潮，中国应加快建设统一的医疗健康大数据平台。
- 中国具有集中式基建的巨大体制优势，依托全国统一医保信息平台，可快速实现数据纵向贯通。
- 全国医疗健康大数据平台应在底层编码体系上发挥后发优势，采用国际先进的FHIR标准，为AI人工智能的发展预留接口。

03

保险定价及精细化管理应用

国家及区域医疗健康大数据平台在健康保险领域的应用包括：支持产品基础定价：赋能动态调整、、打击欺诈骗保、、改进智能核保、促进价值医疗和提升健康管理等，提高健康保险的效率 and 公平性。



2、基础设施建设

——扩展保险交易所功能，建立补充医疗保险公共管理服务平台



职能与架构

将上海保险交易所职能扩展至企业和个人补充医疗保险领域，发挥公共管理服务功能，明确交易所法律地位。

基于中国区域发展差异，可构建"国家平台+区域分所"的双层架构。国家职能部门主导制定准入标准、精算规则和风险调节机制；省级分所负责产品上架、资格审核和运营管理，各省可在免赔额、报销比例等参数上进行动态监测和差异化调整。



动态准入管理

根据保障范围、保障水平、服务网络、健康管理、价格竞争力等维度的评估，建立产品评估模型，进行合格医疗保险产品审核及备案，严格准入和退出管理。



智能匹配机制

面向企业团体、离职个人开发"需求-供给"双向匹配算法。参保人输入年龄、行业、健康状况等参数后，系统自动推荐适配产品组合。



核保定价

打通医保数据库，实现投保团体或个人中的带病体精准核保定价，设定风险调整阈值，提高带病体团体或个人承保覆盖率。



三级风险池

构建基础风险池（保费1%计提）、超额风险池（财政专项补贴）、巨灾风险池（再保险机制）三级风险池，利用溢额分保合约或比例分保合约，对高龄、带病体等高风险业务实施分级风险补偿。

有条件的情况下，可引入风险走廊机制，限定保险公司盈亏的上下限，超出部分由政府与保险公司分摊。



探索价值支付机制

推行“健康绩效奖励”制度，如保险公司若实现参保人年度住院率下降5%、慢病控制达标率提升10%，可获得保费收入3%-5%的奖励，激励商业保险公司积极开展风险减量管理。

此外，还可试行“价值补偿”机制，对高价值医疗技术带来的超额赔付风险，参考德国商保的"风险结构补偿（RSA）"模型，对收治复杂病例较多的险企给予补偿。



2、基础设施建设

——发挥行业和专业组织力量，制定价值导向下的行业标准



建立行业共治机制

成立由相关部门牵头组织，中华医学会、药学会、中国医院管理协会、保险行业协会、商业健康保险公司、医药企业等行业机构共同组建"商保支付标准委员会"、“子专业委员会”、“谈判代表团”等行业治理机制，形成"临床价值- 经济价值- 社会价值”多维度评估共识和技术评估体系，规划支付标准分类分级体系，组织开展标准制定和支付协商相关工作。



建立价值导向的目录结构

药品支付标准：基于“创新梯度原则”可参照德国经验，采取按临床价值或疗效证据强度分级支付；
诊疗项目标准：建立"必要性分级清单"可借鉴德国分级标准，对中国未纳入基本医疗保险的诊疗项目进行分类分级；
病种支付标准：建立"商保DRG模型"在基本医保DRG/DIP基础上，针对条件优越、价格较高的优质医疗机构，开发支付水平优于商保专属分组器，体现商保价值导向。



动态调整协商机制

建立“企业申报- 专业评估- 行业听证- 标准发布”标准流程，对创新医疗技术开辟“快速准入通道”，如通过国家药监局优先审评审批的药品，可在获批后3个月内完成商保支付评估。实行“商保目录与医保目录联动调整”，如当某药品或耗材进入国家医保谈判时，自动触发商保目录调整机制，形成有序衔接的格局。设立由临床专家、保险精算师、患者代表组成的“付争议调解委员会”，制定相应的仲裁规则，处理企业申诉与参保人投诉。



2、基础设施建设

——搭建区域服务网络平台，加强保险公司控费能力建设



明确客户需求

覆盖范围：全国/区域性医疗网络（覆盖总部+分支机构）；
企业客户需求：如IT企业关注心理健康，制造业企业关注工伤康复；
服务可及性：确保职工能在工作地、居住地便捷就医。



医疗服务提供商的选择与合作

医疗机构筛选：公立、私立、连锁诊所、连锁药房等；
非公立医疗机构议价/支付：直接谈判结算协议，支持保险公司直付；
就诊快速通道：缩短就医等待时间；
药品直付网络：连锁药店合作，提供药品直付+线上购药+送药到家服务；
健康储蓄基金：非处方药等消费型医疗保健服务网络。



搭建高效支付与理赔体系

直付合作医院：职工在签约医院就医可直接结算，无需先垫付再报销；
无纸化理赔：OCR识别+电子化审批，减少理赔时间，提高员工满意度；
小额快赔：小额医疗费用快速审核与理赔；
合理用药管理：通过药师审核减少不必要的昂贵药品支出。



数字化健康管理提升客户体验

建立企业健康管理平台，员工可在线预约挂号、查体检报告、咨询医生；
结合可穿戴设备监测员工健康数据；
通过AI+大数据分析健康风险，提前预警重大疾病；
提供24/7医疗咨询（电话+在线问诊）。

3、实施路径与目标展望

——分阶段试点推广路径



试点验证期（2025-2026）

首批可在京津冀、长三角、珠三角等商保渗透率较高的若干城市（如10个）开展试点，覆盖10000家企业法人或非法人单位，实现合格医疗保险筹资规模25亿元- 50亿元。

01

深化推广期（2027-2030）

将试点方案及经验推广至全国，目标覆盖50万家企业法人或非法人单位，实现合格医疗保险筹资规模1000亿元- 2500亿元，完善制度运行机制。

02





3、实施路径与目标展望

——改革目标展望

01

提升多层次医疗保障体系内在协同性

通过这项系统性的改革，建立起“筹资共担+市场化运营”机制，在不新建机构、不增加投入的条件下，实现了社会保障和市场效率之间的有效平衡。这项改革有望在未来10年内实现每年5000亿元- 8000亿元的企业补充医疗保险筹资规模，承担职工约20- 30%的年度医疗健康费用支付，更好地体现商业医疗保险的补充保障定位。

02

提高商业医疗保险与医药产业高质量发展的协同性

通过建立以企业补充医疗保险为核心的筹资模式，撬动每年数千亿元的“新支付方”投入医疗健康领域；同时，通过多元支付标准和激励管理手段引导，推动资源向价值医疗和“健康为中心”集中，促进商业医疗保险与医药产业高质量协同发展。

03

完善职工薪酬福利及释放银发经济价值

一般而言，建立补充医疗保险金的大部分资金来自单位的支出，构成员工薪酬福利的重要部分，企业补充医疗保险金所包含的健康储蓄基金具有长期积累作用。按照美国HSA账户经验，结合中国的人口优势，或将吸引1-2亿职工群体建立该基金账户，如户均供款额度在每年5000元，规模可达到5000亿-1万亿之间，随着中国经济的发展和职工收入的上升，未来有望撬动2万亿的第二健康市场，有效缓解老龄化支付压力。



≡ 致谢 ≡