



南开大学
Nankai University

金融学院
School of Finance

sina 新浪财经
打破信息不对称

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

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

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¹

课题研究报告

(总报告)

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

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有效的补充作用。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 and 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，中国商业健康保险正迎来前所未有的发展机遇和战略窗口期。当前，商业健康保险的核心险种——商业医疗保险，在发展过程中面临着诸多问题与挑战。如何找到问题的关键所在，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。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“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，为商业健康保险与医药卫生体制的高质量协同发展提供新的理论指导与实践范式。

¹ 注：本研究所称的团体补充医疗保险特指企事业单位及社会团体在基本医疗保险之上建立的团体补充医疗保险，不包括公务员补充医疗保险部分。

第一部分 中国商业健康保险发展历程与评价

改革开放以来，随着我国现代医疗保障制度进入摸索改革期，商业健康保险开始出现在中国保险市场上，逐步成为国家医疗保障体系的有机组成部分。全面回顾和分析我国商业健康保险市场的发展历程，对于把握市场规律、厘清问题矛盾具有重要意义。

一、中国商业健康保险发展的历程、逻辑、问题

（一）萌芽期（1982-1997）：商业健康险缓慢起步

改革开放前，我国长期实行与封闭型计划经济体制相适应的传统医疗保障制度。随着改革开放的逐步推进，传统医疗保障制度无法适应开放型市场经济体制下的发展要求。1982年，中国人民保险公司试点开办“上海市合作社职工医疗保险”，这是我国恢复保险业务后第一个商业健康保险业务；1992年10月，美国友邦保险在上海开业，成为改革开放后中国第一家外资保险公司。这一时期商业健康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，但随着产寿分业经营”和代理人制度的引入，商业健康险的经营逻辑发生了较大变化，成为以个人寿险为基础作为附加险经营的品种，由此形成了个人健康险市场的早期雏形。

（二）成长期（1998-2008）：商业健康险扩容式发展

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（以下简称“基本医保”）改革试点工作。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。以基本医保为基础的企业团体补充医疗保险得以快速发展，业务模式不断创新，如团体重大疾病保险、附带投资收益功能的账户式特需金、“保证续保”医疗保险、分红型重大疾病保险产品等。于此同时，人寿保险行业在以寿险为主体、服务于寿险发展目标的经营中，逐步形成高度市场化、分散化、竞争化的个人健康险市场。这一时期的商业健康险的发展进入扩容式发展期，行业发力重疾险产品和多样化健康险产品，极大地促进了个人健康险市场的发展。这一时期，虽

然商业健康险发展较快，但主要是基于经营主体扩容和分散竞争带来的市场增量，且主要以寿险的发展为引擎，整个保险行业并未重视与基本医保制度建设的衔接与共振，导致后期商业健康险的发展长期难以融入医疗卫生体系，医疗险发展滞后。

（三）发展期（2009-2019）：商业健康险爆发式发展

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，快速实现了供给诱导需求的市场扩张，推动了以重疾险为主的健康险规模爆发式增长。这一时期，市场上还涌现出一批以百万医疗险、惠民保、税优健康险和特药险为代表的新产品，丰富了商业健康保险的产品矩阵，体现出市场的创新活力。同时，保险公司加强健康险与大健康生态的联动，一批跨界企业（包括互联网科技企业、第三方服务公司 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，加速了商业健康险的普及与创新。这一时期的商业健康保险市场在重疾险的催化下呈现高速增长，并激发了市场主体的创新活力。在国家政策的推动下，税优健康险问世，政府委托保险业务不断加力，医、药、健、险产业融合的趋势也不断增强，进一步丰富了个人健康险市场的产品与服务，但同时也加剧了市场竞争的格局。

（四）新发展时期（2020-至今）：商业健康险探索转型发展

疫情冲击和经济下行的背景下，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。同时在金融业“防风险、严监管”的形势下，商业保险机构对于转型发展的方向也更加明确。在个人健康险市场上，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。于此同时，惠民保呈现井喷式发展。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（直辖市、自治区）。在医药融合创新模式方面，除了在百万医疗产品上延伸的质子重离子、CAR-T 治疗、癌症靶点基因检测、特药清单等创新医药保障责任之外，面向带病人群的医疗险创新也不断涌现，如癌症复发险、癌前病症患者院外服务保险、创新药疗效保险等。在基础设施建设方面，个别头部保险公司与部分医疗机构进行了信息系统对接，实现客户就医即时结算，但数据治理难度大，信息平台建设成本高，推

进速度缓慢。这一时期的商业健康保险市场进入发展瓶颈期。重疾险、百万医疗等以寿险精算与健康核保为基础的个人健康险市场已面临增长天花板，惠民保也受到自由市场逆选择的严重挑战，个人税优健康险扩容未能改变保险公司固有的经营模式，带病体探索、医药融合创新之路难以走通。但可以预期的是，在保险业革故鼎新和国家积极推动各项基础设施建设的背景下，商业健康保险或将迎来高质量发展的新局面。

二、中国团体健康保险发展的历程、特征、问题

（一）起步（1926-1998）：舶来、中断、新生

1926年，爱国商人吕岳泉创办的华安合群保寿股份有限公司特厘定团体保寿章程，保额由企业决定，保费由企业缴纳，如遇职工身故，即将赔款交由企业转给家属领取。1982年，中国人民保险公司试点开办了具有浓厚互助色彩的“上海市合作社职工医疗保险”。1996年，国务院办公厅转发国家体改委等四部委《关于职工医疗保障制度改革扩大试点意见的通知》，提出“发展职工医疗互助保险和商业性医疗保险，作为社会医疗保险的补充，以满足国家规定的基本医疗保障之外的医疗需求”，推动了企业团体医疗保险的快速发展。商业保险公司早期主要靠传统的学生平安保险、旅游意外伤害保险等短期业务来维持保费规模。这一时期，商业保险公司凭借早期积累的企业团体医疗保险实践经验，快速拓展市场，在一定程度上发挥了为社会提供健康保障福利的作用。

（二）多元发展（1998-2008）：分化、转换、多元

90年代末，随着社会医疗保障制度的建立，补充医疗保险分化出了几种不同的形式：国家对公务员实行的医疗补充、社会医疗保险机构开展的企业补充医疗保险、工会开展的互助型补充医疗保险和商业保险公司开办的企业补充医疗保险。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。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%²。在积极发挥商业保险优势参与社会保障体系建设的思潮影响下，保险公司开始提供社会医疗保障经办服务，主要通过团体保险业务中的“委托管理模式”和“保险合同模式”两种方式实现经办

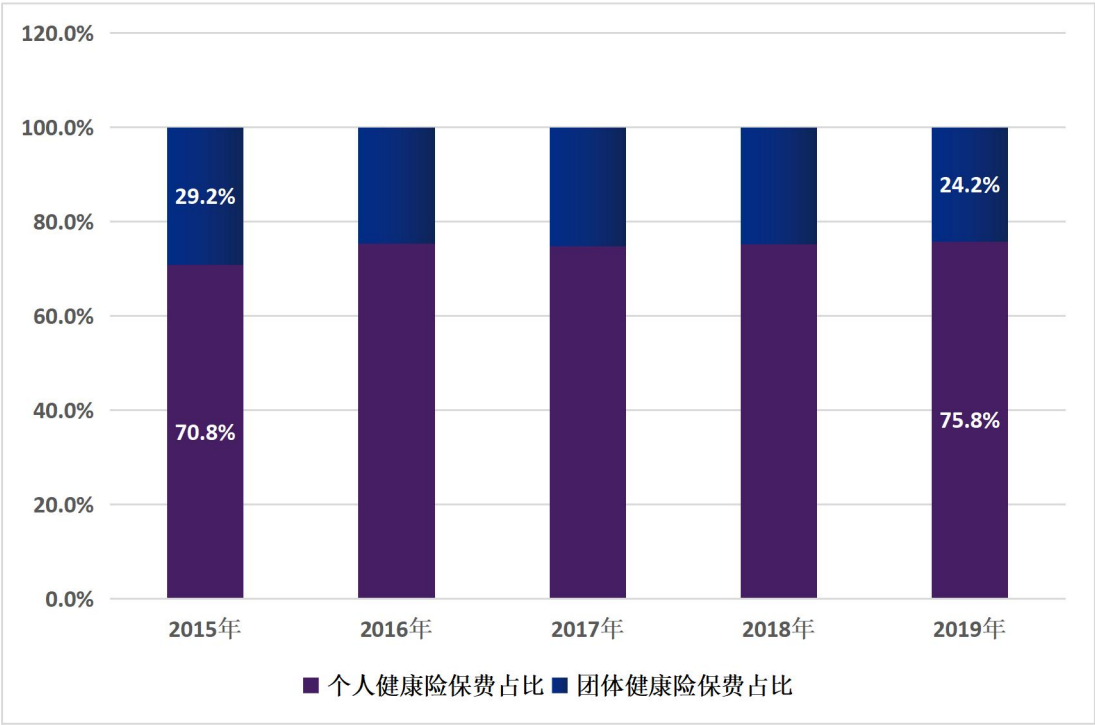
² 《2005年团险：浮华背后》，证券市场周刊，2006年01月04日。

合作。总的看，这一时期的团体健康保险市场环境发生了巨大变化。一方面，占据重要地位的企事业单位补充医疗保险被具有筹资优势的基本医保、工会等政府机构分流；另一方面，中外合资企业高端医疗保险、具有约定投资收益的团体健康保险和健康保障委托管理业务以及与国际接轨的政府医保经办业务呈现多元化发展的积极态势。

（三）发展瓶颈（2009-今）：挤压、僵化、停滞

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，中国医改大幕启动。在监管机构对团险规范发展的要求下³，团险市场增速进一步趋缓，在整个健康险市场中的占比明显下降（见图 1），但团体医疗险在整个商业医疗险中占比接近一半⁴，主要体现为大病保险、企业团体补充医疗保险两类（见图 2）。

图 1：2015-2019 年个人健康险和团体健康险收入结构占比



³ 2015 年，中国保监会下发《关于促进团体保险健康发展有关问题的通知》（保监发〔2015〕14 号）。
⁴ 根据保险行业协会发布的 2023 年商业健康险经营数据分析报告披露的数据推测，2023 年人身险公司医疗险保费收入 2163 亿元，财产险公司医疗险保费收入 1543 亿元，合计 3706 亿元。

图 2：2023 年商业健康险市场个人、团体业务主要份额构成



注：商业健康险主要参与部分，实线框计入监管保费统计口径，虚线框未计入监管保费统计口径

根据国家医保局披露的信息推算⁵，2023 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。尽管团体健康险市场一直在缓慢增长，但面临赔付压力不断加大、成本边际不断恶化的困境。除了委托健康保障基金业务外，团体健康险赔付率近年来已普遍超赔（见表 1）。但不可否认的是，大病保险对于发挥商业保险的经办作用、约束医疗服务和药品费用的不合理增长以及引导医疗资源合理配置等方面发挥了积极作用。同时，也促进了商业保险公司积累医疗保险业务的经办经验和医疗服务机构的合作管理经验。

⁵ 2024 年 4 月 3 日国家医保局网站信息，2023 年我国城乡居民大病保险报销惠及 1156 万人，人均减负 7924 元。

表 1：2022-2023 年商业健康险个、团分类赔付率

保险公司分类	2022 年	2023 年	个、团健康险分类赔付率		
	(简单赔付率)	(简单赔付率)	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%

注：个人健康险行业赔付率中位数按照可比的 83 家人身险公司，50 家财险公司计算，其中去除负值、极大值。

与上一阶段相比，团体健康险市场在保险行业的重要性显著降低，个人健康险市场的爆发式增长挤压了保司在团险供给侧的发展，政府与市场在补充保障层上的功能缺乏协同，抑制了团体健康险创新发展的空间。总的来看，这一阶段的团体健康险进入了发展瓶颈期，尤其在疫情后的近阶段，无论是个人健康险还是团体健康险，都在艰难地探索与“三医”高质量协同发展的转型之路。

第二部分 新时代中国特色商业健康保险的使命与定位

本节通过理论研究的方式，探索健康保险的本质和客观发展规律，分析新时代商业健康保险高质量发展的内涵与外延，提出在中国特有国情下，企业团体补充医疗保险在多层次医疗保障体系中的优势及挑战。

一、当前商业健康保险所处的政治背景和新时代需要

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，在健全社会保障体系方面，必须坚持“尽力而为、量力而行，完善基本公共服务制度体系，加强普惠性、基础性、兜底性民生建设，解决好人民最关心最直接最现实的利益问题，不断满足人民对美好生活的向往。”在促进医疗健康发展方面，“深化医药卫生体制改革。实施健康优先发展战略。促进医疗、医保、医药协同发展和治理。”这些重要论述清晰地阐明了在新时代下，推动高质量发展是一项系统工程，需要充分运用政府和市场“两只手”的力量，构建系统性、整体性、协同性的体制机制，推动形成新发展格局，提升人民群众获得感、幸福感。

当前，随着国家医药卫生和医疗保障改革的持续深化，看病难、看病贵问题得到很大程度解决，但与人民群众日益增长的美好生活需要相比，医药服务体系和医疗保障发展不平衡不充分问题仍然突出，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，为推进适应当代中国国情和时代特点的制度体系建设提供战略指引，展现真理力量。

二、中国特色商业医疗保险的功能定位探讨

（一）基本医保对商业医疗保险功能定位的决定性意义

我国现行的基本医疗保险采取社会保险模式，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、单位和个人标准统一、合理分担的筹资

机制，满足全民的基本医疗保障需求。这一定位也使得我国要建立基本医保基础上叠加补充筹资与补充保障功能的多层次保障体系。

从全国卫生总费用结构⁶可以看出，从 2019-2023 年，个人卫生支出由 18489.5 亿元增长至 24751.1 亿元，个人卫生支出在卫生总费用中的占比由 2019 年的 28.4% 降至 2023 年的 27.3%，与世界卫生组织（WHO）倡导的 15% 目标以及经合组织（OECD）国家平均水平仍有较大差距。而在重大疾病和灾难性支出方面，我国个人医疗负担相对更高。因此，以静态分析测算，商业健康险未来至少还应新增 1 万亿以上规模的补充保障功能，才能达到上述目标。而目前，直接纳入医疗卫生支出的商业医疗保险尚不足 4000 亿规模。

（二）医疗服务供给侧对商业医疗保险功能定位的影响

长期以来，我国医疗服务供给侧以公立医疗为绝对主体，区域间发展不平衡，人均医疗资源仍然匮乏，医疗服务供给侧缺乏形成差异化、多元化医疗服务市场的发展条件。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医疗保险在“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，普惠、平衡、开放、共赢的“医疗—保险”的生态系统。

（三）商业医疗保险在差异化、多层次公立医疗服务中的功能定位

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等。因此，在公立医疗服务体系中，需要加快发展差异化、多层次的医疗服务单元。通过基本医保对不同层次医疗服务的公平支付，商业医疗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。

三、企业团体补充医疗保险在多层次医疗保障体系中的优势及挑战分析

（一）个人医疗保险市场难以发展壮大的根本原因

⁶ 数据来源：2019-2023 年我国卫生健康事业发展统计公报。

商业保险的非强制性特征，使得逆选择对保险公司的困扰如影随形，特别是在个人医疗险市场上，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等方面，不利于风险分散作用的发挥。由于逆选择行为的存在，保险公司需要在客户健康筛选、销售宣传、理赔纠纷处理等方面付出高额的成本，导致这类保险市场难以显著扩大，甚至许多保险公司的个人医疗险业务因此陷入经营亏损的状况。尽管惠民保在一定程度上解决了客户免筛选的问题，且运用了先进的科技平台，但也摆脱不了宣传推广投入、年轻人弃保、患病人群和老年人群不断累积等巨大的隐形成本。因此，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。

（二）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，保险公司可以基于整个团体的风险状况来设定保险责任和费率。在团体保险中，通常要求团体内有较高比例的人参加保险，这样可以在较大程度上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。由于团体保险采取统一投保方式，保险公司可以简化手续，降低内部管理成本，合理运用和节约资金，实现福利成本收益的最大化。所以，相对于个人保险，团体保险的费率或价格相对较低。

国际上团体医疗保险基本费率的厘定不仅要考虑死亡率、疾病发生率、残疾发生率、疾病持续时间、保单失效率、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、保险公司的理赔原则、承保习惯等因素。由于医疗保险的风险变动性和不易预测性，团体医疗保险通常采用经验费率，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；此外，团体医疗保险调控较为灵活，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。因此，团体保险作为一项高效的筹资及保障工具，具有个人保险市场无可比拟的优势，在解决员工健康保障福利方面发挥着极其重要的作用。

（三）完全现收现付保障模式在人口老龄化背景下面临的挑战

医疗保险的财务模式和负担方式与公平、效率的价值考量紧密相关。医疗保险中的现收现付模式更多的体现为横向共济、代际互助的原则,通过收入再分配功能,实现社会公平、增进社会福利。基金积累的财务模式则更多地聚焦于缴费端的激励性和保障端的支付可承载性。目前,由商业保险公司承办的企业团体补充医疗保险基本上采取企业完全负担制,这种“企业包揽、现收现付”式的筹资机制受企业预算约束影响严重,保险公司赔付风险加大。

我国在过去的数十年里,以现收现付制为主的医疗保险制度在人口红利期发挥了风险共济的重要作用,但是,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。因此,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。总言之,商业医疗保险的改革破局应该重点将目光放在筹资模式和筹资效率上来,通过形成长远有效的筹资激励约束机制,开辟商业健康险应有的主流发展之道。

四、新时代企业团体补充医疗保险的改革方向探讨

（一）重构补充医疗保险制度层

在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。因此,国家应对补充保障制度层进行重构,并明确商业医疗保险在多层次保障体系中的功能和运行模式,为社会和民众提供一个整体性的补充保障解决方案。国际国内的经验表明,职业人群往往具有长期可持续的筹资能力及群体风险分散的优势,非职业人群大多数也具有职业人群家庭依附性特点,如子女、父母等。因此,补充保障制度层应重点围绕职业人群及其家庭成员展开规划构建,依托职业人群从业所在的企事业单位或机构组织,采取团险方式,整体性地设计与基本医疗保险相衔接的补充型保障制度体系。

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。基于此,国家可探索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。

新的企业补充医疗保险保障范围应着眼于更加合理地覆盖基本医保以外的医疗及健康服务部分，形成与基本医保关联度高、补充性强、对接多层次服务的产品体系建设。同时，在支付管理方面，可借鉴职工医保早期的“321”管理经验，即建立“三个目录”、签订“两个定点”和完善“支付议价机制”，立足价值医疗的角度，整体规划对医疗服务机构、医药服务准入与支付的科学管理。

（二）采用单位+个人、保险+账户、短期+长期、固定+可选的筹资模式

在团体医疗保险市场上，筹资方式主要受国家政策影响，筹资成本总体较低，一般为5%-15%之间，职工普遍对团体补充医疗保险满意度高，销售误导、客户投诉、消费者权益问题极少发生。因此，探索合理有效的筹资模式是商业健康保险改革发展的第一要务。新型企业补充医疗保险宜建立企业基于员工付出或贡献的激励机制，同时，在提供多元保障的基础上，建立灵活可选的个人筹资机制，形成**单位+个人、保险+账户、短期+长期、固定+可选的筹资保障机制**。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、长期健康可持续的合理目标**。

在如何鼓励个人加入企业补充医疗保险筹资问题上，需要从保障供给侧和财富需求侧两方面加以引导。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保障产品、特需类中高端医疗保险以及附加牙科及眼科、女性专病、母婴孕产或健康管理等可选责任。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。在人口老龄化背景下，需要及早引入个人对老年疾病或长期护理等风险的积累机制，弥补现收现付制医疗保险即将面临的平衡压力。

在税收优惠政策方面，应建立起企业与个人共同交费的引导机制，将企业所得稅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、筹资稳定性、保障提升以及长期储备方面的优势。

（三）建立集约高效的筹资与支付管理平台

在保险筹资覆盖方式上，现阶段有四种视角值得比较借鉴：第一种是由基本医保经办机构承办的职工大额医疗，采取与基本医保“捆绑”筹资的方式，不额外增加运营成本，属于“低成本、高效率”覆盖方式。第二种是由商业保险公司承办的企补医疗，采取各保险经营主体以市场竞争方式获取团体业务，属于“高成本、高效率”覆盖方式。第三种是由人社部门监管的企业年金制度，采取经营主体严格准入制和极低运营成本计提制，总体上属于“低成本、低效率”覆盖方式。第四种是发达国家采用的健康保险交易所模式，通过产品标准化、简易化、信息透明机制、风险调配与平衡机制，实现医疗保险供需双方集约化、规模化运作，具有“低成本、高效率”的服务优势。

在支付管理环节上，新的企业团体补充医疗保险制度应统筹设计与基本医保相衔接的支付方式和医疗费用管控措施，充分利用好“1+3+N”中的基础信息平台，开展科学有效的支付管理。对定位于“更多保障、更优服务、更高质量”的补充医疗保险来说，支付管理应重点着眼于三个方面：一是着眼于价值医疗的评价基础，制定与基本医保相衔接的补充医疗保险支付准入标准；二是着眼于整合医疗的服务视角，制定基本医保覆盖范围以外的医疗机构、药房机构、康复机构、护理机构、健康管理等机构的准入标准；三是要着眼于战略购买的支付机制，构建以社会协商为基础、利益博弈为遵循的共同规则，在基本医保之上建立与医药服务供给方的协议支付机制，引导医疗资源的优化配置。

（四）改革空间预测及潜在挑战分析

为职工人群及家属提供体系化、制度化、标准化的企业团体补充医疗保险，不仅是完善多层次医疗保障体系所需，也是企业内部增进员工激励、增强公司竞争力的重要手段，同时还有助于形成职业市场“五险三金”的福利优势。因此，启动新时代企业补充医疗保险的改革，在筹资规模和发展空间上将展现出积极的前景。

从企业及单位维度分析,按照《中国统计摘要(2022年)》数据,2022年全国各类市场主体中,各类企业和个体工商户近1.5亿家,其中企业法人单位数约3283万家,而规模以上企业有103万家,占法人单位数约3.3%,尽管全国规模以上企业在数量上只占少数,但其资产、收入、利润和税收的总量则可能占全国各类市场主体的80%以上,是建立企业补充医疗保险的主力。从吸纳职工数量情况看,2022年规模以上企业用工人数为13076万人,同期,全国城镇就业人数为45931万人,占比28.5%。按照总量预测法简单测算,如按照全国约100万家规模以上企业所覆盖的13076万人职工全量测算,如人均筹资水平提高至2000元/年,则产生2614亿元筹资规模;如维持目前人均1000元/年的筹资水平,则产生1307亿元筹资规模。从企业职工个人维度分析,结合第九次全国职工队伍状况调查数据,全国职工总数4.02亿人左右,其中,灵活就业人员约2亿人。若新的企业补充医疗保险制度仅按照正规企事业单位部门2亿左右职工人数计算,在个人税优健康险2400元额度内有效撬动这部分人群的个人筹资,则可新增约4800亿元筹资规模;如仅按照个税缴纳及计算各项税收扣除的约1亿劳动收入人群计算,则可新增2400亿元筹资规模。由此,新模式下的企业补充医疗保险将带来4000亿-7000亿的筹资规模。除此之外,目前由医保经办部门管理的职工大额医疗筹资部分,还将每年持续贡献约1000亿元的存量筹资。综合来看,新的企业补充医疗保险总体筹资规模可达到5000亿元-8000亿元,约为基本医保总体收入的15%-25%,体现补充筹资的定位。

当然,在看到改革前景的同时,也需要对潜在的挑战有充分预期。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。因此,更加需要政府、社会 and 个人的共同努力,发挥政府的主导作用,制定和实施有力的政策措施,调整资源分配结构,引导企业、个人和社会力量积极参与,形成合力,共同推动多层次医疗保障体系朝着高质量方向发展前进。

第三部分 商业健康保险与医药产业高质量发展的 空间与方向探讨

医疗服务机构是医疗保险实现风险补偿和风险控制的载体,药械生产及流通企业是实现医疗服务的上游组成部分,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。本节力图通过回顾医疗服务体系及药械产业发展的历史阶段,及其与保险保障支付方之间的博弈过程和相互作用,进而发现商业健康保险与医药产业高质量发展的空间与方向。

一、商业健康保险与医疗服务供给侧的协同发展

(一) 改革开放—2009 年:公立医院逐利机制的形成与医疗支付方的发展

改革开放后,在市场经济的推动下,政府把放权让利、分散决策和市场化为导向的经济体制改革思路移植到公立医院补偿机制改革上。公立医院得到了自主发展权,卫生资源匮乏得到了缓解。但是,由于政府财政的补助比例持续下降,公立医院的医疗服务收费依旧低于成本,收入依靠药品和耗材的现象日益严重。公立医院以药补医带动了医药企业的迅猛发展,在促进了医疗服务体系质量变化的同时,也改变了公立医院的补偿结构,形成了以市场化创收为主、政府补贴投入为辅的运营模式。从 1998 年到 2009 年,中国的医疗保险体系经历了从无到有、从局部人群到逐步覆盖城乡居民的过程。同一时期,中国的商业健康保险市场处于初步发展阶段,市场相对较为封闭,消费者对商业健康险的认知和需求也较为有限。总体上看,在这一阶段以公立医院为主的医疗服务体系在市场环境的巨大改变中走向了扩张式发展的道路,而支撑医疗行业快速发展的主要力量是来自患者的个人支付,发展初期的基本医保基金开始发挥支付方作用,但无论在支付作用上,还是在支付效率上都不强,商业健康险由于发展体量太小且较为分散,未能形成与医疗服务供给侧的协同基础。

(二) 2009—2017 年:公立医院补偿机制改革与医疗保障支付方的博弈

2009年3月，中共中央、国务院颁布《关于深化医药卫生体制改革的意见》，开启新一轮医药卫生体制改革，明确从改革方案设计、卫生制度建立到服务体系建设都要遵循公益性的原则。2012年，随着取消药品加成制度的逐渐实施，公立医院的药品占比从2012年的45%下降到2016年的39%以下。但同时，公立医院的耗材费用逐年上升，占比从2012年的8.6%上升到2016年的12.4%。为此，2015年5月，国务院办公厅印发《关于城市公立医院综合改革试点的指导意见》（国办发[2015]38号）（以下简称《38号文件》）指出：“破除公立医院逐利机制，落实政府的领导责任、保障责任、管理责任、监督责任，充分发挥市场机制作用，建立起维护公益性、调动积极性、保障可持续的运行新机制。”

表 2：2010-2016 年医疗机构收入结构

收入分类	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
机构数(个)	13850	13180	12979	12971	12897	12633	12302
平均每所医院总收入(万元)	7003	8832	10950	12667	14610	16499	18916
医疗收入	6282	8016	9796	11361	13149	14612	16722
门诊收入	2262	2805	3411	3934	4548	5048	5704
内：挂号收入	23	29	34	37	40	42	49
检查收入	416	520	638	733	858	951	1086
治疗收入	251	314	345	400	456	514	588
手术收入	45	55	62	72	85	100	116
卫生材料收入			73	98	128	157	191
药品收入	1182	1445	1750	1976	2242	2441	2664
西药收入	898	1072	1264	1404	1583	1721	1880
中药收入	284	373	487	572	660	721	784
住院收入	4020	5074	6385	7427	8601	9564	11018
内：床位收入	183	218	262	298	334	364	416
检查收入	289	381	493	595	711	816	961
治疗收入	754	972	874	990	1120	1242	1446
手术收入	334	401	416	461	517	564	672
护理收入			123	154	187	218	279
卫生材料收入			767	1014	1280	1525	1886
药品收入	1745	2132	2638	2945	3306	3529	3815
西药收入	1648	2000	2445	2705	3021	3218	3469
中药收入	96	132	194	240	286	312	345
财政补助收入	572	767	893	1006	1126	1480	1727
科教项目收入	40	49	50	53	60	74	77
其他收入	109	137	212	243	276	332	390
药占比	46.59%	44.63%	44.79%	43.31%	42.19%	40.86%	38.75%
耗占比			8.57%	9.79%	10.71%	11.51%	12.42%
药品/耗材/检查费用占比	57.82%	55.86%	64.91%	64.79%	64.83%	64.47%	63.41%

技术劳务占比	25.32%	24.81%	21.60%	21.23%	20.83%	20.82%	21.33%
--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------

资料来源：国家卫生健康委卫生统计年鉴。

2009 年新医改提出了“全民医保”的目标，并开始推动按病种付费的医保支付方式，逐步从“按项目付费”向“按病种付费”转变，旨在减少医院过度医疗和不必要的检查项目。医保控费力度加大后，基本医疗外的费用比例出现增加的趋势，尤其是一些高端医疗服务和目录外的药品和耗材，患者对补充性医疗保障的需求增加，商业健康险的市场潜力得到进一步释放。于此同时，《38 号文件》鼓励商业健康险公司借助社会资本办医的机会，与民营医院、健康管理机构合作，构建覆盖广泛的医疗服务网络，并针对民营医院推出更灵活的理赔产品，提升客户体验。由此，商业健康险逐渐开始针对慢病人群设计定制化产品，如高血压、糖尿病、心血管疾病等，借助基层医疗机构的服务能力，提供慢病监测、健康指导等服务，形成“保障+服务”的模式。总的来说，本阶段的深化改革措施促使公立医院回归公益性，极大地促进了基本医保的发展，成为医疗服务体系的主要单一支付方，但由于公立医院对原有运营模式的惯性，患者个人负担依然较重，为商业健康保险创造了发展空间。同时，改革释放了多元服务的供给，促使商业健康保险与医疗体系更紧密地结合，逐步与商业健康险形成了市场化的支付生态。

（三）（2018 年—今）医改新阶段对医疗服务供给侧带来的剧变

国家医保局于 2018 年 5 月 31 日正式挂牌，其成立后的医改新阶段对医院所实施的一系列政策，对医疗服务供给侧的发展产生了深远的影响。其中，最为关键的政策包括医保支付方式及医药服务价格形成机制改革、医保基金监管强化、药品耗材集中带量采购、提升临床价值导向等。面对新政策和外部环境带来的一系列挑战，医疗服务机构也开始主动求变。首先是服务理念转变：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。其次是精细化管理加强：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。第三是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，医院可能会更加重视护理、康复、中医等学科的发展，加大对相关科室的投入，吸引和培养专业人才。第四是成本意识提升：医院加强对药品、耗材使用的管理，控制成本，减少浪费，同时提高医疗服务的性价比。总的来说，以国家医保局成立为标志的新医改阶段，

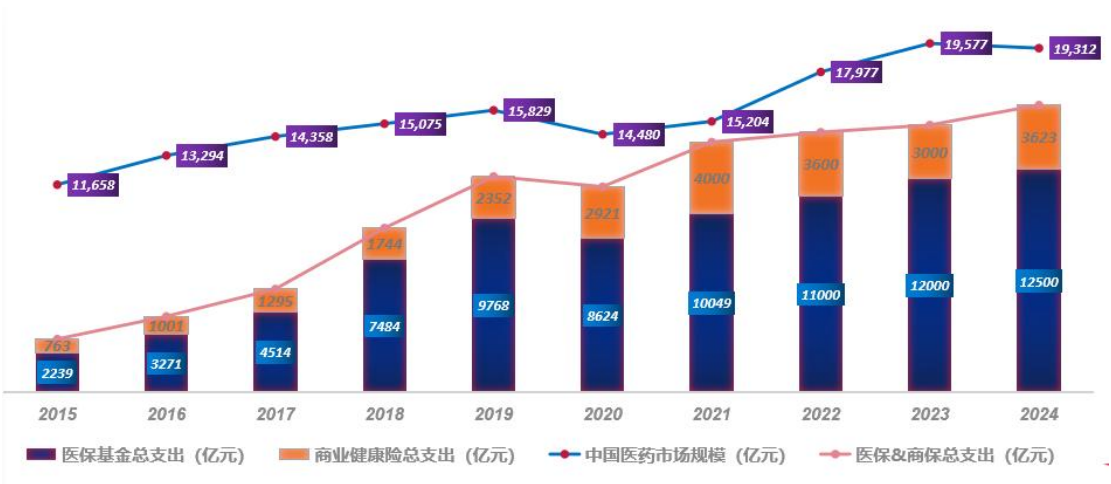
从支付机制上入手，改变了医疗服务供给侧过往二十多年的运营方式，促进医疗机构由扩张式发展转向精细化运营，进而推动了商业医疗保险与医疗服务体系的深度融合，有助于加快中高端私立医疗服务和第二健康市场的形成，拉动消费升级和商业医疗保险的迭代创新，从而更好地发挥对基本医保的补充作用。

二、商业健康保险与药械生产侧的协同发展

（一）供给视角下医药产业的变迁：扩张、过剩、收缩

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。根据 IQVIA 统计数据，2010 年至 2020 年期间，中国医药市场规模快速增长，2020 年达到约 2,170 亿欧元，在全球医药市场中的占比约为 12%，年均复合增长速度为 7.8%，一跃成为全球第二大医药市场。尽管中国医药市场整体规模庞大，但也存在一定的结构性过剩现象。一方面，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，面临结构调整和升级的挑战；另一方面，创新药物和高端医疗器械的研发相对不足，市场上高质量、高附加值的产品占比不高。

图 3：2015-2024 年中国医药市场与保险支付市场发展情况



医药产业中存在的药价虚高以及灰色链条顽疾，造成了医保支出增长过快、老百姓看病负担加重等问题，为此，中国政府展开了一系列政策调控，从最早的阳光集采、药品零加成，到带量采购、国谈、DRGs 等改革措施的颁布，对医药市场产生了深远的影响。截至 2024 年，带量采购政策覆盖约 294 种药品，平均降幅达到 53%，累计节省医保基金 4400 亿元左右。国家医保药品谈判针对临床

必需、疗效较好的高值药品和医疗耗材，大幅降低了其价格。截至 2022 年底，国谈累计为患者减负 4600 亿元⁷。DRG 的推行，遏制了通过床位、扩建、虹吸效应而造就超级大医院的发展模式，但同时也出现了医院统一使用国家集采和基本药物目录的药物、对部分非医保非集采药品减量采购、暂停采购等现象。这一系列改革举措对医药行业生态产生了深远的影响，**医药市场格局呈现二元化现象（即医保和非医保用药）**。尤其对于非医保药品，用药渠道和回款来源逐步丧失，导致医药企业财务平衡被打破，营收无法覆盖成本，面临供给收缩、产能下调的压力。

（二）支付视角下医药产业的发展：高质量、多元化、数字化

对于医药企业而言，资本和支付方是支撑其发展的关键因素。资本在医药企业研发投入、技术升级、市场拓展以及并购扩张中发挥重要作用，而支付方则在医药企业所提供的药品中扮演了决定性的角色。中国作为世界上拥有医疗保障制度的大国，支付方主要由基本医保充当，商业健康保险、患者自费作为补充。目前，中国基本医疗保险在药品支出上的占比约为 30%⁸，年支出总量超过 1 万亿元，约占医药市场总量的 53%。近年来的集采、国谈在一定程度上收窄了对原有药品的准入通道，同时也降低了支付水平，基本医保对整个药耗市场的累计支付总量下降了约 9000 亿元。而这一状况又反过来影响资本市场对医药产业的预期，2024 年，全球医药行业投融资规模同比增长 40%，但是中国市场下滑了 39%。基本医保在这一轮改革中更加体现了其“保基本”的定位，对于“非基本”的产业供给，一方面市场将走向优胜劣汰、重新“洗牌”的阶段，另一方面，应积极推动新质生产力、高质量医药产业的发展，因此，迫切需要新的资本和支付方资金来加入进来。

在高质量创新药方面，商业医疗保险通过支付全部或一定比例的创新药费用，有助于提高患者的支付能力、提升疾病治疗效果，同时促进医药产业的创新发展。2023 年惠民保已累计覆盖了 550 种药品，百万医疗等商业医疗险覆盖了 441 种药品。因此，众多医药企业开始积极与商业保险公司开展合作，将商保支付准入纳入企业发展的战略层面。尽管商业医疗保险在创新药支付方面取得了一定进展，

⁷ 数据来源：医保“国谈”五年记，《中国医疗保险》期刊，2023-09-21

⁸ 数据来源：根据国家医保局《2023 年全国医疗保障事业发展统计公报》数据计算。

但作为基本医疗保险的补充，其支付规模相对于我国整体创新药市场规模仍然较小，支出比重约 4%。

图 4：2023 年中国医药市场支付结构

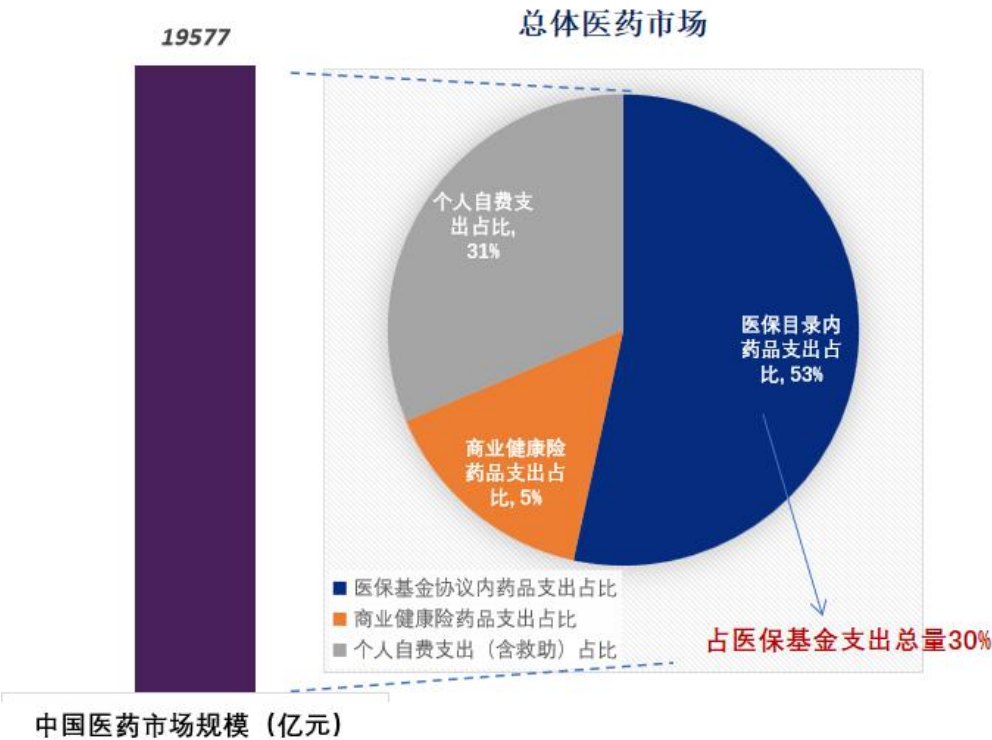
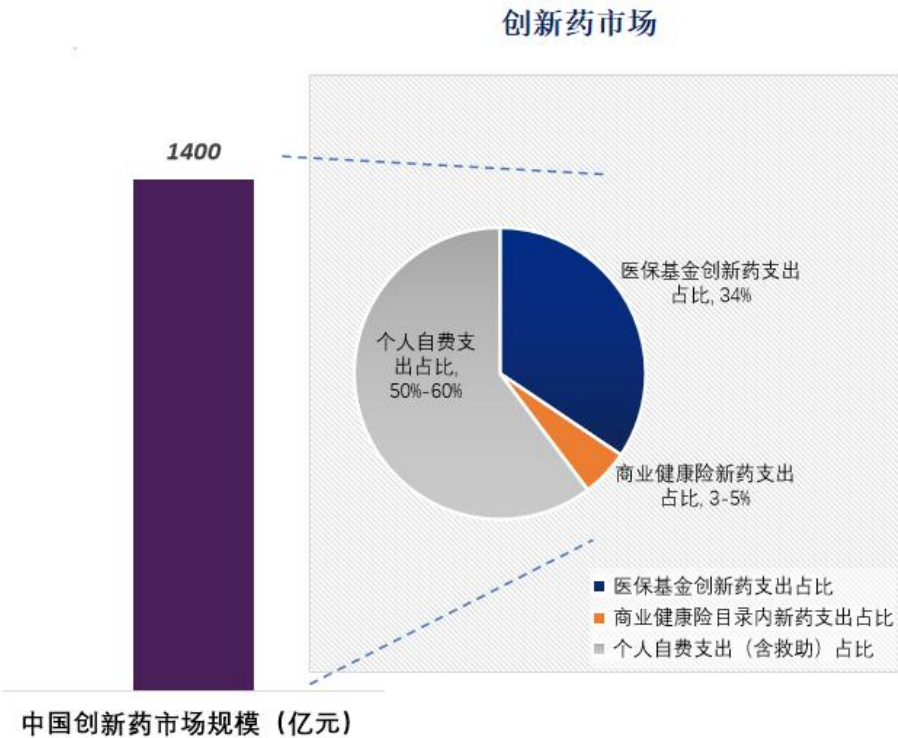


图 5：2023 年中国创新医药市场支付结构



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，国家医保局将于 2025 年内发布第一版丙类目录，其目的旨在为更好地支持多层次医疗保障体系的落实，大力支持商业健康保险在多层次医疗保障体系中发挥更大作用，满足患者多层次医疗保障需求等。该举措颠覆了以往商保对医药费用粗放式管理的模式，引导商业保险支付方与医药服务供方走向激励相容的协同共进模式，对商业医疗保险的发展具有里程碑意义。但是，无论是丙类目录还是其它药品目录，作为一种支付准入工具，其所能发挥的价值最终仍取决于商业医疗保险能否形成一个筹资规模较大且长期稳定的资金池。商业健康险行业应积极探索长期有效的筹资机制，团体补充医疗保险是继惠民保之后更加具有筹资优势的领域，应对其进行改革优化，使之真正成为“基本”之上有力补充。

三、商业健康保险与医药产业的高质量协同方向探讨

（一）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

医疗保险与医疗医药产业协同的目标是通过整合保险、医疗、医药、健康管理和技术服务，打造一个以患者为中心的生态系统。围绕这一目标，商业医疗保险需要在医疗服务供给侧建立与补充支付有关的管理服务体系，重点包括以下几个方面：

1、建立集约化的商保医疗服务网络

优质的医疗服务网络可以提供广泛的医疗资源接入，覆盖各级公立医院以及民营医疗体系，确保不同疾病的患者、不同需求的客户都能找到合适的医疗资源。但由于各家保险公司自建医疗服务网络的承保高昂，该项基础建设应诉诸于行业集约化服务平台的协同才能实现这一目标，一方面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搭建；另一方面，借助市场上的专业 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。

2、建立可量化的医疗质量评估体系

商业医疗保险应当建立基于医疗数据的量化医疗质量指标评估体系，涵盖医疗服务质量、效率、患者健康管理、运营效率、保险产品质量等多个方面。这些指标能够为商业保险公司、医疗服务提供者和监管部门提供明确的绩效评估依据，

从而推动商保行业的持续发展和医疗服务质量的提升。通过持续监控和优化这些指标，保险公司能够提高客户满意度、降低医疗成本，并推动健康管理和分级诊疗等政策的落地。

3、建立事前、事中、事后全流程医疗成本控制体系

商业保险公司与医疗机构的协同控费是实现医疗成本控制、提高服务效率和质量的关键环节。首先，商业医疗保险需要结合医保支付方式改革，制定适合商业保险合理的支付模式。其次，商业医疗保险应积极推动健康管理和预防服务，商保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。再次，商业医疗保险应该用好支付杠杆，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。此外，商业医疗保险还应与医疗机构协同建立理赔审核机制，目前我国医保的审核为事后审核，商业医疗保险应当错位发展，建立健全事前审核机制，确保支付的费用符合合同约定的医疗必需性。

4、收入周期管理与基础数据能力建设

商业医疗保险与医疗机构的收入周期管理是指医疗机构与保险公司在收入获取、理赔处理、账款结算等环节中的协同管理过程。商保公司与医疗机构通过紧密合作和高效的信息共享，实现双方在资金流、服务流和数据流上的高效衔接。通过收入周期管理的协同发展，医疗机构与商业医疗保险可以形成良性循环，既保障患者权益，又实现双方的成本控制和服务优化，这不仅能够改善医疗服务的整体效率，还能助力商业健康险的市场拓展与产品创新。

（二）药械生产供给侧的协同方向：建立基于合理评价的准入管理机制

商业医疗保险与医药产业最主要的协同作用体现在支付管理上，商业医疗保险公司在相关行业标准的基础上，建立与药械企业及流通领域的协商机制，形成商业医疗保险的支付价格或支付方式，既有助于优化患者的支付体验，同时也使得保险公司获得控费抓手。

1、建立多元支付方式

对于纳入商保支付的不同药品，可在国家相关部门的组织下，由药品提供方与支付方谈判形成协议支付方式，包括且不限于以下几种：**第一种**，价格谈判方式：多家商业医疗保险经营主体联合或委托方与药械企业的对应产品展开价格支

付谈判，推动药品与耗材团购价机制。**第二种**，风险共担模式：商业医疗保险经营主体与医药企业共同分担高价药物或创新疗法的费用风险，通过风险分担协议，明确商保、药企和患者的费用分担比例。**第三种**，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，否则由药企承担部分或全部费用。**第四种**，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，为商保公司受托管理的健康保障委托基金业务提供药品福利（折扣）。

2、参与支持药械研发

商业保险公司所积累的客户长周期医疗数据，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，也可分析治疗模式和患者反应，为新药研发提供方向，还可为商业医疗保险提供真实世界证据，通过分析实际使用中的药品效果，支持药物研发的后期阶段。

3、开展供应链生态合作

商业保险公司建立医药流通协同机制是提升医药服务效率、降低成本、优化患者体验的重要举措。这种协同机制通过整合药品供应链、物流、支付和服务资源，打破传统医药流通环节的壁垒，使药品从生产到患者更高效、透明和经济。商业医疗保险与医药流通协同发展，需要做好以下几个环节：**第一**，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。**第二**，建立配送网络，支持药品的全国配送，在重点区域建设药品配送中心，实现急需药品的快速供应。**第三**，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。**第四**，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。**第五**，建立与药店和医院的直付系统，促进报销透明化。**第六**，强化药事管理服务系统的建立，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。

（三）商业医疗保险与健康服务市场的协同方向

除了补充支付与保障外，商业健康保险还具有以“健康为中心”的天然动力，在重塑医疗服务价值方面能够发挥积极作用：

1、数据驱动的精准确控：通过整合医疗数据（如电子病历、体检报告、诊疗记录等），保险公司可以更精准地评估带病体人群的健康风险，设计差异化的风险定价。

2、定制化产品及责任设计：针对特定慢性病（如糖尿病、高血压、癌症等）设计特定的保障责任或福利计划（如健康基金账户），提供针对性的保障和服务。

3、医险融合的服务模式：将保险或健康基金账户与健康管理、药械福利等结合，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。

4、科技赋能：通过人工智能 AI 技术，优化核保、理赔流程，提高效率并降低成本。

5、消费者教育与市场培育：通过宣传教育，提高民众对保险产品的认知度和接受度；提升带病体人群与健康服务市场的对接程度。

第四部分 不同国家或地区商业医疗保险的比较研究

工业革命让“保险”从最初的风险管理工具逐渐演变成一种国家治理思想和社会制度安排，随着社会的不断发展变化，商业医疗保险也在世界各国的福利体系下呈现出不同的景象。本节力图通过横向比较德国、法国、美国、澳大利亚、日本、新加坡、中国香港等典型国家或地区商业医疗保险的发展特征，找出共性与规律，为新时代中国特色商业医疗保险的健康发展提供有益的借鉴。

一、国际视野下的商业医疗保险概述

（一）商业医疗保险的市场分类与制度基础

不同国家医疗保障制度的差异化设计，为商业医疗保险的发展构建了制度性框架。根据法律或政府在商业医疗保险政策及管理中发挥的作用，可将其分为**政府主导型、政府支持型、社会治理型、市场经营型**四种。政府主导型指在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医疗保险；政府支持型是指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医疗保险；社会治理型是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；市场经营型是由商业保险公司在自由市场中自主经营的模式。四类模式的核心差异体现为筹资来源、保障范围与政府干预强度的系统性配置，进而决定了商业健康保险的市场边界与发展动能。

商业医疗保险的功能定位，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。**商业医疗保险的市场形态本质上是制度逻辑、经济基础与技术条件共同塑造的动态均衡体系。**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。市场主导型制度中，商业保险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。

（二）保障计划与筹资机制

商业医疗保险的保障功能主要体现在三大维度：**基本医保补充、高端服务延伸以及特定人群覆盖**。基本医保补充型计划旨在填补法定医保的保障盲区，通过覆盖自费药品、非基础诊疗项目或提高报销比例等方式，强化中高收入群体对医疗支出的风险抵御能力。高端服务延伸型计划则聚焦差异化医疗需求，通过整合优质医疗资源、个性化健康管理及跨境医疗服务等增值内容，构建多层次服务体系，满足高净值人群对医疗品质与效率的进阶诉求。特定人群覆盖型计划则针对公共医保制度未能充分覆盖的群体，例如自由职业者、跨境流动人口或慢性病高风险人群，通过定制化精算模型与风险定价机制，实现保障范围的精准拓展。

筹资机制的构建是商业医疗保险可持续发展的核心支撑之一，其资金来源主要涵盖**税收划拨、保费积累、储蓄账户及混合模式**四种方式。税收划拨模式指公共财政通过专项税收为全民获取医疗服务提供转移支付。保费积累模式则以市场化运作为核心，投保人通过缴纳风险对价保费形成独立资金池。储蓄账户模式通过强制储蓄机制将个人收入部分转化为医疗储备资金，商业保险通过与储蓄账户的绑定实现资金流转。混合模式则通过税收补贴、企业共担与个人付费的多元组合，构建更具弹性的筹资结构。

（三）运营管理模式与治理框架

在多元主体协同共治的框架下，商业医疗保险的运营管理体系以**政府监管、商业公司和非营利组织**等多元主体的分工协作为基础。政府作为制度供给者与市场监督者，通过立法授权明确商业保险的法定地位与业务范围，其本质是通过公权力介入防范市场失灵风险。商业保险公司作为核心运营主体，依托市场化机制完成风险分散、服务整合与技术创新。非营利组织则作为社会资本参与方，通过互助保险、公益基金等形式填补商业保险的普惠性短板，其运营模式往往受到税收优惠与财政补贴的政策牵引。

现代商业医疗保险的管理机制革新已超越传统风险分担的单一模式，迈向系统性资源整合与效率提升的复合范式，其核心特征体现在**管理式医疗、公私协作与数据驱动**三大方面。管理式医疗模式通过预付制支付改革、优先服务网络构建及临床路径标准化，重构了保险机构与医疗服务提供者的激励相容关系。公私协作机制的深化则进一步模糊了公共与私人部门的传统边界，政府通过制度设计权主导保障底线，商业机构凭借运营效率拓展保障上限。数据驱动决策体系的成熟

则标志着行业步入智能治理阶段，医疗大数据与机器学习技术的结合不仅实现了个体风险评估的动态化与精准化，更通过逆向选择识别、欺诈行为预警及费用预测建模等工具，将风险管理从经验判断升级为算法决策。

二、七个国家或地区商业医疗保险市场发展状况比较

（一）日本：法定国民健康保险下的现金给付型商业健康保险

1961 年日本颁布《国民健康保险法》，开始实“国民皆保险”的全民医保制度，强制要求所有国民加入。日本社会医疗保险由职域保险（雇员健康保险）和地域保险（国民健康保险）两部分组成，二者覆盖了几乎所有公民（包括在日本境内的外国人）。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。

然而，过于偏重发展理财型寿险的过程也使得日本商业保险缺少经营健康险的传统和基础。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。

（二）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（Aging 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，不但控制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。

（三）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。补充性医疗保险主要包括互助型补充医疗保险（市场份额约为 56%）、商业补充医疗保险（24%）和其他团体性补充医疗保险（20%）等。

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%⁹，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。

⁹ 相互保式惠民保是医疗保险第二支柱，杨燕绥、秦晨等，清华医疗服务治理公众号，2024 年 09 月 14 日

（四）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。但香港也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%。

配套税优政策的“自愿医保计划”（Voluntary Health Insurance Scheme, 简称VHIS）于2019年4月1日正式实施。在这一计划下，参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。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。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。

（五）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（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。然而，值得注意的是，近几年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。

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，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负责与药品生产企业进行价格谈判；最后，引入再审查制度，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。这项制度有效地保障了澳大利亚国民对处方药的需求。

（六）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。

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的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。

（七）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。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受保人年龄厘定，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，七家承保 IPs 的私人保险公司亏损总额达到 1.46 亿新元。

三、启示与借鉴

（一）共性特征和基本规律

通过对上述七个国家或地区的横向比较，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医疗保险市场的发展，而政府的支持及支持的方式才是决定商业医疗保险覆盖率和市场规模的主要因素。当政府对商业医疗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较大的发展，如中国香港、澳大利亚、新加坡。

表 3：2018-2024 年 7 个国家或地区法定医疗保险和商业健康保险覆盖率

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%

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。其中，起到关键作用的支持措施概括为以下八项：

一是出台专项法规。不同国家或地区的健康保险法规，反映的是该地对这一领域所持的基本精神和学理基础，对整个行业的发展起着至关重要的作用。

二是提供保费补贴。例如澳大利亚和新加坡，通过政府对参保人的直接补贴，快速提升了商业医疗保险的市场覆盖率。

三是提供税收优惠。合理的税收优惠政策使得雇主、雇员采取共同分担的缴费方式成为一种自然的选择，它是保险领域最高效和最稳定的筹资机制，是商业医疗保险长期可持续发展的关键。

四是准入合格产品。除日本、法国外，大多数国家或地区的政府都对商业医疗保险的产品分类、保障范围甚至保费定价都制定了严格的规则，强化了商业医疗保险在民众心目中的权威性和规范性，实现了较高的商保覆盖率。

五是制定通用标准。政府或具有行业公信力的组织对商业医疗保险制定的支付或管理规则，有助于降低保险公司的赔付成和管理成本。

六是提供基础设施。政府或行业对商业医疗保险提供医疗健康数据、统一筹资平台等国家基础设施，对降低保险筹资成本发挥了重要作用。

七是建立再保险池。采取市场化方式经营商业医疗保险的国家无法避免逆向选择问题,建立由政府提供资金的再保险池是解决“剩余市场”问题的有效方式。

八是配套投资政策。相较于德国、法国采取的保险资金后端投资管理模式,美国 HSA 账户在前端进行自主投资管理的机制更为有效,既能吸引更多人增加健康储蓄用于灵活支配,促使人们减少医疗消费,提高健康水平,从而获得更多投资收益。

表 4: 七个国家或地区政府支持形式与商业健康保险覆盖率列表

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	☑	☑	☑				☑

(二) 对中国的借鉴意义

不同国家医疗保障制度的形成与发展,需要与当地的历史、国情、文化、体制相适应。作为医疗保障体系中的一种资源配置方式,商业医疗保险同样需要立足本国实际,走出符合本国国情的发展道路。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?

1、自愿性的商业医疗保险是否能够适应中国多层次医疗保障体系的发展?

中国商业医疗保险几十年来按照自愿性原则经营，整体发展状况与日本相似，近年来市场增长缓慢。中国政府是否能够采取澳大利亚、新加坡式的保费补贴政策来发展自愿性的商业医疗保险市场？事实上，中国最大的自愿性医疗保险——居民基本医疗保险，目前参保人数达到 9.63 亿人，政府每年提供缴费补贴近 7000 亿元，人均补贴额达到 600-700 元。如果中国商业医疗保险也采取这种补贴方式，比照澳大利亚的参保率和政府补贴水平计算（考虑货币购买力平价因素），中国政府则需要为 7 亿人额外投入人均 500 元、总量 3500 亿的补贴金额，且这种补贴一旦开始，将成为刚性支出，难以取消或调整。因此，利用补贴提升保险覆盖率的方式需要极其慎重。

总的来看，自愿性的医疗保险是一种较为低效的保险方式，在经济发达、人口较少的国家，通过政府补贴和税优政策的综合作用能够起到一定的效果，但对于中国这样的发展中人口大国，其可行性和可能性都较低。

2、什么形式的税优优惠政策适应中国特色商业医疗保险的发展？

纵览各国医疗保险制度，无论是法定保障还是商业保险，几乎都采取了税收优惠的做法，体现了政府对促进公众健康、减轻医疗支出压力方面的价值导向和实际支持。国际上对商业医疗保险所采取的税收优惠政策，基本上都是雇主和雇员同时享受所得税税优政策，有效地发挥了税优政策的杠杆撬动效应。所得税税基式优惠能够有效降低纳税人的税收负担，这种优惠方式对于鼓励特定行业或地区的发展、支持小微企业等方面具有重要意义。

反观中国的商业健康保险税优政策，从政策科学化角度看，存在一定不足：**首先**，对保险公司经营主体的营业税优惠（保险公司开办的一年期以上健康保险险种免征营业税）并不会带来筹资端的激励效应，也并没有推动商业保险公司在多层次医疗保障体系中发挥医疗服务支付作用；**其次**，企业补充医疗保险的税优政策仅针对企业端做出了工资总额 4% 以内企业所得所的扣除规定，对企业员工个人部分未给予任何税优政策，制约了员工个人在补充医疗保险中的筹资动力。**最后**，个人税优健康险税优政策对应的是个人自愿性的商业医疗保险市场，大多数个人对保险这件特殊商品的“逆选择”行为难以受到约束，导致税优政策的放大效果不佳。事实上，如果把目前所执行的个人健康险税优政策平移为企业团体补充医疗保险上来，即：将团体合格产品纳入 2400 元的税优范围中，必将带来

更大的杠杆效应。因此，在税优政策方面，中国需要充分借鉴发达国家的经验，及时做出更有效的调整和优化。

3、借鉴国际上准入合格产品的做法是否有助于中国商业医疗保险的发展？

由于医疗保险不同于自由竞争的商品，具有社会的广泛性和普遍性，涉及到众多民众的切实利益，因此，多数国家都将其视为公共品或准公共品，在质量和数量上严格控制，设定最低保障标准，避免保险公司通过缩减保障范围进行恶性竞争。商业医疗保险采取由政府制定合格产品准入标准的做法有利于提升医疗资源的配置效率。在合格产品准入制下，政府须明确必保责任、最低赔付比例等核心参数；同时也应考虑满足不同需求的差异化产品供给；对于具有公共利益的项目，还可要求产品嵌入预防保健服务、慢病管理等公共健康元素。

4、由政府或行业制定针对商业医疗保险的通用支付标准能否在中国发挥有效作用？

商业医疗保险所搭建的理赔运营体系取决于条款约定和相关法规要求，从而形成相应的人力、服务网络、标准、系统、财务等管理资源配置。对中国而言，商业医疗保险发展还处于初期阶段，规模小、市场分散，不具备各自建立独立的医疗风控体系的条件，也形成不了具有议价影响力的医疗服务网络，因此，有赖于政府或行业制定统一通用的风控标准，其中，首当其冲的就是药品支付目录。中国基本医保在支付目录方面具有坚实的基础，政府或行业可借鉴其管理经验，重点针对商业医疗保险准入制下的合格产品，制定有针对性的通用支付标准和集约化的谈判商议机制，商业保险公司还需配合相应的行业支付标准，建立数据平台、审核管理、争议解决、支付流程等配套体系，从而提升行业整体的医疗风控能力。这种由政府制定合格产品准入标准的做法，尤其值得中国学习借鉴。

5、政府提供哪些基础设施有助于促进中国商业医疗保险的发展？

中国商业医疗保险无论是在经营主体层面还是行业层面，都缺乏与医疗服务机构建立互联互通的信息系统、支付结算系统等基础设施。在这种经营主体“先天不足”的状况下，有赖于政府统筹规划、加大投入，建立一套覆盖商业保险行业的信息基础设施，实现医疗服务供方和医疗保险支付方之间的互联互通。为此，2024 年底，在国家政策的指导下，中国银保信通过构建医保商保信息共享平台，

实现了医保与商业健康保险的“总对总”数据共享，为行业获取标准化的支付信息提供了强有力的支撑。

在保险筹资基础设施方面，2015年，国务院批准设立上海保险交易所（SHIE），定位于行业基础设施和综合服务平台，为保险、再保险、保险资管等各类保险活动提供系统、规则和标准等基础性公共服务。因此，我国完全有条件将其功能延伸至企业、各类非法人机构等团体医疗保险筹资领域，一方面向客户提供合格准入产品的信息，另一方面向保险公司提供承保风险的撮合交易，从而扩大团体医疗保险市场覆盖面，保证市场公平交易，净化行业生态。

6、中国商业医疗保险是否应由政府设立再保险池？

在市场机制发挥作用的领域，总会存在市场失灵、不能有效配置资源的现象。商业医疗保险市场尤为如此，“撇奶油”行为带来的患病人群、残疾人、老年人、低收入人群，如果没有政府的干预，就会形成一个被抛弃的剩余市场。由政府支持设立一个旨在促进高风险人群受保以及处理极端风险的再保险机制是十分必要的。通过政府再保险池机制，为保险公司承担部分高额理赔费用，减轻因高风险参保人（如重大疾病、慢性病患者）带来的溢出风险，同时也能有效应对突发的极端风险，如传染病大流行等。

第五部分 基于第二支柱模式的补充医疗保险改革建议

基于本研究所开展的大量理论和实践分析,总结出一条符合新时代中国特色的商业医疗保险发展道路,即建立基于第二支柱的企业补充医疗保险金制度,形成“基本医保+补充医保+商业保险”层次清晰、功能衔接、协同有效的全民医疗保障体系。

一、制度框架设计

(一) 制度基本框架

根据《劳动法》、《劳动合同法》、《保险法》、《信托法》等法律和国务院有关规定,制定出台《企业补充医疗金试行办法》(简称“企业医疗金”),明确顶层制度基本框架,主要包括:

1、制度定位和覆盖范围

企业医疗金是企业及其职工在依法参加基本医疗保险的基础上,通过集体协商自主建立的补充医疗保险制度,是我国多层次医疗保障制度体系中的重要组成部分。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。

2、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,由企业与职工协商确定分担比例或额度,不设职工最低分担比例;健康储蓄基金采取完全积累制,由企业与职工协商确定分担比例或额度,不设企业最低分担比例(上限不超过200%),设置个人存储金额上限(可比照个人养老金标准12000元/年)。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,体现企业福利的激励作用。职工医疗金账户下设企业缴费子账户和个人缴费子账户,分别记录医疗保险和健康基金的企业缴费部分以及本人缴费部分及其账户利益。职工个人缴费由企业从职工个人工资中代扣代缴。

3、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。

4、健康储蓄基金的管理运营

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、牙科、眼镜、疾病预防、护理等自费支出。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。

同时,积极探索健康储蓄基金与个人养老金账户的衔接机制,借助企业补充医疗金需求量大、覆盖面广、门槛低等优势,发挥在职工年轻阶段企业与个人的共同积累账户功能,为老年阶段个人养老及医疗需求提供有针对性的补充保障。

5、中断与接续

企业职工更换工作或离职,可自行加入临时合格保险计划(由上海保险交易所平台或特定服务机构提供合格产品),一定期限内(如1年内)按照当期团体平均保费略上浮计算(如102%),期限外可进一步提高到缴纳标准(如150%),保险费全部由个人承担。

(二) 税收优惠及补贴支持政策

1、税收优惠政策

企业为职工支付的补充医疗保险资金(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;个人支付的补充医疗保险资金(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。

2、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：因自然灾害、重大安全事故、重大疫情等事件中负伤致残、染病的职工；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；对已纳入最低生活保障，但还存在患病、子女上学、伤残等其他刚性支出的困难职工；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。

（三）服务机构体系

1、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。

2、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。

3、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）。

4、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。如保险经纪公司为大型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；医疗服务网络 TPA 机构提供审核支付服务；审计与评级机构发布运营主体评级报告等。

（四）配套法规完善

1、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。

2、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。

3、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。

二、基础设施建设

（一）建设医疗健康大数据平台，赋能保险定价及精细化管理

1、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。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。随着国家标准《信息技术大数据数据治理实施指南》（GB/T 44109-2024）在医疗行业的落地与东数西算工程的推进，

医疗数据将像电力一样流通全国。届时，医疗保险不再是被动买单者，而是健康生态的共建者：客户的健康画像可转化为风险指数，员工的运动数据能兑换保费折扣，老年人的慢病记录可定制管理方案……当每一个生命体征都被具化为生产要素，“健康中国”的愿景终将照进现实。

2、医疗健康大数据平台载体

面对当前全球医疗体系正朝着“数据驱动”的浪潮加速转型，中国建设统一的医疗健康大数据平台，不仅是破解“数据孤岛”的技术命题，更是重构商业健康保险业价值链的战略机遇。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（已覆盖 40 万家定点医疗机构和 40 万家定点零售药店），可快速实现数据纵向贯通。在此基础上，加强数据分类整合，归集参保人全周期诊疗、用药、费用数据，实现从“碎片化索赔”到“全景式画像”的跨越。同时，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（Fast Healthcare Interoperability Resources）标准，兼容电子病历、穿戴设备、基因组学等多源数据，为 AI 人工智能的发展预留接口。

3、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：1、支持产品基础定价：在满足数据隐私条件下，对于具有准公共品性质的普惠保障领域，通过医疗健康大数据平台向涉众型保险（如惠民保、合格保险计划）免费开放基础数据，降低数据使用门槛，辅助产品定价。2、赋能动态调整：保险公司应充分利用医疗保险精算技术，开发相关风险分层模式，精准量化疾病风险和治疗成本，支撑不同医疗保险计划的动态定价调整。3、打击欺诈骗保：基于知识图谱技术，识别“一病多赔”、“虚构诊疗”等行为。4、改进智能核保：利用电子健康档案数据，动态监测参保人健康指标，与保费定价挂钩，激励健康管理。5、促进价值医疗：根据患者电子健康档案数据或真实世界数据（RWD）追踪疗效，对部分创新药械、手术方式，保险公司可实现按疗效分期支付方式。6、提升健康管理：精准识别高风险人群，整合医疗机构、社区卫生服务中心、健康管理机构等资源，推送个性化服务包，降低疾病发生率、延缓或逆转疾病进展状况。

（二）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

1、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。

2、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。

3、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。

4、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。

5、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。

6、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。

（三）发挥行业和专业组织力量，制定价值导向下的行业标准

1、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。如以“商保药品目录”为载体，细分出针对惠民保重大疾病用药的 A 目录和针对企业补充医疗保险合格产品的普药原研药 B 目录；针对新型或基本医保未覆盖的“诊疗项目目录”；针对特定合格产品下（如高端私立医疗保险计划）的商保 DRG 支付标准等，从而构建起商业医疗保险行业通用的支付内容和标准。

2、建立价值导向的目录结构

(1) 药品支付标准：基于“创新梯度原则”

可参照德国商保目录中生物制剂、孤儿药的单独分类机制，对中国大陆地区未纳入基本医保的癌症靶向药，按临床价值或疗效证据强度分为：

A 类（III 期临床数据+真实世界研究支持，支付比例 90%）；

B 类（II 期临床数据+专家共识，支付比例 60%）；

C 类（个案报告或早期研究，支付比例 30%）。

D 类（对高价创新药实施“疗效挂钩支付”，如 CAR-T 疗法按 12 个月无进展生存率分档支付（生存率 $\geq$ 70%支付全价，50%-70%支付 80%， $<$ 50%终止支付）。

(2) 诊疗项目标准：建立“必要性分级清单”

可借鉴德国对 2 万多项诊疗服务的“必要性判定规则”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：

A. 强制覆盖项目（循证等级 A，如新型溶栓剂用于脑卒中患者的紧急救治）；

B. 选择性覆盖项目（循证等级 B，如人工胰岛细胞移植术治疗 I 型糖尿病患者）；

C. 排除支付项目（循证等级 C，如营养输液用于非营养不良患者）；

D. 对争议性项目设置“专家评审豁免通道”，如质子治疗儿童肿瘤可由三甲医院多学科会诊申请商保支付。

(3) 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，如三甲公立特需病房、私立医疗机构等，开发支付水平优于商保专属分组器，体现商保价值导向。例如：对恶性肿瘤增加分子分型维度，如 HER2 阳性乳腺癌单列组；晚期肿瘤姑息治疗组权重较基本医保上浮 50%，支持舒缓疗护服务覆盖等。通过商保 DRG 的实现，使中高端医疗服务机构行为得到有效控制。

3、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“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。

（四）搭建区域服务网络平台，加强保险公司控费能力建设

1. 明确客户需求

- (1) 覆盖范围：全国/区域性医疗网络（覆盖总部+分支机构）
- (2) 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
- (3) 服务可及性：确保职工能在工作地、居住地便捷就医

2. 医疗服务提供商的选择与合作

- (1) 医疗机构筛选：公立、私立、连锁诊所、连锁药房等；
- (2) 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
- (3) 设立专属团体保险绿色通道，提高就医效率
- (4) 建立专属体检与健康管理服务
- (5) 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，支持健康储蓄基金账户支付，职工可用于购买非处方药

3. 搭建高效支付与理赔体系

- (1) 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
- (2) 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
- (3) 小额快赔：小额医疗费用快速审核与理赔
- (4) 合理用药管理：通过药师审核机制减少不必要的昂贵药品支出

4. 数字化健康管理提升客户体验

- (1) 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
- (2) 结合可穿戴设备监测员工健康数据
- (3) 通过 AI+大数据分析健康风险，提前预警重大疾病
- (4) 提供 24/7 医疗咨询（电话+在线问诊）
- (5) 设置 VIP 绿色通道，缩短就医等待时间

三、实施路径与目标展望

（一）分阶段试点推广路径

1、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，实现筹资规模 25 亿元-50 亿元。试点期核心任务包括：

- (1) 出台《企业补充医疗保险金制度试行办法》；
- (2) 批设首批健康储蓄基金管理人，开展健康储蓄基金账户管理；
- (3) 搭建全国补充医疗保险数据平台，实现与基本医保系统的实时交互；
- (4) 制定首版《商保药品目录-B 类（企业补充保险药品支付目录）》、《企业补充保险诊疗项目目录》等行业标准；
- (5) 依托税务部门代征代缴功能，确保按照用人单位工资总额缴费及个人税前工资缴费精准计算税前扣除；
- (6) 开发保险交易所补充医疗保险公共管理服务平台功能；
- (7) 搭建区域优势医疗网络，提供特需病房等优质医疗直付服务。

2、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，实现筹资规模 1000 亿元-2500 亿元，完善制度运行机制。推广期核心任务包括：

- (1) 实施预防性保障计划，将与职业健康相关的疫苗、阿尔茨海默症早期干预等对接至企业补充医疗保险，推动保障关口前移；
- (2) 在粤港澳大湾区试点跨境医疗结算，实现职工参保人赴港澳指定医疗机构就诊可直接结算；

- (3) 在境外国家或地区试点跨境医疗结算，实现职工参保人赴境外指定医疗机构就诊可直接结算。

(二) 改革目标展望

1、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”的机制，在不新建机构、不增加投入的条件下，实现政府管理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。

2、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。

3、完善职工薪酬福利体系，提升企业竞争力

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，体现了企业对员工的责任和关怀，有助于吸引和稳定高素质人才，提升员工的归属感和忠诚度，从而为企业创造更大的价值。

4、释放银发经济价值

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，按照美国康储蓄账户（HSA）的经验，自 2003 年起至 2023 年的 20 年间，共累积了超过 1000 亿美元的专项健康储备资产。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。

附录 1：

2020-2024 年商业健康保险发展政策文件汇总

时间	文件	政策内容
2020-01	《关于推动银行业和保险业高质量发展的指导意见》	鼓励保险机构提供包括医疗、疾病、康复、照护、生育等，覆盖群众生命周期、满足不同收入群体需要的健康保险产品；
2020-01	《关于促进社会服务领域商业保险发展的意见》	完善健康保险产品与服务；鼓励保险机构适应消费者需求，提供综合性健康保险产品与服务；力争到 2025 年，商业健康保险市场规模超过 2 万亿元；完善保险机构承办大病保险运行及监督机制；加快发展商业长期护理保险；推动健康保险与健康管理的融合发展；探索将商业健康保险信息平台与国家医疗保障信息平台按规定推进信息共享。
2021-04	《关于印发加强网络安全和数据保护工作指导意见的通知》（医保发〔2021〕23 号）	在保障数据安全的前提下，稳妥推动数据资源开发利用，发挥数据生产要素作用，保障数据依法依规有序共享。建立先试点、后推广机制，强化医疗保障大数据运用，更好地服务医保政策制定和医保精细化管理，推动多层次医疗保障体系建设。
2021-09	《“十四五”全民医疗保障规划》	鼓励商业保险机构提供医疗、疾病、康复、照护、生育等多领域的综合性健康保险产品与服务，逐步将医疗新技术、新药品、新器械应用纳入商业健康保险保障范围。
2021-11	《关于健全重特大疾病医疗保险和救助制度的意见》	鼓励医疗互助和商业健康保险发展，更好满足基本医疗保障之外的保障需求。
2022-05	《深化医药卫生体制改革 2022 年重点工作任务》	支持商业保险机构开发与基本医疗保险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，探索推进医保信息平台按规定与商业健康保险信息平台共享。
2022-05	《中国保险业标准化“十四五”规划》	加强养老和健康保险领域标准建设；进一步规范行业共用的医疗、疾病、意外相关的分类、代码、术语、数据交换格式标准，支持保险机构为群众提供覆盖全生命周期的、满足不同收入群体需要的健康保险产品。
2022-05	《“十四五”国民健康规划》	增加商业健康保险供给。鼓励围绕特需医疗、前沿医疗技术、创新药、高端医疗器械应用以及疾病风险评估、疾病预防、中医治未病、运动健身等服务，增加新型健康保险、健康管理、医疗服务、长期照护等服务。在基本签约服务包基础上，鼓励社会力量提供差异化、定制化的健康管理服务包，探索将商业健康保险作为筹资或合作渠道。
2023-09	《“十四五”全民医疗保障规划》	鼓励商业保险机构提供医疗、疾病、康复、照护、生育等多领域的综合性健康保险产品与服务，逐步将医疗新技术、新药品、新器械应用纳入商业健康保险保障范围；支持商业保险机构与中医药机构合作开展健康管理服务，开发中医治未病等保险产品。
2024-07	《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》	发挥各类商业保险补充保障作用。
2024-09	《国务院关于加强监管防范风险推动保险业高质量发展的若干意见》	提升健康保险服务保障水平；扩大健康保险覆盖面；丰富商业医疗保险产品形式；推动就医费用快速结算；将医疗新技术、新药品、新器械应用纳入保障范围；发展商业长期护理保险；持续做好大病保险服务保障；推动商业健康保险与健康管理的深度融合；鼓励面向老年人、慢病患者等群体提供保险产品；试行区域保险药械目录；探索建立第三方服务机构“黑名单”制度。

附录 2:

时间	文件	政策内容
1998-12	《国务院关于建立城镇职工基本医疗保险制度的决定》 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。
2002-05	《关于企业补充医疗保险有关问题的通知》 财社[2002]18 号	一、按规定参加各项社会保险并按时足额缴纳社会保险费的企业，可自主决定是否建立补充医疗保险。企业可在按规定参加当地基本医疗保险基础上，建立补充医疗保险，用于对城镇职工基本医疗保险制度支付以外由职工个人负担的医药费用进行的适当补助，减轻参保职工的医药费负担。 二、企业补充医疗保险费在工资总额 4% 以内的部分，企业可直接从成本中列支，不再经同级财政部门审批。 三、企业补充医疗保险办法应与当地基本医疗保险制度相衔接。企业补充医疗保险资金由企业或行业集中使用和管理，单独建账，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，不得划入基本医疗保险个人账户，也不得另行建立个人账户或变相用于职工其他方面的开支。
2003-02	《关于企业为职工购买保险有关财务处理问题的通知》 财企[2003]61 号	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（费用）。