

新修订的《健康保险管理办法》将于12月1日起正式施行 健康险迎新规 这三大看点值得细读

近日,中国银保监会发布了新修订的《健康保险管理办法》(以下简称《办法》),在加强对消费者保护的同时,也给予了保险公司一定的发展空间。不仅出台了诸多用于规范保险市场的条款,还大力支持保险市场进行改革创新。比如,《办法》将医疗意外险纳入保险的范畴,对不能归责于医疗机构、医护人员的医疗损害提供保障,可进一步缓解医院处理医疗纠纷的压力。

据悉,《办法》将于2019年12月1日起正式施行,健康险新规发布将会给消费者投保带来哪些改变?新快报记者为大家梳理了三大看点。

■新快报记者 刘威魁

看点1

长期健康保险可进行费率调整

此次新规修订最大的看点之一,就是《办法》着眼于解决当前消费者对于医疗保障的续保痛点,规定保险公司可以在保险产品中约定对长期医疗保险产品进行费率调整,容许在保障续保期间以约定的触发条件为理由上涨产品费率。未来,或将出现10年甚至是终身保证续保的长期健康险产品,消费者的续保问题将得到改善。

实际上,健康保险按照保障时间可分为长期健康保险和短期健康保险,两者的关键在于能不能保证续保,即产品停售后保险公司能否按照原有的条款和费率继续承保。长期健康保险是指保险期间超过一年,或者保险期间虽不超过一年但含有保证续保条款的健康保险。比如,可以保障几十年的重疾险。短期健康保险是指保险期间小于等于一年,且不含有保证续保条款的健康保险。比如,保障期限一年的医疗险。

“在老的健康保险管理办法中,设计保证续保的长期健康险产品,在保证续保期间不可以上调费率,消费者只要买了,每年所缴保费不变,但医疗费用的上涨是无法预测的,这就给保险公司埋下了赔付隐患,而费率太高产品又会缺乏竞争力,导致保险公司更愿意开发风险较小的短期健康险产品。”一大型险企的高管告诉新快报记者,由于缺乏费率调整的政策支持,保险公司在开发医疗险时,只能牺牲保障年限,开发一年期或期限非常有限的产品,这也造成市面上绝大部分医疗险保证续保时间最多为6年。

据了解,现在的一年期健康险产品都不保证续保,一旦停售,消费者将很难再买到合适的产品。比如,A先生购买了某百万医疗险,不幸罹患了重疾,获得了大额的医疗费用理赔,在产品没有停售的情况下,A先生可以一直连续投保该产品,未来发生了医疗费用,在扣除免赔额的基础上,可以继续获得理赔。假如该产品一旦停售,A先生就不得不转向其他产品,此时可能会因为不能通过新产品的健康告知,从而失去此类险种的投保资格。

“短期健康险产品并不利于消费者,但大多数人对医疗保障又有长期需求。”上述高管人员指出,此次《办法》明确长期医疗保险可以进行费率调整,使得保险公司在研发产品时更自由,进一步增强险企发展长期产品的意愿,消费者的续保问题也将得到改善。

中国保险行业协会健康险专委会主任委员、平安健康险董事长兼CEO杨铮认为,长期保险的费率可调整的保证,使续保产品形态与国际健康保险接轨,给经营长期健康保险的保险公司,提供了应对长期医疗通胀等赔付风险的制度保障,也从根本上解决了保险公司先前不敢尝试开发长期产品的问题,推动了健康险产品向多元化发展,解决短期险扎堆,同质化等问题。从而维护了广大消费者的续保权利,提供了灵活的长期健康保障,满足了人民群众的医疗健康保障需求。

需要注意的是,长期医疗保险费率可调并不意味着保险公司可以随意调整费率。《办法》要求在产品中“注明费率调整的触发条件”,并表示“长期医疗保险产品费率调整应当遵循公平、合理原则,触发条件应当客观且能普遍适用,并符合有关监管规定。”



■廖木兴/图

看点2

健康管理费用占比提升至20%

还值得关注的是,《办法》首次将健康管理以专章写入,对健康管理内容进行了概括,将健康保险与健康管理相衔接,规定保险公司提供健康管理服务既可以纳入健康保险合同,也可以单独列出,并将现行的健康管理服务成本从不超过保费的12%提高至不超过20%。超出以上限额的服务,应单独定价,不计入保费。

银保监会相关负责人表示,从健康保险的发展规律来看,健康保险已经从对医疗事故的事后补偿发展为事前预防、事中管理、事后补偿等综合性健康管理服务。健康管理对提高投保人的

健康水平、减少疾病发生率具有重要意义,是保险公司控制赔付率的一个有效手段,也是《“健康中国2030”规划纲要》的重要内容。

“之前为了防止在销售保险产品时用各种方式来给客户折让返还保费,规定在保险产品的定价中服务成本占比不能超过12%,最多只能给消费者赠送洗牙这类价值较低的服务。”平安人寿一代理人告诉新快报记者,随着管理服务成本的放款宽,保险公司可以将保费中更多的部分用来购买健康管理服务回馈给客户,如第三方医疗咨询、健康体检

服务等,让消费者也参与到风控中来,降低出险率,从而有效控制健康险的成本。

“此举将鼓励保险公司将健康保险产品与健康管理服务相结合,加重健康保险产品中健康服务的作用,提升管理健康服务能力,也给保险公司探索健康保险带来更大的空间。”国务院发展研究中心金融研究所教授朱俊生认为,健康管理是体现健康险价值创造的重要方面,保险跟医疗服务结合得越紧,保险加医疗做得越好,保险越能够介入医疗服务过程,也更有助于提升消费者的医疗服务质量。

看点3

医疗意外险首次纳入健康险保险范畴

此外,《办法》还将医疗意外险纳入保险的范畴,对不能归责于医疗机构、医护人员的医疗损害提供保障。

据银保监会相关负责人表示,由于个体差异性、疾病的复杂性以及医疗技术的局限性等原因,同样的医疗行为对于不同病人可能有不同的医疗结果,“行为”与“结果或者目的”不具有——对应性,医疗行为结果的发生具有很大的偶合性。“医疗意外”是医疗领域一个约定俗成的词,主要是指医疗行为没有发生理想的治疗效果并造成损害;这种损害有预见可能,但医疗机构和医护人员并无责任。

实际上,随着医疗纠纷数量的逐年增加,导致医患双方矛盾

愈加尖锐,暴力伤医事件也时有发生。据《2018年全国医疗损害责任纠纷案件大数据报告》显示,2018年医疗损害责任纠纷案件共计12849件,在患方败诉的案件中,医方无过错或医方过错与损害后果之间不存在因果关系的比例高达51%。

“医疗意外险的功能定位是医疗机构没有责任或有缺陷尚不构成医疗损害的险种,是医疗事故责任险的重要补充。”全国政协委员、上海申康医院发展中心副主任朱同玉曾指出,除了完善监管体制、法律法规等,通过医疗意外险实现风险第三方转移,也不失为一个好办法。

比如,一台难度较大的手术失败,原因比较复杂,其中归责于

医护人员的部分可由医院参保的“医疗责任险”赔偿;而不归责医护人员的部分,可由患者自行投保的医疗意外险种“手术保险”来赔偿,整体上增加对患者的保障。由于医疗意外险没有“医疗责任认定”这个环节,在责任难以界定的情况下,患者仍可及时获得赔偿,也缓解了医院处理医疗纠纷的压力。

中银国际证券研报指出,医疗意外保险主要是覆盖原有意外险(因意外导致身故/身残后产生赔付)及意外医疗险(因意外导致的费用报销型保险)中间的空白领域,为被保险人提供全方位保险,对于保护患者利益、减少医疗纠纷具有重要意义。