

# 现阶段健康险发展问题分析

蒋冠军, FCAS, 明德精算咨询合伙人

黄芹芹, 中国保险学会原责任编辑



编者按：为贯彻落实全国卫生与健康大会和《“健康中国 2030”规划纲要》部署，9月29日国家二十一部委联合制定了《促进健康产业高质量发展行动纲要(2019-2022年)》，明确“引导健康保险公司开发覆盖特需医疗、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、运动健身等干预性服务的医疗险产品。”，这些鼓励增加的新型健康保险供给，无一例外都是需要和医疗产业紧密集合的健康险。

## 现阶段健康险市场状况

健康保险连续多年维持高速增长，人身险、财产险公司都对健康险作为新的增长引擎寄予厚望，经营健康险业务的保险公司持续增加，竞争更加激烈，市场端的“热”有目共睹。与此形成对比的是，健康保险的快速发展某种程度仍然是保险行业内的现象，医疗服务供给侧对商业保险作为支付方仍然没有太多重视，一方面商业健康险仅贡献全国医疗卫生总支出的6%左右，另外一方面保险行业内部专业医疗管理能力未必与规模匹配，保险公司基于自身管理能力率先发展重疾险，与医疗行业直接相关的医疗费用补偿保险则仅占商业健康险保费的三分之一<sup>1</sup>，商业医疗保险和医疗服务脱钩的现象没有缓解迹象。

<sup>1</sup> 剔除管理型的社保大病补充医疗保险，纯粹商业医疗险占比则更低。

图1：健康险不同险种保费收入(单位：亿元)

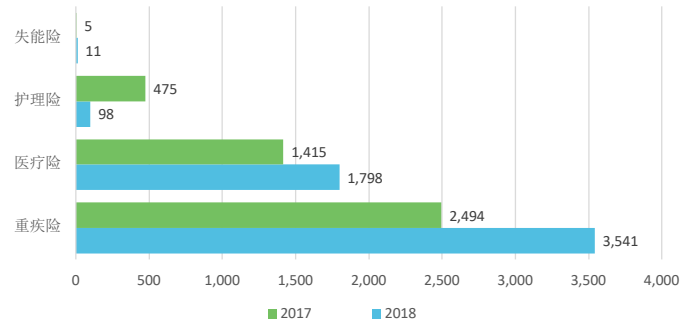
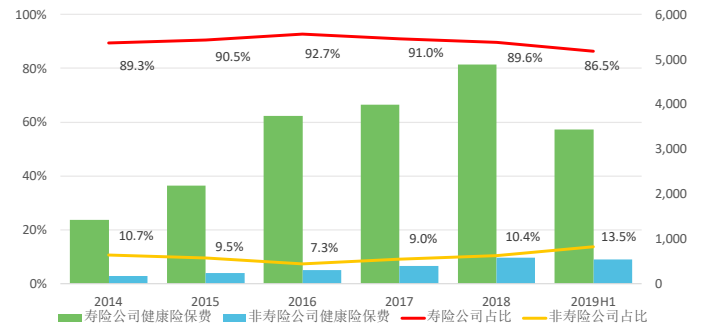


图2：寿险公司与非寿险公司健康险的保费收入情况(单位：亿元)



通常健康险有四个产品类别：重疾险、医疗险、护理险和失能收入损失保险。我们目前的健康险保费构成，重疾和医疗分别贡献三分之二和三分之一，其他两个类别保费占比极小。重疾险一险独大与目前的销售模式和医疗健康生态有直接关系。医疗费用补偿保险需要和医疗生态紧密结合，在医疗费用审核以及和医疗服务供应方的管理方面有显著的难度。重疾险则以诊断为触发机制给付受益人固定金额，相对独立于医疗行业生态，管理难度显著降低，高保费支撑线下代理人销售成本，与寿险代理人销售模式几乎相同。大部分公司，不论是财产险公司还是寿险公司都没有建立医疗险相关的专业管理技能，自然地选择相对简单的重疾险起步经营健康险。

## 现阶段重疾险的属性分析

**从风险特征来看**，业界关于重疾险的分类一直存在一些争论，国外之前主要保障危重大疾病<sup>2</sup>，尽管近年来拓展到一些轻症，部分从业人员仍然认为重疾险本质上是特定的定期寿险，风险特征包括现有的管理模式都比较接近寿险。

**从产品变迁来看**，重疾险这类定额给付的险种在不同市场的特定发展阶段都发挥过重要作用，部分市场甚至考虑强制重疾保险以缓解社保支付压力<sup>3</sup>。重疾险产品设计简单、核保管理和理赔风控的难度都较低，在我们部分相对欠发达地区，包括广大的农村市场提供基础的保障仍然是主要的产品选择。

**从角色定位看**，重疾险和保险公司的定位比较多是被保险人个人或者家庭不愿意承担的财务风险接收方，管理侧重是如何集中尽可能比较多的风险相对同质的个人，使得集中的风险池风险平稳可控，同时降本增效，作为支付方尽可能更有效率。不难想象重疾险在降低医疗管理难度的同时，实际也失去了和医疗行业的黏性，主动放弃了和医改主导方连接的机会，商业健康险有可能被慢慢排在主流医疗体系之外，演变成医疗体系外的单纯财务风险成本分摊。

**从经营结果来看**，重疾险在降低医疗管理难度的同时，也失去了通过健康风险改善、医疗费用控制和医疗行为管理等环节进行差异化的机会，不可避免市场前端就会面临更大挑战，市场端的挑战和寿险经营的挑战也比较类似，相对比较同质的产品进行基于细节的竞争，保障的疾病数量一路攀升的同时价格稳中有降，佣金水平居高不下，利润空间持续收窄。

## 现阶段医疗险的属性分析

比较长的一段时间商业医疗险<sup>4</sup>市场低端和高端产品供给相对来说比较丰富，中端市场产品供给比较有限。低端产品主导医疗险市场，中、高端市场则体量有限。

低端主要的社保补充医疗产品，通常限定于医保目录，补偿被保险人因为医保免赔和自付比例需要患者自费的医疗费用。产品销售以团体渠道为主，保险公司的价值比较多是风险池集中和医疗费用结算管理人的角色，市场充分竞争，通常盈利状况比较差。

<sup>2</sup> 香港地区直接翻译为危重大疾病保险。

<sup>3</sup> <https://www.genevaassociation.org/research-topics/protection-gap/healthcare-emerging-markets-exploring-protection-gaps>

<sup>4</sup> 医疗险还包括医保补充的大病医疗保险，商业保险公司更多承担第三方管理人的角色。

高端市场期初主要服务在中国境内短期工作的境外人士，医疗需求集中在境内公立医院的国际部和私立医院，重大的医疗项目比较多发生在境外的医疗机构。补偿范围不限于医保目录，必要的合理的医疗费用都可以补偿，保障比较全面，相应的单均保费也较高，主要的销售渠道是特定经纪公司。盈利状况较好，近年来利润率也持续收窄。

中端产品基于两者之间，补偿必要合理的医疗费用，但就医需求集中在境内，且可能排除部分私立医院和公立医院的国际部。销售还是依赖传统的销售渠道。

2016年一类新产品横空出世，产品保障基本延续中端产品，限额甚至有所提高，但通过引进了一万元的免赔，降低了小额赔案对应的赔付成本和理赔处理的费用，单均保费得以大幅下降，这就是过去几年引起市场极大关注的高限额、高免赔“百万医疗险”。随着保费大幅下降，销售渠道也从传统线下渠道拓展到线上，进一步助推该产品实现快速增长。百万医疗险在推出后短短三年时间，市场上单纯财产险公司已有超过30款百万医疗险产品，据估计2018年保费规模超过百亿，总体来说目前的盈利能力还不错，但基于核保有效性衰退、客户逆选择螺旋、医疗通胀等要素影响，盈利能力也需要持续监控<sup>5</sup>。

百万医疗险积极推动了医疗险的发展。产品设计比较简单，客户价值感知较好，并且大量保险行业从业人员参与产品线上销售和保障的普及，迅速提升民众的保险意识。但百万医疗产品保险公司的角色仍然是财务风险转移接收方的角色，不过相比其他类型的医疗保险，百万医疗只接受了大额医疗费用的转移，小额赔案对应的医疗费用仍然有被保险人承担，一定程度可能影响被保险人的就医行为，但对医疗服务供应方的影响比较有限，对被保险人的健康风险管理也干预较少。

## 现阶段需积极发展新型健康险

重疾险的角色定位与发展商业健康保险的本意并不一致。保险公司并不仅仅是健康风险转移的接受方，和被保险人之间零和博弈，更应该是积极的健康风险管理方。发展以管慢病防大病为导向的新型健康险能够有效降低经济、社会运行成本。医疗险则将保险公司的角色定位从有效率的风险集中和支付方调整为积极的健康风险管理方，力图有效控制医疗成本的同时，能够改善整个人群的健康状况，改善患者接受医疗服务的体验，更加契合健康中国2030和健康产业高质量发展行动纲要的引导。

<sup>5</sup> 可参考 <http://www.milliman.com/insight/2019/Evaluating-the-performance-of-medical-reimbursement-products/>

国际保险经济学研究会（日内瓦协会）出版的《新兴市场的医疗保障：探索保障缺口》中提到，随着商业健康保险公司角色的转变，对整个社会的贡献将更加显著。**商业健康保险公司的角色，将从索赔和福利的支付者——同时也是核保数据的收集者——转变为全面医疗保健咨询和解决方案的提供者。**这种趋势是由数字技术和高级分析推动的，更通俗的说，这种趋势提供了巨大的潜力，能够解决新兴市场中最大的一些健康挑战，如成本过高，数据和服务的质量太差，渠道不足、意识欠缺等<sup>6</sup>。

目前中国政府正在意志坚决地执行医疗改革，涉及到医保支付方式改革中医疗服务和药品价格的调整，医生合理价值体现及患者用药选择等问题恰好可以通过商业健康险有效缓解医改过程中的过渡期副作用，并且协调分工，医保保基本、商保保效率，既扩大了基本医保的覆盖面，也让市场化医疗服务和产品得到商业化支付。

## 新型健康险的供给侧分析

### 追求数字科技性质和线上线下服务相结合

医疗险发展在产品设计、业务模式、信息系统、管理技能等方面都提出更新的挑战，如何从业务层面落地真正的健康险，从而带动组织结构和与管理技能与传统寿险的经营惯性做相应的调整和分离成为当下最现实的问题。

从产品层面，主要是慢病管理防大病和癌症早筛早诊早治两类产品。

慢病管理类产品针对慢病人群，保险保障期和病程管理期保持一致，才能做到疾病过程管理。所以慢病管理类健康险以患者为被保险人做带病投保，将单病种健康险的产品保障和单病种随访中心的服务相结合。单病种保险产品本身的设计和定价需要具有相当的医学技术背景，同时因为包含了价值权重及交互频次更高的健康管理服务，该产品不再是单纯保险产品的概念，而是综合了保障和服务的项目概念，被保险人也从客户转化为项目的会员，保险人和被保险人产生更密切的互动关联。

癌症早筛早诊早治类产品，以按各癌种诊疗路径的不同限项来引导客户走标准筛查和诊疗路径，以及长期随访服务提高癌症五年生存率。不仅能让被保险人的生存获益最大化，还能最大程度上避免不规范和过度医疗，为广大家庭提供最优肿瘤治疗解决方案。

<sup>6</sup> [https://www.genevaassociation.org/sites/default/files/research-topics-document-type/pdf\\_public/hpg\\_emerging\\_chinese.pdf](https://www.genevaassociation.org/sites/default/files/research-topics-document-type/pdf_public/hpg_emerging_chinese.pdf)

从以患者为中心的健康管理服务层面，需要有明确的服务内容、服务标准和服务提供商。更重要的是，保险行业是强监管的行业，保单批改（保全）、客户服务、理赔已有明确的规则和服务标准，但针对健康管理服务的评价则是软性、主观的，服务提供方也通常是合作性质，服务标准化输入输出是健康管理型产品得以落地的前提。项目需要将单纯的产品供给转变成综合的平台供给，平台的使用方不仅包括客户，也包括服务客户的所有合作方。涉及到财务记账、保全运营、总分公司协同等具体细节的流程也需要梳理。

从信息系统层面，要把支撑单纯的保险产品扩展为支撑一个平台，整个平台系统需要有动态数据监控，包括销售推广数据、服务使用结算数据、和医学建设的随访数据。每个被保险人即为项目会员，通过平台一站式的获取服务，因此该平台也需要对接或整合服务提供方的信息系统。

总的来说，新型健康险具有**数字科技性质和线上线下服务相结合的性质**。借助科技手段才能将线上线下服务流程进行无缝对接。

## 新型健康险的需求侧分析

产品需要销售渠道才能实现市场覆盖，新型健康险需要发挥自己的产品属性和价值定位优势，切入到原有销售渠道制约下产品供给不足的需求，与原有销售渠道合作实现初级阶段的覆盖；同时发挥健康管理属性，找到合适的场景切入点，建立和发展更适合健康管理型项目推广的销售体系，实现更专业的项目信息传递、更高的投保率和更低的销售成本。

我们分别探究不同销售渠道尚未满足的市场需求，同时我们考虑不同于现有销售渠道的市场业务需求。

### 1. 基于目前销售渠道尚未充分满足的市场需求

目前保险公司的主要销售渠道为个人业务、企业业务和政府业务，以下简称 to C、to B 和 to G。

#### To C 未被满足的市场需求：

C 端客户存在大量传统保险产品拒保人群和体检异常人群。现有拒保人群可以定制保险产品如专为糖尿病人群或者甲状腺结节人群设计的医疗险。体检异常人群包括慢病人群，包括传染性肝炎和非传染性的三高、慢阻肺、肾脏病等慢病进展可能没有得到监控或者延缓，很多慢病一旦确诊就要终身用药，而早期患者健康管理意识并不足，目前医保体系进行干预也有现实困难，商保介入安排不同类别的专业人力针对不同人群进行线上线下的干预会有显著效果。



慢病管理作为二级甚至三级预防，可以切实改善患者的健康状况，如降低 C 端客户心梗、脑梗、糖尿病足眼、急性加重住院、终末期肾病、肝硬化肝癌等严重并发症，商保作为支付方协调慢病管理项目有天然优势，既可以给 C 端客户带来过程管理，又能根据需要支付疾病进展后的医疗费用，提供慢病人群整体解决方案。

### To B 未被满足的市场需求

传统保险公司的 B 端指的是通过企业工会或人力等部门通过企业采购的员工福利保险或员工个人业务。企业工会或人力部门对员工的支出大额预算主要是体检和保险，企业对两者的支出相当。企业体检和保险场景上有顺应性，体检在前，保险在后，但在业务上是割裂的，目前体检公司和保险公司均有相当的销售人力在独立做企业业务。

在员工体检集中月份，健康保障需求最为强烈。在这样的场景下，慢病个体用慢病管理型健康险承接，癌症早筛相关异常个体用癌症早筛早诊早治型健康险承接。保险和体检产品进行战略性融合，可以为企员工福提供更有效价比的解决方案，既降低了企业成本支出，又提高了员工健康结果。从业务层面，既可以由保险以采购形式带动体检（精准筛查），也可以由体检机构设立的代理机构代理新型健康险。

例如当员工做精准筛查项目时发现疑似指标，即新型健康险下按该病种的按诊疗路径设计的报销路径和服务体系，承接体检异常项员工的确诊院内就医快速通道需求、院外随访服务及医疗费用报销需求。更进一步，也可以通过企业员工销售通道来触达到慢病管理和癌症筛查的更大人群——员工父母，子女为父母投保新型健康险，既有一定的支付能力也能起到健康管理监督人的作用。

### To G 未被满足的市场需求

慢病不仅是商保较少触及的领域，也是基本医保未来难以承受之重，这也是实现医保和商保打通的契机。建立多层次医疗保障体系是多部委屡次提到的医保、商保合作方向，以患者为中心的相互协作，商保助力以医生为服务主体、医保为支付主体的价值医疗理念的落地实施。

按病种人头付费是医保趋势，商保要积极融入按病种人头付费，协同推动实现医改目标。商保对医保的价值贡献是利用其可以直接触达医患服务和市场化支付手段的优势，建立合理诊疗、合理施治、合理控费的专家共识，助推社保的人头付费制度实现量化控费，医保商保协力通过市场化激励手段和线上医生组织和患者

组织，切实推动专家共识执行，补充医保健康管理费和自付费用的支付空白，持续推进更大范围的医疗服务采用按病种或按人付费，助力医改成功落地。

新型健康险应用到慢病管理中助力建立多层次保障体系的四个关键价值点：

- 分层质量控制：基于病程的检查、用药、健康管理服务定量和结果标准，通过健康管理，将分层质控标准精准触达医患。
- 对医保仅报销药费形成补充：目前医保仅支付目录内药费，对健康管理起重要作用的健康管理服务不属于支付范围，项目医生健康管理费能通过商保支付是健康管理得以落地的前提；
- 对医保按人头付费形成以效果为导向的控费机制，按结果支付医生额外健康管理费，不同于传统按人头付费不对管理结果负责的机制。按结果激励基于专家共识设立的分层质控，结合患者医疗指标结果和满意度等综合指标，引导医生进行有价值并且结果可以量化监控的健康管理服务。
- 对非集采目录药品费和慢病严重并发症或癌症治疗医疗费用的支付。全国仿制药集采一定程度上影响到患者的用药选择权，商保非集采目录支付有效缓解这一矛盾。在慢病期或健康期支付小金额保费用于支付严重并发症或癌症的自付费用，也有利于缓解治疗期的支付压力。

### 2. 基于新型健康险产品属性新建的销售通道

保险深入到医疗行业可能会发掘一些新的销售场景和销售通道，比如基于药物有效性给付的单病种新型健康险可能通过药企集中采购。其他的场景包括体检中心采购、人力资源公司采购、保险经纪平台采购等。其中药企采购是一块对双方都具有战略意义、能延伸出医患线上维护和依从性管理及真实世界研究等更多价值需求。在医保仿制药集采挤压药品营销费用的情形下，仍有费用空间的原研药和创新药品通过新型健康险与医患周边服务结合，形成区别于仿制药的新的产品和推广模式，并因商保患者覆盖面扩大而获得目标适应症患者的商保支付，是原研和创新药企在医药改革下的战略性调整方向。

## 新型健康险如何发展

### 销售管理需要建立产品和渠道的立体网状布局

传统的保险销售渠道线上和线下相对独立，甚至部分保险公司刻意维持线上渠道的独立以缓解潜在的冲突，销售渠道纵向分布，专属的保险产品服务于特定渠道。

目前线上和线下的壁垒越来越难维持，各家险企不可避免遇到的线上线产品渠道冲突的情况，且越来越常见，靠行政人为干预并不能阻挡线上线下的融合。参照其他行业一般经验，互联网企业正在往线下走，传统企业正在往线上走，用户是线上线下统一，线上线下渠道深度融合。融合就需要产品和渠道网状协同，立足产品本质，产品和渠道协同服务客户。

新型健康险用高频健康管理服务带动低频的财务风险转移保障，是降维打击。用平台和高频交互黏住潜在客户，逐渐建立保险消费的信任基础，当客户产生财务转移需求时更容易在平台转化，特别是当保险集团在往实体医疗、养老和健康产业投资，也更有可能会产生集团内的产业协同转化。

### 新型健康险需要组织支撑。

医疗险需要深入医疗场景，健康管理服务是最重要的组成部分，如同药企运营一个药品项目需要多部门协同，医学部向专家传递项目信息、销售部跟进出单、准入部游说医保获得支付。同样一个新型健康险从产品设计到健康管理服务的组织和落地，需要医学部参与产品设计，医疗专家参与研讨论证，确定具有权威性和专业性的产品和随访服务方案及项目数据医学反馈，销售部跟进各场景进行落地销售出单、医保部向医保个账或支付方式改革论证产品价值和医保支付、商务部跟进各合作方协作和质量控制。而其中最具有挑战性的是医学部，传统保险公司除了两核人员可能有医学背景以外，通常没有真正意义上的医学部。

在产品设计和运营层面，医学部积极参与可以充分体现新型健康险的专业能力，既体现在产品设计，更体现在针对医院医生的项目宣导上。新型健康险通过医学部与专家医生的合作紧密程度直接决定了新型健康险发展的质量，而专科医学人才跨界到保险行业需要有组织认同，险企内部也需要提供适合其施展才能的工作机制和协同文化。

在市场销售推广层面，目前传统保险销售人员对新型健康险缺乏必要的医学背景知识来传递产品优势和价值。一方面，可以利用患者较高自发互动传播的优势，做好产品和平台通过线上患者运营口碑传播，做到产品信息触达和销售转化；另一方面目前医

保仿制药集采政策导致大量医药代表分流改行，是组建更高效的新型健康险销售队伍的合适时机。

### 新型健康险发展还将带动保险科技、互联网医疗等行业需求。

资本市场趋冷形势下，医疗险第三方服务商 TPA 仍持续获得资本青睐。目前以提升核保、核赔效率的 TPA 居多，重疾险核理赔的科技驱动需求低，而医疗费用补偿保险，特别是按诊疗路径设计的医疗费用补偿新型健康险，迫切需要科技手段介入提升审核效率。深耕医疗的理赔审核服务和新型健康险产生互相赋能的关系，医疗险可以和 TPA 互相促进。

受到自身产品服务属性和销售能力限制，互联网医疗寻找盈利模式的数年尝试并不成功。互联网医疗可以作为有效的医疗服务提供方，但不能有效的提升付费健康管理服务的覆盖面。新型健康险与互联网医疗平台合作，发挥各自优势，互联网医疗平台致力提供高效的健康管理服务，新型健康险则作为健康管理服务的支付方，将健康服务和医疗保障整合销售，为互联网医疗平台带来更有价值的营业收入和盈利模式。

目前中国医改服务体系完善的重要历史当口，商业健康险需要发挥市场化优势，参与医改过程三医联动机制原因导致的改革难点攻坚，以患者利益为价值中心，通过市场化手段捋顺医疗服务体系和医药企业的利益链条，积极参与医疗服务体系建设，促进商业健康险真正融入医疗健康产业生态，为被保险人带来切实有效的健康管理和健康促进。

作始也简、将毕也钜。健康中国 2030 国家战略和健康产业高质量发展行动纲要的引导下，希望社会各界能推动新型健康险星火燎原。



明德是世界最大的保险精算及相关产品和服务供应商之一。公司在医疗保健、财产保险、人寿保险和金融服务、雇员福利领域提供咨询服务。创立于 1957 年，作为一家独立公司在全球主要城市均设有办公室。在全球主要城市均设有办公室。

[milliman.com](http://milliman.com)

#### 作者联系方式

蒋冠军，明德精算咨询合伙人

8621 6159 0252

[guanjun.jiang@milliman.com](mailto:guanjun.jiang@milliman.com)

黄芹芹，中国保险学会原责任编辑