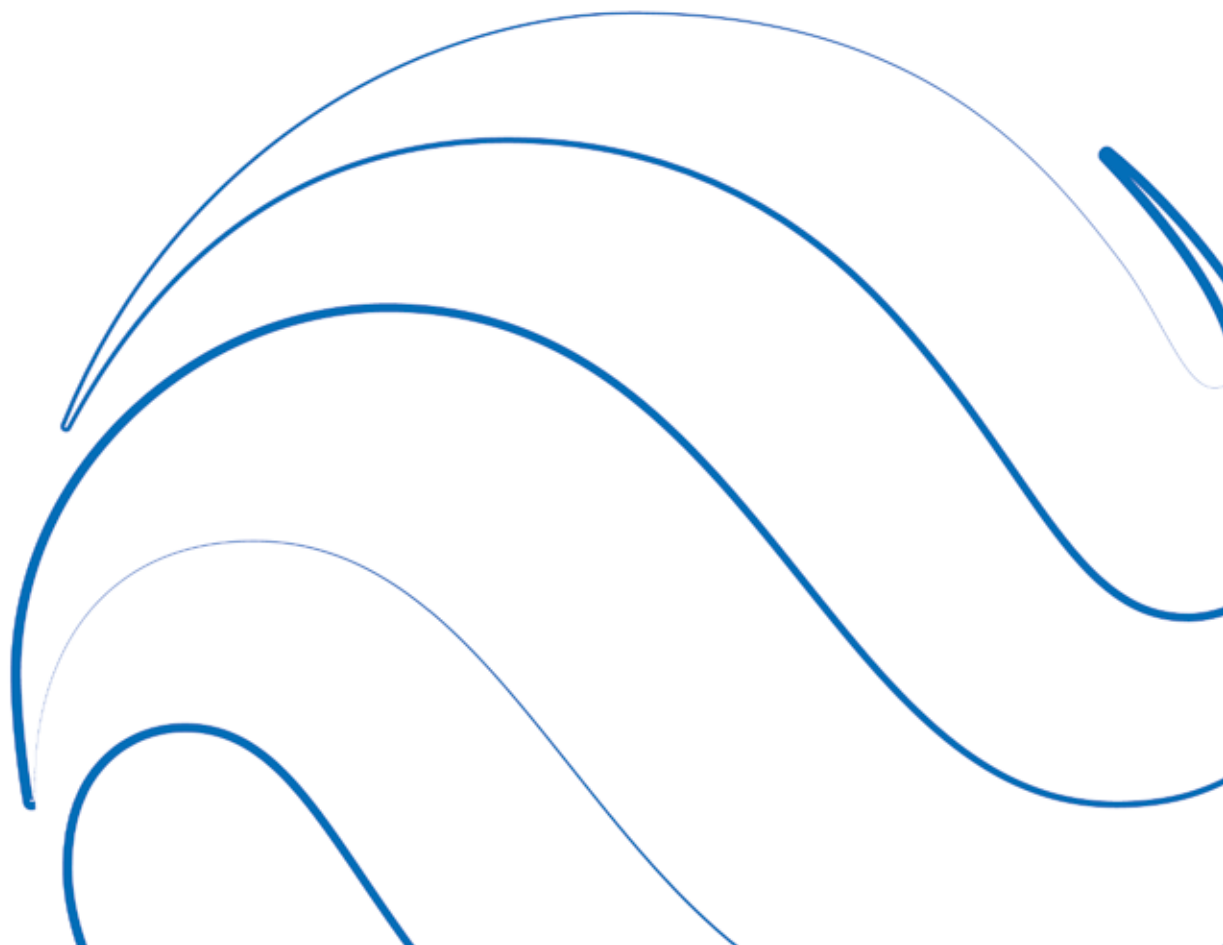


2020-2021年度 健康险产品研究报告

本报告为系列报告，由2020-2021健康险演进趋势研究主旨报告和若干专题研究报告组成

中再寿险产品开发部





中再寿险
CHINA RE LIFE

2020 - 2021年度
健康险产品研究报告

总策划： 中国人寿再保险有限责任公司 产品开发部 张 楚
主 编： 中国人寿再保险有限责任公司 产品开发部 王明彦
编 辑： 中国人寿再保险有限责任公司 产品开发部 王尔实
作 者： 中国人寿再保险有限责任公司 产品开发部 王明彦 孙啸辰 丁 莹 王尔实 郭炜钦 王斯佳

本报告为系列报告，由 2020-2021 健康险演进趋势研究主旨报告和若干专题研究报告组成

免责声明： 本报告基于本公司及其研究人员认为可信的公开资料撰写，但本公司及其研究人员对这些信息的真实性、准确性和完整性不做任何保证。本报告仅供参考，不构成任何承诺。

版权声明： 中再寿险版权所有，未经授权禁止复制传播。

主旨报告：2020 到 2021 健康险演进趋势研究 · 04

前言 · 04

- 1、重疾险 2020-2021 演进趋势 · 05
- 2、医疗险 2020-2021 演进趋势 · 11
- 3、长护险 2020-2021 演进趋势 · 18
- 4、总结 · 19

专题一：重疾险—繁荣与衰退之争 · 21

- 1、2021 年重疾险新单销售情况调研 · 21
- 2、需要关注的更深层次问题 · 23
- 3、重疾险产品的发展趋势是什么？ · 24
- 4、总结 · 26

专题二：重疾险突围——功能化探索 · 27

- 1、重疾险的“内忧外患” · 28
- 2、重疾险突围的切入点 · 29
- 3、重疾险的功能化方向 · 30
- 4、产品设计之外 · 33
- 5、结语 · 34

专题三：重疾险额外给付的“额外”思考 · 35

- 1、产品结构升级下的隐忧 · 35
- 2、责任设计：提供“额外”理由 · 36
- 3、定价考量：识别“额外”风险 · 38
- 4、方法总结：额外给付责任的设计和定价 · 47
- 5、结语 · 50

专题四：新环境下百万医疗险发展方向 · 52

- 1、短期健康险新规的市场影响 · 52
- 2、城市定制商业医疗险的影响 · 54
- 3、百万医疗险的升级方向 · 55

专题五：带病体商业医疗险产品风险研究 · 59

- 1、老龄化引发的商业医疗险思考 · 59
- 2、带病体商业医疗险可持续供给引发的思考 · 61
- 3、带病体商业医疗险之上风险的思考 · 63

专题六：非公医疗机构的商保探索 · 71

- 1、非公医疗机构现状 · 71
 - 2、非公医疗机构与医疗险融合难题 · 76
 - 3、非公医疗机构与医疗险融合思路 · 77
 - 4、非公医疗机构与医疗险发展畅想 · 79
- 附录：中再寿险合作的部分非公医疗机构简介 · 80

专题七：香港长期医疗险经营经验 · 82

- 1、香港医疗险概况 · 82
- 2、香港医疗险的长期性研究 · 87
- 3、香港医疗险的监管方式 · 89
- 4、总结 · 89

专题八：海外医疗险市场社保和商保的融合方式 · 91

- 1、美国医疗保障体系 · 91
- 2、英国医疗保障体系 · 98
- 3、日本医疗保障体系 · 102
- 4、总结 · 106



主旨报告

2020 到 2021 健康险演进趋势研究

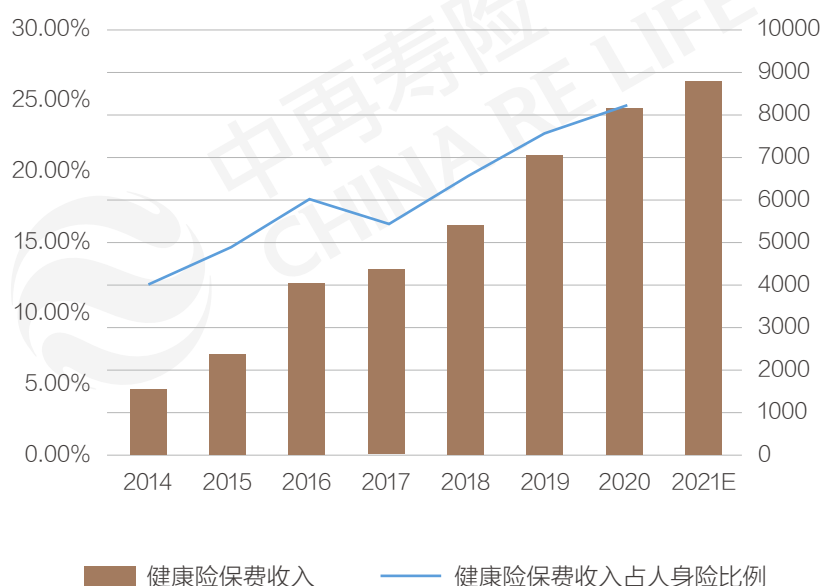
中再寿险产品开发部 · 王明彦、丁莹、郭炜钦、孙啸辰

● 前言

近几年，在民众保障意识觉醒、监管引导保险回归保障、保险公司积极转型的大背景下，健康险是人身险产品中增速最快的险种，2020 年健康险保费收入为 8173 亿元，2015 年到 2020 年健康险的复合增长率达到 27%，健康险在整个人身险保费中的占比也攀升至 24.5%。

但不容忽视的是，2020 年到 2021 年，外部环境和内部环境都在发生剧烈的变化。寿险公司个险渠道在过去几年借助人口红利粗放发展积累的矛盾在后疫情时代迅速爆发和释放；民众收入水平或消费水平因疫情冲击的下降导致购买保险这种非渴求消费品的意愿降低；随着健康险普及而导致的推广边际效率递减……各种因素叠加使得近两年健康险的增速开始放缓。2020 年健康险保费收入相比 2019 年增速为 16%；截止 2021 年 7 月健康险保费收入为 5717 亿元，如果按照既往年度健康险业务节奏进行外推，2021 年全年健康险保费收入将在 9000 亿元上下，增速约 10%。

2014-2021 年健康险保费收入及占比



2021 年健康险产品在监管层面也在发生深刻变化。重疾险方面，《重大疾病保险的疾病定义使用规范(2020 年修订版)》要求 2021 年 1 月 31 日后发售的重疾险产品应该采用 2020 新版重疾标准定义，各家公司如何开发“新定义重疾险”成为今年年初的行业热点。医疗险方面，《关于规范短期健康保险业务有关问题的通知》对于短期医疗险续保条款进行严格规范，要求 2021 年 5 月 1 日前停售所有不符合要求的短期医疗险，如何平稳应对“短健规”改造成为今年年中的行业课题。

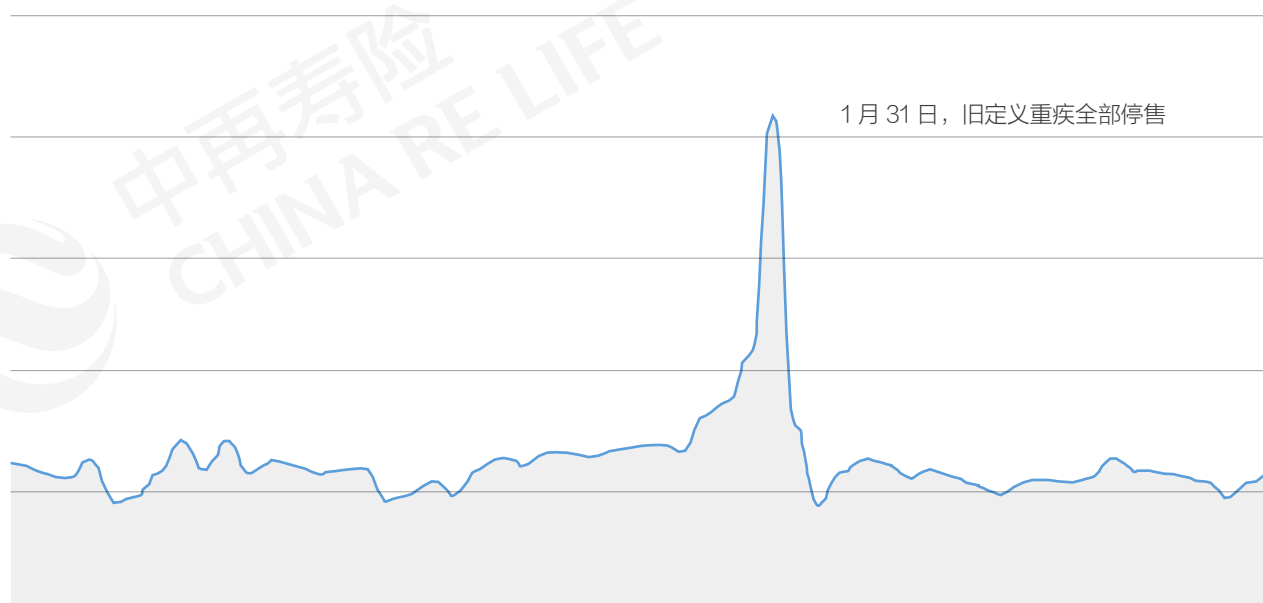
从健康险的产品格局看，2021 年我国的商业健康险市场依然保持着“前浪”重大疾病保险占据绝对份额、“后浪”百万医疗险和惠民保高速发展和“涟漪”长期护理保险方兴未艾的格局。重大疾病保险在供给端满足了保险公司对于业务规模和价值的双重诉求，为销售端提供了慷慨的佣金和客户资源回报，同时也分担了民众的大病风险。在所有健康险产品中，重大疾病保险更好地维持了健康险市场保险公司、渠道和客户之间的需求平衡，依然是我国商业健康险的头牌险种。商业医疗险正在迅速崛起，分成惠民保和百万医疗险两大阵营，以不同的商业模式抢占多层次保障体系中的一席之地。但医疗险过低的件均保费依然无法撼动重疾险的主力地位。长期护理保险仍处于发展的起步阶段，但随着市场的培育和启蒙，后期有可能随着养老需求的唤醒而快速增长。

从健康险市场长期发展看，我们认为健康险在需求端仍存在较大市场空间。《2020 年中国卫生健康事业发展统计公报》显示：2020 年全国卫生总费用预计达 72306.4 亿元，其中个人卫生支出 20055.3 亿元（占 27.7%）。2 万亿的个人卫生支出在人口老龄化的大背景下会进一步放大，这给商业健康险的“补位”留下了巨大的想象空间。但我们也相信，从供给侧角度，**健康险产品和经营模式需要随着外部环境和内部环境的变化而顺势调整，积极寻找最优解，才能有效的融入多层次医疗保障体系，在医疗支付中占据一席之地。**

1、重疾险 2020-2021 演进趋势

2020-2021 年，重疾险因新旧定义的切换再一次成为市场的焦点。百度指数显示，重疾险在 2021 年 1 月末的市场关注度达到历史高点（以网民在百度的搜索量为数据基础，以关键词“重疾险”为统计对象，分析并计算出该关键词在百度网页搜索中搜索频次的加权）。《重大疾病保险的疾病定义使用规范（2020 年修订版）》和《中国人身保险业重大疾病经验发生率表（2020）》于 2020 年 11 月 5 日正式发布，约

定了新旧定义并存的过渡期到 2021 年 1 月 31 日，这一时点也成为新旧定义重疾险的分水岭。



重疾险 2020 年 6 月 30 日 -2021 年 6 月 30 日百度指数

旧定义重疾险在退出市场前的最后一战表现极为出色，成为了全年销售的最高潮。而新定义重疾险的百花齐放也较以往常规迭代更加精彩纷呈，各家公司基于自己对于重疾险的理解交出了不同风格的答卷。

1、老定义产品策略性销售

在新旧定义切换的过渡期间，借着旧定义重疾险停售的契机，各家公司也借势推出各项销售政策，重疾险销量实现了大幅提升。这一阶段的产品基本延续了上一年度的形态，更多的是采取了一些促进销售的服务或规则，来吸引更多的消费者。

1.1 择优理赔

这一规则针对的是 2021 年 2 月 1 日前投保的旧定义重疾产品，如果被保险人在 2020 年 11 月 5 日（2020 版新定义颁布之日）及以后出险申请理赔，客户可以在新旧两个定义中，选择其中一个更有优势的理赔方法。也就是说，客户投保了旧定义产品，在未来对某一病种进行理赔时：如果旧定义更宽松则按照旧定义赔付；如果新定义更宽松，根据“择优理赔”规定，可以按照新定义赔付。

友邦人寿是最早推出重大病病理赔择优的险企，于 11 月 12 日启动开门红，针对全佑系列推出客户理赔择优方案。很快包括中国人寿、中国平安、泰康人寿、太平洋人寿等在内的大型险企纷纷推出了类似理赔政策，随后在中小公司中也全面铺开。

从市场的反馈看，这一规则给予了在观望中的迷茫消费者购买重疾产品的决策动力，帮助各公司完成新老政策的顺利过渡，维护了老客户的利益。对于险企而言，一方面给予了和老客户增进沟通的机会，另一方面也有效促进在这个特定的过渡期之内重疾险的销售，对这一阶段整体销售成绩起到了正向影响。

1.2 放宽核保政策

与以往大部分公司开门红保险公司主要销售年金险、终身寿险等理财类产品不同，今年的开门红恰与

旧定义重疾的停售过渡期重合，部分公司尤其是中小公司把更多的精力放在了重疾险上，并专门推出更加宽松的健康核保政策。

重疾险的限时核保政策放宽主要有以下几个方面：

- a) 老客户减免历史保额，如百年人寿约定生效日在 2019 年 12 月 1 日之前的保单不计入体检保额，中英人寿约定生效满 1 年的历史有效保单累计重疾风险保额可清零或部分减免。
- b) 提高免体检额度，或降低计入体检保额的比重，如同方全球人寿新多倍保在部分机构可按 1 倍累计重疾风险保额（常规时间为 1.2 倍）。
- c) 针对部分轻微疾病投保重疾产品，可以标准体承保，比如轻度脂肪肝、胆囊结石、单纯超重（BMI < =30）、轻微卵巢囊肿等符合条件可视作标准体。
- d) 放宽部分职业的保额限制。

2、新定义重疾险产品设计趋势

本报告将从产品责任设计和产品结构两个角度进行重疾险发展趋势的研究。

2.1 产品责任设计

总体来看，各家公司在切换新定义后仍然沿用了之前的主力产品系列，同时为吸引新客户，最大限度降低新旧定义切换带来的影响，产品的价格和旧定义相比大多有所下降。**普遍现象是，除了中症责任成为了产品标配，很多公司将视线聚焦在功能性的额外给付责任上**，这些责任的特点鲜明：一是保障范围有明确的功能指向，如失能型、护理型、高费用型或更严重的疾病程度保障；二是不会对整体费率产生较大影响。

2.1.1 中症责任标配化

中症责任的流行成为 2021 年重疾险的显著特征，“轻中重三级赔”也成为了众多公司的新口号。在此之前，市场首款提供中症责任的产品是 2016 年招商信诺在银保渠道推出的“珍爱一生 B 款”，由于销售渠道的限制，该产品没有形成很大的市场影响力。2018 年，大童保险联合光大永明开发了一款少儿重疾险“童佳保”，这款产品将中症责任的曝光度提高，同时期多款产品（特别是中介渠道）跟随升级，如百年人寿康倍保、华夏人寿华夏福多倍版等。2021 年，由于新重疾定义使用规范中要求“保险公司设计重大疾病保险产品时，所包含的本规范中的每种轻度疾病累计保险金额分别不应高于所包含的本规范中的相应重度疾病累计保险金额的 30%”，限制了轻症责任的给付比例，尤其在近些年重疾险竞争愈发激烈下，轻症责任的给付比例持续升高。保险公司希望尽量降低轻症赔付比例或有下降的影响，同时考虑强化产品的分层给付属性，使产品责任更加丰富充实，纷纷加入赔付比例 50%-60% 保额的中症责任，这一责任也得以在全渠道产品中成为标配。

需要注意的是，尽管在宣传时会着重体现不同层级保障的概念，**但目前市场上的产品大部分是将原属于轻症的病种和定义直接放入中症**，极少有对于同一疾病按照轻、中、重度进展的不同阶段进行划分的情形，这与消费者常规理解的或者说产品开发人员希望塑造的**为被保险人提供疾病进展全流程的保障**这一概念还有一定的差距。究其原因，主要还是由于我国医疗资源分布不够均匀，很多医院的诊断实务或技术不足以支持这种精确的严重程度的分级。

2.1.2 额外给付责任

除了轻中重基础责任外，不同设计逻辑的额外给付责任也呈百花齐放态势。这种设计的共性是按照某种逻辑选取现有重疾中的某些病种给与额外的保额，但采用何种逻辑却体现了不同公司的差异化设计理念。

· 失能责任

太平洋人寿的金典人生选取了 20 种易造成成人失能状态的疾病，给予额外一倍保额的给付，主打“对治疗周期更长、影响家庭经济命脉更重的疾病进行双倍赔付”。这一理念延续了其前代产品金福人生，但在责任的设计方式有了一定的升级变化：金典人生直接将易造成失能的重疾作为额外给付的触发条件，无论在产品定价方面还是在产品宣导方面都更加明确清晰，产品的整体价格也较上一代更具吸引力。

国寿的国寿福盛典版、国寿福 2021 款以及康宁终身 2021 版 C 款也同样采取失能型重疾的设计，特别是国寿福，根据客户的自身需要增加了 6 种疾病和 15 种疾病的不同选择。

· 护理责任

据“七普”后的相关预测，“十四五”期间，中国老年人口将突破 3 亿，老龄化程度将进一步加剧。护理需求于老年人群中较为普遍，这一类疾病通常包括会造成永久性功能障碍的严重脑中风后遗症、严重脑损伤以及易引发严重认知障碍的严重阿尔兹海默病等。近些年随着老年化加剧以及一些热播影视剧的宣传影响，这类疾病在市场上引起了较为广泛的关注，此项责任也更易引起客户的共鸣，成为了不少公司额外责任的设计选择。

蚂蚁保险平台上的健康福定期重疾险，选取了老年较为高发且容易进入护理状态的十种疾病，给予一倍保额额外给付。

阳光人寿今年 9 月 1 日推出的阳光保少儿版终身重疾险也专门针对老年高发重疾设置了特定疾病给付责任，约定了满 66 岁后初次确诊相关疾病可额外获得保障。值得注意的是，阳光人寿将该责任与失能责任相配合，不同的特定疾病适配不同的生命周期的核心风险，给与少儿被保险人覆盖一生的周全且高效的重疾保障。

· 高费用重疾

除了失能、护理功能的设置外，对于那些在实际治疗过程中需要花费高昂费用的疾病提供额外保障是更直接的一种做法。尽管同为重疾范畴，但不同疾病在治疗过程中的花费却差异较大，比如乳腺癌的平均治疗费用不超过 10 万，但白血病却为近 30 万甚至更高。

太平人寿的福禄顺禧终身重疾险中高费用疾病额外给付责任，选取了脑癌、骨癌、白血病等重度恶性肿瘤以及一些因意外导致的疾病，这些疾病的治疗费用足以给患者带来极大经济压力。

· 其他设计方式

曾经较为流行的男女少儿特定疾病额外给付、心脑血管疾病额外给付等依然有一定市场，此外，随着大湾区专属重疾表的发布，部分公司选择开发大湾区专属重疾险，此地高发疾病（如鼻咽癌、结直肠癌等）额外给付也成为湾区重疾产品显著特征。

2.1.3 多次给付责任

· 重疾分组多次给付

旧定义时期，重疾多次给付往往是中小公司争夺的主力战场，大型公司基本都以单次给付重疾为主力产品条线，但也进行了分组多次给付的产品储备，如国寿康宁终身（至尊版）、太保金福人生等可选多次重疾给付附加责任。

新定义后，平安人寿推出了其首款主打分组多次给付的产品——平安六福，在责任和价格方面和原主力产品线相比都较有竞争力，在渠道重疾险中业绩占比也迅速提升，目前已成为和平安福、百分百等同一梯队的主力重疾产品线。

| 公司 | | 平安人寿 | |
|---------------------|------|------------------|------------------------------------|
| 产品 | | 平安福 2021 | 平安六福 |
| 投保规则 | 投保年龄 | 18-55 岁 | 0-55 岁 |
| | 等待期 | 90 天 | 90 天 |
| 重疾 | 重疾种类 | 120 种 | 120 种 |
| | 重疾保额 | 100% | 100%; 分组 6 次, 每组 1 次 |
| 中症 | 中症种类 | 20 种 | 20 种 |
| | 单次保额 | 50% | 50% |
| | 赔付次数 | 1 次 | 1 次 |
| 轻症 | 轻症种类 | 40 种 | 40 种 |
| | 单次保额 | 20% | 20% |
| | 赔付次数 | 6 次 | 6 次 |
| 身故 | 身故保额 | 100% | 100% |
| 其他特色责任 | | 轻中症后涨保额 运动涨保额 | 轻中症涨保额 80 岁返还已交保费 少儿特定疾病双倍保额 |
| 30 岁男性 50 万保额 20 年交 | | 14982 元 | 17453 元 |
| 0 岁男性 50 万保额 20 年交 | | 6826 元 | 7268 元 |

· 癌症多次给付

癌症多次给付责任在网销以及经代渠道更为流行, 今年变化主要体现在给付的间隔期上, 和泰人寿的超级玛丽 5 号和复星健康的达尔文 5 号均将这一时间缩短为 1 年, 但相应的, 赔付比例也由三年间隔期时的 150% 下降为每次 40%、至多赔 3 次。这样的设计方式在宣传的角度是给予患者在确诊癌症后持续治疗的费用支持, 但这种设计有把重疾险产品医疗化的倾向, 当医疗险尤其是长期医疗险普及, 这种产品设计会让客户对于重疾险的理解变得迷茫。

· 心脑血管多次给付

和癌症多次给付责任一样, 心脑血管多次给付也是中小公司网销渠道产品的常见责任。这一责任最早流行于香港的重疾产品, 针对的疾病也较为集中, 只有心脏病(心梗)和中风。随着内地中小公司竞争的激烈程度加剧, 这一责任所包含的病种也逐渐增多, 如和泰人寿的超级玛丽 5 号和复星健康的达尔文 5 号均为 10 种, 从心梗中风的单病种多次给付向心脑血管疾病多病种多次给付发展。但这种设计有个核心难点一直没有被行业攻克: 即不同疾病的二次确诊概念是不相同的。比如手术类疾病, 二次给付的概念是清晰的; 但比如心脏状态类的疾病, 它本身就是不可逆的持续状态, 一旦被保险人进入该状态就不会退出, 对于这类疾病的二次赔付是否需要限定被保险人二次发病? 如果限定是否过于苛刻? 如果不限定在定价上

是否考虑了充足性？

2.2 产品结构设计

受到客户需求被提前释放的影响，新定义重疾的销量上半年持续低迷。而市场关注度的提升对于产品的销售似乎是一把“双刃剑”，尽管健康保障需求的认知在提升，**但由于潜在的客户群有更多的途径学习产品、了解产品，他们的购买决策就更谨慎**，而产品的开发者在如何投客户所好、助攻其购买的临门一脚方面也着实下了不少功夫。

2.2.1 定期重疾

为应对新定义重疾销量低迷、代理人快速流失的问题，以传统代理人为主要渠道的公司也在寻求破局之道。部分公司也因此开发了保障效率更高、价格更低廉的定期重疾，一方面是希望已经购买过重疾产品的老客户加保，另一方面也是**希望以此扩展投保人群，吸引到更多的难以承受终身返还型重疾价格的年轻客群和低收入群体**。

考虑到纯消费型产品的市场接受程度，保司也会开发两全保险和该产品进行搭配使得客户在保险期间终止时得以领回保费。

| 产品名称 | 平安嘉护定期重疾 | 太平洋无忧保定期重疾 |
|---------------------------|---|-------------|
| 投保年龄 | 0-65岁 | 18-45岁 |
| 保险期间 | 少儿：至60岁 / 至70岁 成人：10/15/20/30年 / 至60岁 / 至70岁 | 至60岁 / 至70岁 |
| 重疾责任 | 120种，100%保额 | 120种，100%保额 |
| 身故责任 | 18岁前，100%保费； 18岁后，100%保额 | 保费 / 现价较大者 |
| 可选两全产品 | 平安悦享两全 | 太平洋两全其美 |
| 30岁男，30万保额， 保至60岁，20年交 | 3720元 | 2550元 |

近期上市定期重疾的两家代表公司平安和太保，粗看之下产品形态颇为类似，但细节有所不同：平安产品将投保年龄扩展至65岁，意图尽可能扩展投保人群，且相较于平安其他终身产品，定期重疾的保障杠杆对于高年龄更具吸引力；而太保产品投保年龄段集中在青壮年，锁定尚在资本积累中的年轻人群的重疾需求，营销更具针对性。身故责任上由于太保的身故给付仅为已交保费，其价格对比平安更为极致。

2.2.2 模块化产品

跟随互联网发展成长起来的Y世代和Z世代已跃然成为了新的消费主力，千篇一律、千人一面的保险产品愈发难以打开他们的心房。友邦在尝试走一条产品定制化的道路。新定义后他们的主力产品线更新为主打“定制你的独一无二”的友如意系列产品，将原先All In One的大而全捆绑式结构转变为As You Wish的模块化自由组合结构。

它的基础主险是一款提供身故、提前给付重疾险、轻症、中症责任的重疾险产品，但轻症和中症责任

的保额可以根据客户需要进行不同的选择，并将癌症多次给付、重疾分组多次给付、轻中症保费豁免等功能升级类的责任以附加险模块的方式提供给客户。

模块化产品并不是一个新鲜事物，早前也有公司做过尝试，但友邦能够有魄力将其定位为公司的主力产品线，主要是倚仗以下三个因素：首先，公司的定位和长久的经营结果，造就了友邦有着较其他公司更高端的客户，这些客户“个性”更强，他们追求定制、独特性的诉求也就更强，且更“任性”，模块化产品给了这些客户拒绝或弱化某些自认为“鸡肋”责任的权利；其次，友邦的代理人有足够的底气销售好这一类考验能力的产品，能够引导客户挖掘潜在需求，在帮助客户进行模块组合时展现其专业性，赢得客户的信任；最后，友邦的品牌经营理念和市场营销策略，使得其愿意投入精力和成本对模块化这一理念进行持续的包装和宣传，与其公司品牌实现融合，产生市场影响力。

虽然线上的一些产品也自诩模块化，且也开始有其他以代理人为主要渠道的公司效仿这种产品模式，入局模块化产品的竞争，但要想成功仅依赖于产品是远远不够的。正如友邦高层姜利民所说，“虽然产品条款可以借鉴，但对客户的深入理解和洞察、营销队伍的专业度和提供解决问题的能力却无法简单复制”。未来的市场表现究竟如何，模块化产品能否在略显低迷的重疾市场助力险企破局，我们拭目以待。

2、医疗险 2020-2021 演进趋势

医疗险在 2020 到 2021 年的演进受到两个事件的深刻影响：一个是城市定制型商业医疗保险（以下用市场俗称的“惠民保”代替）的进一步普及；一个是短期健康险新规的落地。惠民保使得百万医疗险重新思考自身定位，包括保障范围的定位和可保人群的定位；短期健康险新规进一步催化了医疗险长期化的步伐。

1、保障范围拓展

随着惠民保产品的发展，百万医疗险的生存环境进一步变化，在此之前，百万医疗险其实就已经面临了保障范围饱和的问题，在惠民保产品大范围面世之后，百万医疗险推行的“高保额 + 高免赔额”概念受到进一步的冲击，同时惠民保在保费、带病体可及性等方面对百万医疗险又形成碾压之势。在此基础上，险企的应对策略通常有两个方向：一是向高端化升级，更重视自费项目和社保覆盖较少的特需 / 私立机构，定位为比惠民保（以社保内责任为主）更高档次的医疗险产品，归结为“向上拓展”；二是补充“高频低损”的责任设计，与具有“百万保额、低频高损”定位的惠民保形成差异化竞争，此为“向下补充”。

1.1 向上拓展

医疗险的向上拓展主要是将保障范围聚焦到医保外的优质医疗项目。对于医保内的医疗项目，其发生场景相对单一，主要集中在公立医院的普通部；而对于医保外的医疗项目，在公立医院的公益属性和医保的强管控作用下，医疗资源可能会外溢到公立医院普通部，出现在特需部、院外 DTP 药房、非公立医疗机构、区域性和政策性的医疗示范区等，这使得向上拓展的产品设计复杂度会大幅度提高。

· 机构范围拓展：公立医院特需部和非公立医疗机构

高端医疗险相对于百万医疗险的显著提升是可保医疗机构范围更加广泛。公立医院特需部和非公立医疗机构可以在一定程度上解决目前普通部就诊的“三长一短”（即挂号、候诊、收费队伍长，看病时间短）问题，更强调的是患者的就医环境和服务体验。百万医疗险“向上看”的过程中，因为非公立医疗机构品质的不确

定性，行业首选的拓展方向是公立医院的特需部。针对恶性肿瘤、良性脑肿瘤等特疾的特需医疗责任已逐步成为互联网百万医疗的标配；单独的特需计划或产品，如尊享 e 生特需增强版，也在 2021 年中上市，特需成为独立的业务形态出现而不仅是百万医疗险的一个可选计划。但特需医疗险的推广仍然面临严重局限性，不限病种的特需医疗险的保费至少是普通百万医疗险的 3 倍（30 岁），这使得特需医疗险的客户接受度较差，从中再寿险收集的行业经验看，特需医疗险（或者特需医疗计划）占百万医疗险的销售件数占比通常不超过 5%。从特需医疗险可普及度的角度看，**更成功的思路是将特需医疗险开发成特定病种和手术的医疗险产品，不仅价格更普惠，且能够接近客户的核心诉求。**

除公立医院特需部的拓展外，质子重离子责任的普及也给业内提供了解题思路，质重责任的本质是**挖掘个别非公立医疗机构特有的、不低于公立医院专业水平的尖端治疗手段**，因此一些专业非公立医疗机构的拓展亦成为百万医疗开发的方向，如微医保·百万医疗 2021 版，在其医院范围中增加了“保险人拓展承保的医院”，除了泰康自有医院外，还包括了首都医科大学三博脑科医院和上海冬雷脑科医院等在脑、神经类疾病有较高造诣的专科非公立医疗机构。

· 先进治疗方式和院外场景拓展：提升先进治疗方式的可及性

院外场景的发展关键在于保险、医药医疗行业的深度融合，保险行业可借医疗产业在不同领域的深耕和创新，提高患者对于先进治疗方式的可及性和支付能力，同时提高商业保险的外延，使之关注点从“治疗”延展到“预后”，进一步提升保障效率和对商业保险的认可。

今年的新趋势之一是保障创新点从药品向器械拓展，一个器械后面代表的是一种新的治疗方式，如尊享 e 生 2021 门急诊版，新增了 100 万保额的“镇痛泵（植入性鞘内药物输注系统）”医疗责任，用以缓解难治性癌痛，提高患癌后的生活品质；2021 年 5 月上市的太平爱女神·臻享版，则更加专注女性保障，在女性癌症特药的基础上，拓展了与强生医疗合作的乳腺假体器械费用，用于乳腺癌患者乳房切除术后的重建过程，造福更多因接受治疗而“失乳”的患者。

另一方面，是拓展药械的来源，由于海南博鳌乐城国际医疗旅游先行区的快速发展，使得境内保险客户使用境外的创新药品、昂贵器械成为可能，保险行业也主动寻求与乐城合作的空间。2020 年 3 月，友邦推出“守护安康”境内外特药险，首次在 72 种境内癌症特药的基础上，额外囊括了 5 种临床急需进口药品（海南乐城特药）；2020 年 8 月，乐城全球特药险（岛民版）上市销售，作为针对海南基本医保参保人的惠民保产品，正式开放了 49 种临床急需进口特药的保障，11 月，太平人寿跟进开发了全国版的特药险，整体销量达到了 170 万；2021 年 9 月，太平人寿将全球特药险升级为含有 75 种进口特药和 10 种进口特械的新产品，药品范围更进一步扩展，并新增了特定器械的保障，进一步拓宽了乐城医疗特区与保险深度合作的范围。对于海南乐城的新趋势，其他保险公司或平台也有跟进，微保、众安、水滴等产品的主力百万医疗中，进口药已经成为新标配。

此外，在 2021 年 6 月以来，CAR-T 疗法在国内发展迅猛，短短 3 个月内，已有 2 款药品获批上市，作为“一针 120 万”的极高价的治疗方式，也获得了较多舆论关注。对于保险保障，平安在市场上首先响应，2021 年 7 月，平安人寿推出 CAR-T 专属的“细胞免疫疗法（A 款）医疗保险”，赔付比例为 50%，作为获客产品抢占市场先机；平安健康在“特定药品费用医疗保险”的药品范围中也纳入了 CAR-T 治疗。紧随其后，复星联合健康在 7 月中旬针对超越保 2020 的院外特药清单拓展了 CAR-T 药品，众安在线也在 9 月 10 日对其核心 4 款百万医疗纳入了该疗法。

1.2 向下补充

向下补充是指通过增加一些比百万医疗险更加“高频低损”的责任来提升客户对于保险理赔的体验感。

· 互联网门诊医疗

保险对于“互联网+”医疗来说，是可快速变现的方式之一，在发展早期，互联网医疗主要作为健康险的增值服务提供商，扮演着辅助健康管理角色。而后随着分级诊疗制度的进一步实施，互联网医院“线上问诊、开药”的模式成为新的角力场，2020年新冠疫情对线下诊疗的影响，又使得互联网医院的发展得到了提速，保险公司和医疗服务商都有动力去推动互联网门诊险的落地。目前有多家公司推出了互联网门诊险，主要模式是线下门诊（报销挂号、诊疗、药品等自付范围的费用）+线上门诊（药品），线上问诊通常以增值服务的形式体现。同时在百万医疗中，多个网红产品在2021版的更新中也拓展了互联网门诊药品责任（如微医保、尊享e生等），作为一个客户感知度角度，可与客户加强互动的可选项。

以下是众安、蚂蚁和微保的专属门诊险，形态上大同小异：

| | 尊享e生2021门急诊版 (门诊责任) | | | 好医保·门诊险 | | 微医保·门诊医疗险 | |
|------|---------------------------|------------|------------|-------------------|----------------------|-------------------------------|-------------------------|
| 承保公司 | 众安在线 | | | 众安在线 | | 泰康在线 | |
| 投保年龄 | 0-65岁(线上问诊要求≥6岁) | | | 1-50岁 | | 0-60岁 | |
| 保险期间 | 1年 | | | 1年 | | 1年 | |
| 等待期 | 30天 | | | 30天 | | 30天 | |
| 既往症 | 常规版本不可保，慢病版本可保 赔付比例有限制 | | | 既往症(含三高) 可保不可赔 | | 既往症不可保 | |
| 保险责任 | 线下门诊 (自付) | 线上门诊 | 线上中医 门诊 | 线下门诊 (自付) | 线上门诊 (依据处方开 药) | 线下门诊 (自付) | 线上门诊 (1.7万+药品 清单) |
| | | (182种疾病清单) | | | | | |
| 医院范围 | 二级以上 公立医院 | 众安互联网医院 | | 二级以上 公立医院 | 众安互联网医院 妙手互联网医院 | 二级以上公立医 院+泰康自有+ 三博/冬雷脑科 | 粤园互联网医院 叮当快药 |
| 年限额 | 2000元 | 5000元 | 5000元 | 3000元 | 20000元 | 10000元 | 10000元 |
| 次限额 | 500元, 限1次/月 | | 限4次/月 | 300元 | 800元 | 500元 | 500元 |
| 给付比例 | 50% | 50% | 40% | 50% | 80% | 70%/60% | 70% |
| 免赔额 | 100元/次 | 0元 | 0元 | 100元/次 | 0元 | 100元/次 | 0元 |

对于门诊险这一险类来说，考虑到其“高频低损”的模式、极依赖销售逻辑和赔付管理，险企一般不敢轻易入局，前期也多以少儿门诊作为尝试。对于该类产品，我们判断，其中的主要风控思路如下：

a) 通过线上和线下责任设置的差异化，将客户引导至线上，险企可以对互联网医院的门诊开药行为进行把控，如开药剂量、必要性、推荐顺序等，并根据赔付情况灵活调整；线下责任更多时候仅作为医学伦理存在的必要；

b) 在投保或保障范围设置上，通过正面疾病或药品清单进行管理，一般来说，对慢病患者的限制较为严格，几乎把慢病患者排除在外，避免长期用药的逆选择风险；

c) 保险公司对其的定位为获客，适当亏损也可以接受。

2、保障时间拓展——长期医疗险

2.1 费率可调的长期医疗

2020年，各大险企开始试水费率可调的长期医疗险，截止至2021年9月23日，已上市的费率可调长期医疗险共有21款，老七家之外，仅有中信保诚和中宏参与了长期医疗险的开发：

| 保险公司 | 上市时间 | 产品名称 | 保证续保期间 | 投保年龄 | 责任简述 |
|------|----------|----------------|--------|-------|--------------------|
| 人保健康 | 2020年5月 | 好医保终身防癌险 / 悠长保 | 终身 | 0-70岁 | 癌症住院医疗 + 院外特药 |
| | 2020年11月 | 好医保长期医疗 / 悠优保 | 20年 | 0-60岁 | 住院医疗 + 院外特药 |
| | 2021年4月 | 慧择铁甲小保 / 青春启航 | 至17岁 | 0-17岁 | 住院医疗 + 少儿特疾 |
| 太保寿险 | 2020年8月 | 安享百万 | 15年 | 0-65岁 | 住院医疗 + ECMO/ICU 津贴 |
| | 2021年2月 | 安享宝贝少儿 | 至18岁 | 0-12岁 | 住院医疗 (5万) + 意外门诊 |
| 平安健康 | 2020年9月 | e生保长期医疗 | 20年 | 0-55岁 | 住院医疗 + 少儿特疾 |
| | 2020年11月 | i康保防癌医疗 | 终身 | 0-70岁 | 癌症住院医疗 + 院外特药 |
| | 2020年12月 | 微医保终身癌症 / 个人癌症 | 终身 | 0-70岁 | 癌症住院医疗 + 院外特药 |
| 平安人寿 | 2020年9月 | e生保长期医疗 | 20年 | 0-55岁 | 住院医疗 |
| 新华人寿 | 2020年9月 | 康健华尊 | 10年 | 0-60岁 | 住院医疗 (含特需计划) |
| | 2020年9月 | 附加住院安心 | 10年 | 0-60岁 | 住院医疗 |
| 中信保诚 | 2020年12月 | 安逸长期医疗 | 20年 | 0-60岁 | 住院医疗 + ICU 津贴 |
| 中宏保险 | 2021年2月 | 附加百万无忧 | 15年 | 0-65岁 | 住院医疗 + ICU 津贴 |
| 泰康人寿 | 2021年2月 | 无忧宝贝 | 至18岁 | 0-17岁 | 住院医疗 + 特疾提前给付 |
| | 2021年3月 | 泰享年年 | 20年 | 0-64岁 | 住院医疗 + 特疾住院日额 |
| | 2021年5月 | 健康尊享 2021 | 20年 | 0-64岁 | 健康尊享转保产品，各计划差异大 |
| | 2021年5月 | 附加医佳保 | 20年 | 0-64岁 | 住院医疗 + 癌症提前给付 |
| | 2021年5月 | 附加医佳保防癌 | 终身 | 0-64岁 | 癌症医疗 + 特药 + 癌症提前给付 |
| | 2021年5月 | 悦享中华 2021 | 20年 | 0-64岁 | 住院 + 特殊门诊 + 普通门诊 |
| 人保寿险 | 2021年4月 | 关爱百万 | 20年 | 0-55岁 | 住院医疗 |
| | 2021年4月 | 关爱百万 (孝心版) | 终身 | 0-70岁 | 癌症住院医疗 |



从上表可以看出，各家公司有明显的偏好，一般住院产品的保证续保期间以 20 年为主，太保、中宏更专注 15 年期的，而新华风格更加保守，仅推出 10 年期的版本。防癌险一般都以终身为主，少儿险都以未成人阶段保证续保作为主要形态；从最大调费幅度来看，仅含普通部的产品为 30%，特需部计划可以放宽至 40%；在产品设计上，总体维持了较为审慎的思路，长期保证下创新责任不多；在营销推广上，固定期限的保证续保，与之前短期险改造之前动辄“可续保至 99 岁”的宣传力度明显减弱，同时费率可调相对于费率保证优势也更不明显，从推荐的角度上，接近 60/65 岁这一百万医疗投保年龄上限的人群更倾向于选择长期医疗险，其余客户更多将长期医疗作为百万医疗险多种方案的可选项。

除了太保寿险、新华人寿、泰康人寿、人保健康几乎将主力产品转向长期医疗外，其他保险公司对长期医疗险的定位还有待深入挖掘，因此，**预计 2021-2022 年，费率可调型长期医疗市场仍然是小步向前**，大型公司基于市场竞争的缘由会储备长期医疗产品，但完全替换现有短期百万医疗险作为绝对主力的可能性较低。

2.2 保证续保（费率保证）

今年 5 月 1 日的短期险改造，给了原有以 1 年期为主的百万医疗市场猛烈一击，多家公司将主力产品转移至保证续保版，以彻底避免续保问题，如华夏医保通的升级。同时，客户也更加关注保证续保条款的写法，期满后的续保权利成为行业角逐的新方向，客户本质是偏好长期的，更会向保险公司索要足够的续保权，而保险公司在风险偏好上是更倾向于短期承诺的，在未来续保承诺的角逐天平中，5 年 / 6 年保证续保的产品可能会脱颖而出。

3、可保人群拓展——慢病人群的挖掘

3.1 慢病人群

在健康人群发展到极限的情况下，面对惠民保的竞争压力，行业对于拓展可保人群逐渐重视，慢病产品开发也提上日程。太平人寿的超e保2021（慢病版）、平安健康的平安i康保（慢病版）、友邦人寿的智选康惠（慢病版）都是为不同既往症人群提供与百万医疗承保范围一致的保障，其中，智选康惠为不同的既往症人群设定了不同的保费计划，在承保维度上更加精细。

京东安联的臻爱无限2021借鉴了惠民保的思路，对部分既往症人群可保且赔一半（50%），尊享e生2021门急诊版中的慢病计划，也借鉴了类似思路，并提出了“既往症人群递延赔付”的概念，对于既往症首年发病的赔付0%，第2、3、4+年分别赔付25%、50%、100%，类似于既往症人群延期承保，这样可以在对逆选择进行管控的前提下纳入更多的投保人群。

| 产品名称 | 智选康惠（慢病版） | 臻爱无限2021版 |
|---------|---------------------------|-------------------------------------|
| 出单公司 | 友邦人寿 | 京东安联 |
| 投保年龄 | 18-65岁 | 0-65岁 |
| 既往症范围 | 三高、甲状腺结节、乳腺疾病和综合慢病 | 甲结、乳结、子宫肌瘤等，以及2年内持续治疗30天以上的疾病 |
| 保险期间 | 1年 | 1年 |
| 等待期 | 30天 | 30天 |
| 保障范围 | 一般医疗（住院+特殊门诊+门诊手术+住院前后门诊） | 一般医疗（住院+特殊门诊+门诊手术+住院前后门诊）；意外身故/伤残1万 |
| 免赔额 | 1万/2万 | 1万，无理赔可降至5千 |
| 赔付比例 | 100% | 100%（特定既往症50%） |
| 保费（30岁） | 303元（综合慢病/2万免赔） | 275元 |

3.2 老年人群

对于老年人产品有两种开发思路，其一是单纯的拓展年龄，如尊享e生2021版将投保年龄拓展到了70岁，但直接拓展投保年龄的模式有些噱头大于实质，因为大多老年人不具备投保的基本条件，因为他们很难符合健康告知（特别是高血压、糖尿病等一众慢病），其次老年段昂贵的保费也劝退了大多数人。另外一个思路就是将老年人群视为在风险特质上区别于健康体年轻人的一个单独群体，通过差异化的产品设计和核保规则设计，提高老年人的可承保性。比如，可通过提高免赔额控制老年人慢病的“高频低损”风险，将产品保障实质更加聚焦“高损”的大病风险，同时可降低保费，放松核保规则，进一步提高老年人获取保障的可及性。

富德生命人寿于近日推出长青藤老年医疗，针对40-80岁的人群提供不限社保的医疗责任，同时针对老年人“三高”多发的特点，推出了专属的慢病药品保障，从慢病、大病的角度对老年风险进行较全面的覆盖。

| | | |
|----------|------------------------|--|
| 产品名称 | 长青藤 | |
| 出单公司 | 富德生命人寿 | |
| 投保年龄 | 40-80 周岁，可续保至 99 周岁 | |
| 核保方式 | 健康告知，无需体检 | |
| 保险期间 | 1 年 | |
| 等待期 | 90 天 | |
| 保障范围 | 一般医疗 | 住院 + 特殊门诊 + 门诊手术 + 住院前后门诊 + 4 种特定器械 免赔额：2 万 / 3 万 / 5 万，赔付比例：80%/90%/100% |
| | 特定器械 医疗 | 4 种目录外植入器械 与一般医疗共用免赔额、赔付比例 |
| | 院外癌症 特药医疗 | 60 种院外癌症特药 免赔额（独立）：2 万 / 3 万 / 5 万，赔付比例：80%/90%/100% |
| | 特定慢病药 医疗 | 66 种三高目录外药品 免赔额：0 万，赔付比例：50% |
| 保费（60 岁） | 1705 元（3 万免赔，赔付比例 90%） | |

4、保障逻辑创新

2020 年 11 月，信美挺好保上市，其保障逻辑是，年度的自付费用达到了 5 万元则一次性赔付一笔定额给付金额，该产品最先在招行 APP 开售，在北京地区进行投放。**该产品的本质是拟合重疾险，更加契合“小白”客户对于重疾险的认知：即治疗费用花费高 = 疾病严重**；同时，宽松的健康告知和延展至 70 岁的投保年龄，也为该产品增加了新的定位，即慢病和老年人群，这是一个新的保障逻辑，平安健康、渤海人寿等也相应推出了各自的以费用水平为给付条件的产品。

近日，蚂蚁也推出了一款与众安财险合作的“城市住院津贴”，在“城市保”专题之下，该产品的给付条件为“自付 + 自费”达到 3 万元，契合了惠民保免赔额，补充免赔额下的缺失部分。

| 产品名称 | 挺好保 (A 款) | 城市住院津贴 (B 款) |
|-----------|---------------------------------|---|
| 销售平台 | 招行 / 慧择等 | 蚂蚁 |
| 出单公司 | 信美相互 | 众安财险 |
| 投保年龄 | 0-70 岁 | 0-70 岁 |
| 保险期间 | 3 年 | 1 年 |
| 等待期 | 90 天 | 30 天 |
| 疾病治疗津贴 | 年度自付金额达 5 万则一次性赔付 10/20/30 万 | 年度自付 + 自费金额达 2/3 万 (其中自费 金额最高计入 1 万) 则一次性赔付 10 万 |
| 保费 (30 岁) | 71 元 (花 5 万赔 10 万) | 87 元 (花 3 万赔 10 万) |

3、长护险 2020-2021 演进趋势

1. 新环境下的长护险定位

1.1 重疾险的加保

重疾险作为维系代理人生存的基本盘，其销售效率开始下降，代理人增员难和重疾险出单难互相加强。在这种环境下，一方面我们需要重构个险渠道的经营逻辑，另一方面我们也需要重构产品线的设计逻辑。在这一转型阶段，保险公司需要维持业绩和代理人留存，盘活既有代理人的客户资源，促进重疾险老客户的二次开发（加保）可能是更现实的方式。一方面，重疾险目前已经覆盖近 2 亿的客户，且代理人增员越来越难，新单增长的难度确实较大，过渡阶段需要更多开发老客户以支持公司和渠道业绩；同时目前有效的重疾险保单件均保额仅 10-15 万，存在二次开发的空间。

如何进行加保？是直接给客户再推一个重疾险，还是针对原有重疾产品的痛点进行补足？固然给非价格敏感型客户直接加保一个重疾险难度相对低，但是大多数经济压力较大的工薪阶层在加保时会比首次购买时更看重资金投入在哪些保障上，也会更关注性价比，那么，重疾险杠杆低，功能性不突出的缺点会显现出来。

如果有一款产品既能杠杆高、保障功能又能突出与重疾险的区格，并且还能弥补重疾保额的不足，对于客户来说，则是非常友好的。如果同时还能具备一定的件均保费，能给代理人合适的激励，那也可以帮助代理人和渠道的考核，更容易被渠道接受

重疾型长期护理保险便是这样一款解决加保问题的产品，一方面，重疾型护理险的杠杆非常高，以友邦人寿 2021 年 7 月中旬上市的长享自在护理保险为例，女性 40 岁投保，保至 80 岁和 90 岁的杠杆分别有 10 倍和 6 倍，远超于常规重疾险的杠杆水平；同时重疾型护理险的保障聚焦于疾病或者意外治疗之后延续照料阶段的需求，这是其他商业保险不能覆盖的风险，也体现了重疾险的功能化分支；并且护理险可支持的免体检保额远高于重疾，能充分弥补重疾险保额不足的痛点。

对于代理人来说，重疾型长护险可以设计成销售友好型的产品，因为它的高保障杠杆给融入一些储蓄类责任（身故或者满期）留出了充分空间，可以使得件均保费得到提升。此外，高保障杠杆也给高佣金率留出了空间，如果在考核政策上再予以适当倾斜，代理人也可获得可观的回报。

1.2 长期储蓄类产品的互补组合

利率下行的环境下，长期储蓄类保险反而是综合风险和收益下对客户具有吸引力的金融工具，比如今年流行度较高的增额终身寿险，在今年非常困难的环境下帮助了许多公司保持了业绩。

终身年金、增额终身寿险这些长期储蓄产品可与长期护理保险提供的风险保障功能进行互补，发挥资产增值和保险杠杆的双重作用。并且，由于终身年金和增额终身寿险的件均保费水平高，长护险的保费相对低了许多，对购买增额终身寿险的客户而言，再补一份长护险的接受度也更高。这样的组合在需求端既能为客户提供养老生活品质的保障，又能转移客户在老年阶段因疾病或意外需要照料时的财务风险。

2. 长护险产品设计趋势

2020年市场上市了以平安人寿臻享照护护理保险、中英人寿倍关爱护理保险为代表的7款“1.0版本”的重疾型长期护理保险。1.0版本的长护险围绕失能失智的护理风险提供保障，以容易造成失能失智的疾病的确诊作为最前端的触发条件，然后以达到失能失智的护理状态作为理赔判定。

1.0版本是中国长期护理保险的创新型探索，在市场上获得了较好的反响。在此基础上，2021年市场开始了对于1.0版本的升级探索，开发出了以友邦人寿长享自在护理保险为代表的2.0版本长期护理保险，2.0版本对护理状态进行了大胆重构，将护理的概念由失能失智扩展到了更多在疾病确诊后，需要他人照料的情形。

从最初的舶来品——借鉴美国护理险以“六项不能完成三项或者严重智力障碍”作为保障条件的长护险，进化到以可拟合失能失智状态的老年重疾作为触发条件的1.0版本重疾型长期护理保险，再发展到2021年将护理状态的定义由传统的失能失智扩展至更多功能损伤状态的2.0版本重疾型长护险，在每一代的传承与创新之下，我们在逐步将护理险的功能具象化和广义化，探索一条契合中国市场的商业长期护理保险发展路径。

3. 长护险的销售策略趋势

护理是中国保险市场的新风险，重疾型护理险是一款对公司战略和客户保障都具有切实意义的创新型产品，并且重疾型护理险的销售策略很灵活，可以匹配多样的产品，但前提是其价值必须要被渠道、代理人和客户所认知。

对于近期上市的长护险产品，分化成两种销售策略：有些公司将其作为重疾险、年金险的附加险销售；有些公司将其作为单独的产品线独立销售。从销售结果看，后者往往更加成功。

对于这样的创新产品，最好的经营策略就是**为其打造单独的产品线**，唤醒客户需求，让渠道和客户对它更关注。在健康险市场转型阶段，重疾型护理险可以帮助保持业绩和代理人留存，值得保险公司去尝试。

4、总结

2021年是中国健康险市场深刻调整的一年。代理人渠道经过多年粗放发展积攒的矛盾加速爆发；保险公司高举渠道改革大旗，发展优质代理人队伍成为行业共识；监管体系更加完善成熟，重疾险新定义开始执行，短期健康险新规已经落地，自保件、销售可回溯、互联网新规等已经或者即将实施；惠民保等政商融合类业务开始发展，和其他商业健康险同台竞技；三医改革进入深水区……健康险产品作为保险公司应对这些内外部环境变化的终端载体，其重要性不言而喻。2022年，上述变革及其影响将会继续延续，行业会朝着什么方向发展，健康险产品会朝着什么方向进化，让我们拭目以待。

作者介绍



王明彦 FSA 中再寿险产品开发部产品开发处高级经理

擅长的职业领域：产品企划，产品定价，国内外市场研究，战略企划，代理人培训，再保险定价

邮箱：wangmingyan@chinarelife.cn

微信：942708101



丁莹 中再寿险产品开发部产品开发处

擅长的职业领域：产品企划，产品策略及市场研究，渠道分析，战略企划

邮箱：dingying@chinarelife.cn

微信：_10050213



郭炜钦 ASA 中再寿险产品开发部产品开发处

擅长的职业领域：保障型产品研发，国内外市场研究，直保 / 再保定价，重疾 / 医疗数据分析

邮箱：guoweiqin@chinarelife.cn

微信：act_gwq



孙啸辰 中再寿险产品开发部产品开发处

职业领域：重点业务的技术研究与推广，深度参与多次行业项目，客户培训、北美精算师协会 Long-term Care Session 主讲人

邮箱：sunxiaochen@chinarelife.cn

微信：15189664309

特别致谢：中国人民大学杨雨凡、中央财经大学喻卉妍对本报告的完成亦有贡献。



专题一

重疾险—繁荣与衰退之争

中再寿险产品开发部 · 王明彦、丁莹

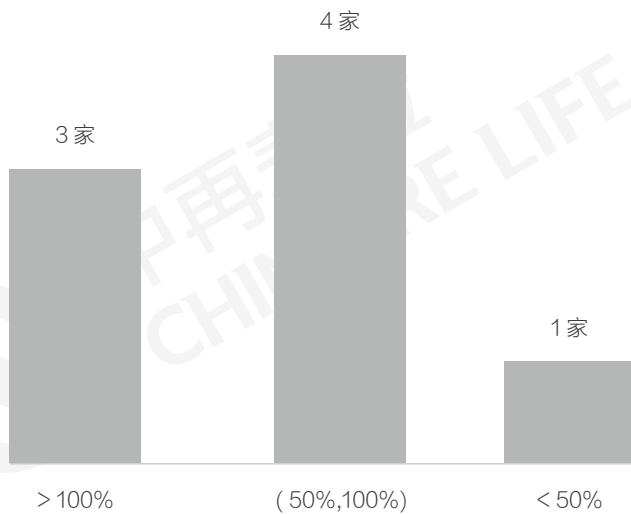
“新产品销售不及预期、代理人未完全匹配产品销售需求、保障需求提前透支”，“3月新单保费承压，期待Q2改善”，“4月销量不佳，新单保费增速明显下滑”……似乎重疾险在进入新定义时代后，进入了一个持续低迷期。

我们不禁要问，重疾保险究竟怎么了？这一在国内叱咤风云近30年的险种，助力过多少寿险公司立稳脚跟，难道就因为一个定义变化，就要从此一蹶不振了吗？

1、2021年重疾险新单销售情况调研

1.1 一季度重疾险新单销量

新定义正式实施之后，重疾险2-3月份的新单保费收入仅为2018年（2018年是重疾险新单保费的历史高点）同期的40%，甚至和被疫情困扰的2020年同期相比也并没有明显的起色，因此引起了市场的



2021年1月份重疾新单销量 / 2020年1季度重疾新单销量

悲观情绪。

需要注意的是，**新定义重疾险销量要结合1月份老定义重疾险销量来综合分析**。对于保险公司年度业绩而言，并不会过分在意保费收入的来源究竟是新定义产品还是旧定义产品，而在意整体的保费总收入是否稳稳得落进自己的口袋。

我们调研了市场8家大型险企的情况：

- 有三家1月份的旧定义重疾产品销量已超过2020年1季度的重疾险总销量：其中一家在4月才正式开启新定义重疾的销售，另外两家在2、3月的同期销量较去年有所收窄；

- 有四家1月份的旧定义重疾产品销量超过50%的去年1季度销量，这4家在2、3月的表现都不温不火，较去年同期均有所下降；

- 有一家1月份的旧定义重疾产品销量未超过50%的去年1季度销量，但其开门红理财类产品业绩表现突出，而其未消耗的客户资源在2-3月持续释放，新定义重疾较去年同期增长了69%，这家公司是调研中唯一一家重疾新单在2-3月取得同比增长的公司。

不难发现，1月份旧定义重疾险的销售成绩对于后续月份新定义重疾险销售情况影响是巨大的。如果将1月份旧定义重疾险和2-3月新定义重疾险销量合并考虑，2021年一季度重疾险新单保费收入接近同期的80-90%。

之所以会造成这样的销量走势，从需求端分析，保障需求提前透支因素必然存在，客户在重疾新规落地前购买了旧定义重疾险，导致潜在客户资源在短时间内集中释放，**旧定义的爆发销售实现了同期2-3个月的重疾险销量，也意味着快速消耗了至少2-3个月的客户资源，但实际上消耗的客户资源更多**。因为这段期间的重疾险销售模式是借助老定义产品停售而开展的，“广撒网、快成交”是这个阶段的销售特点，其对于客户的开发相对粗放，向客户宣导老定义产品具备“绝对优势”，导致很多原本可以通过更精细化的营销可以获取的客户在这个阶段被浪费掉了，**这些被“匆匆错过”的客户由于接收了“旧定义重疾险最好”的信息，在新定义时代也很难再次挖掘和开拓**。

供给端的影响也不容忽略，首先，常规情况下2月恰逢春节假期，代理人无心展业，本身就是销量淡季，今年的情况更加特殊，开门红理财类叠加旧定义重疾险促销，1月份完成的保费收入任务和耗损的精力均超出了以往，销售队伍需要充分的时间涵养；第二，代理人的销售思路短期内仍沉浸在老定义促销的逻辑里，短期内较难适应和掌握新定义常规销售的技能，需要充分接受培训，消化知识；此外，各公司对于代理人的考核通常也是以季度为单位，在1月已经完成季度任务的情况下，大部分代理人二、三月无脱落压力，销售动力不足。

1.2 二三季度重疾险新单销量

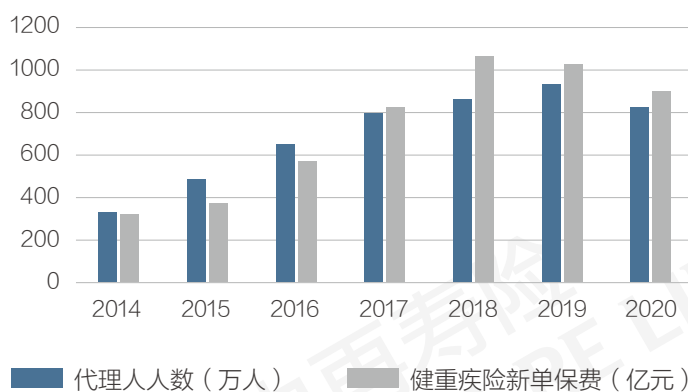
4月份，重疾险新单保费收入较2-3月份有所回升，保费收入为历史高点（2018年）同期的60%，

4月单月较2-3月总和上涨超过10%，此后这个量级的销量水平维持到三季度末，个别月份有起伏（6月份由于是考核月因此出现小幅上涨，7月份小幅下跌）。总体来看，将1月份旧定义重疾险的新单保费和后续月份新定义重疾险的新单保费加总，大体是历史高点（2018年）同期水平的60-70%。

2、需要关注的更深层次问题

2.1 重疾险和渠道困境

事实上，通过观测重疾险长期的增长趋势，会发现两个值得关注的现象。第一，新单保费在16、17、18年经历了极高速增长，在达到1000亿平台后，近两年新单保费增长几乎停滞，甚至已经从千亿平台掉落。第二，如果将代理人人数和重疾险新单保费做对照，会发现重疾险新单增长趋势和代理人人数趋势高度重合。这说明，重疾险的增长遇到了一定瓶颈，而这个瓶颈的源头就是保险公司近两年遇到的渠道困境。



注：2019和2020年的新单保费收入为根据重疾险保费收入增长的估计值。

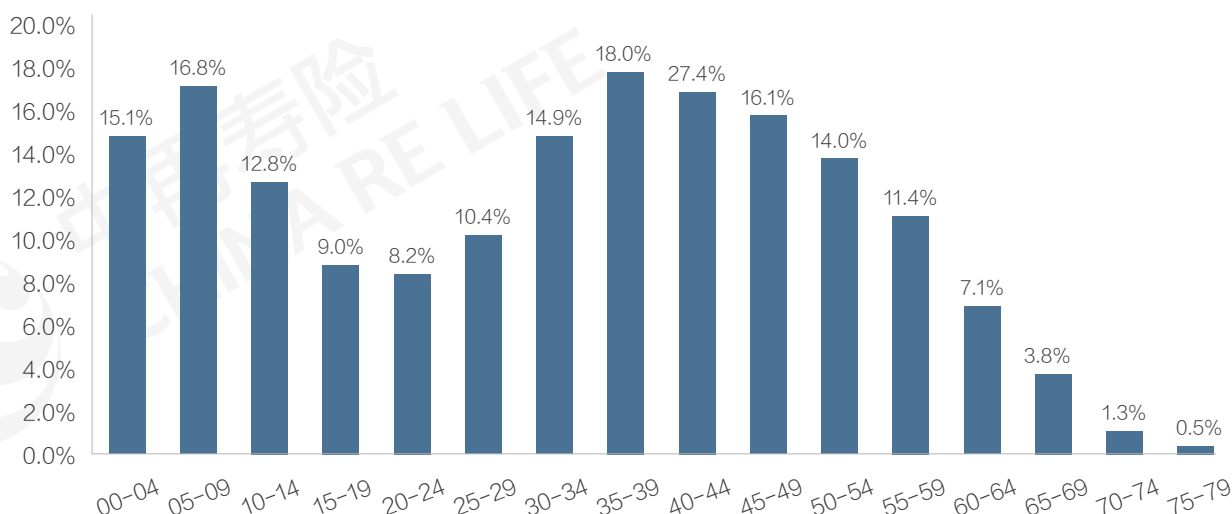
2015年当时的保监会取消了代理人资格考核之后，代理人的数量急剧增加。这是迄今为止影响重疾险销量走势的最大因素。在2015-2018年这一区间，我们充分享受到了代理人和客户的人口红利，在这种人口红利下，保险整个行业的业态跟如今互联网渠道电商玩法并没有本质差别，都是基于一个大流量客群进行快速变现。在这种情况下，没有人关心到底卖出的产品是怎样的，保险公司想卖什么产品就卖什么产品，产品做出一点花样就能收获很多成绩，渠道只需要保证有足够的增员去接触足够的新客。但是当这个流量开始枯竭的时候，整个行业就会遇到瓶颈。

代理人的数量在接近1000万这一关口时急转直下，一方面保险公司纷纷高举转型大旗，走高质量发展之路，需要清理虚人力；另一方面，保险公司也渐渐发现，不仅要的高质量人才可能不好找，**连之前容易获得的基础人力，也由于受到快递业、物流业等等新兴机会的影响，变得更难获得。**销售的媒介受限，直接影响就反映到了业绩结果上。2019年的重疾新单增速下滑已经暴露了问题，而2020年疫情的影响则给了保险公司致命一击：**消费者收入的下降导致保险这类非渴求商品的消费下降**，投保的决策难度加大，保险销售这个职业相比于其他新兴业态的吸引力大幅度降低，代理人脱退率高、增员难成为行业共同面对的难题。而**重疾险作为代理人产品库中的“打底产品”，是每个代理人应该出单的产品，是反映代理人状况的晴雨表**，因此重疾险的销量和代理人人数呈现高度相关性。

2.2 重疾险的新发展阶段

人口红利下，保险产品开发遵循着一套既定的模式。保险产品创新的力度受到销售人员能力的制约，木桶原理导致了产品需要适应能力最低的一群人，产品的升级也都是以边际改善为主，谁也没有勇气迈出大刀阔斧改革的第一步。因此，我们常常听到的保险产品开发方法论是：“产品形态和竞争对手保持一致”“产

各年龄段重疾险人口覆盖率



品形态较上一代产品增加轻度创新，但费率增幅不能超过 5%”“要开发一句话就能给客户讲清楚的责任，教育成本低”。原本“以客户需求为导向”的产品开发信条其实早已悄悄地变为“以渠道能力为导向”，但这没有问题，这确实是在“流量红利时代”下最恰当的产品开发方法论。

为什么这一套方法论效率开始降低了呢？核心原因是重疾险的发展阶段正在跨越。

第一，重疾险在这 27 年间共销售了近 3 个亿的保单量，覆盖了近 2 亿人口。在中国 14 亿人口中，具备重疾险（指的是目前主流设计下“储蓄”性质较强的重疾险产品）支付能力的比例是有限的：根据北京师范大学中国收入分配研究院 2019 年的抽样调研数据，“月收入在 3000 以上的人口占比为 16.34%，在 14 亿的人口中有 2.3 亿人”，这个量级水平与目前重疾险的覆盖人群量级基本一致，这就意味着很可能我们已经把有支付能力的客户都转化成了重疾险的客户。

第二，新客户在变化。过去保险面对的客户是 70 后、60 后，现在 80 后、90 后，甚至 95 后开始登上保险消费者的舞台之后，保险客户的消费习惯发生了根本变化。他们年轻化、知识化、富有且锱铢必较，他们在认可的领域不吝惜一分一毫，他们靠兴趣形成形态各异的圈层，他们尊重专业，他们希望把人情和消费尽可能的分开。面对这样的客户群，过去保险行业所鼓吹的“销售能力大于专业技能”也许开始失效，专业技能至少要提升到和销售能力同样的高度。关于销售能力本身，其实也在发生变化，圈层文化的流行使得年轻客群的社交圈子更加有壁垒，这意味着保险销售人员触达新客户的难度更高，这也是为什么 B 站这种植根于某个圈层（ACG）的流量入口具备极高商业价值。

第三，互联网开始影响保险。互联网对于保险的主要影响不在于客户是否在互联网渠道购买保险产品，而更大的影响在于互联网打破了保险这种商品的信息壁垒。即使是“人情保单”，消费者也会上网查询一下这个产品是否是值得买的产品。通过对代理人的调研发现，近一年客户投保重疾险的行为最大的变化是，客户投保前的决策时间明显延长。

3、重疾险产品的发展趋势是什么？

3.1 功能化

我们认为第一个趋势是功能化。**重疾险是健康险里功能很“混沌”的一类产品，因为它杂糅了太多的功能。**按照监管对于健康险的四个分类（疾病险、医疗险、护理险、失能险），疾病险是很特殊的一个类别：疾病险是以疾病的确诊作为给付条件的险种；而后三种是以疾病导致的特定风险（医疗、护理、失能）为保障标的的险种。疾病险在某种程度上内嵌了医疗险、护理险和失能险的功能。这体现到重疾险销售话术上，重疾险可以被包装为治疗费用支持、收入损失补偿、长期护理支持、长期储蓄替代等多个用途。众多的销售话术支撑了重疾险的卖点，这也是为什么这个产品成为了中国保险市场最畅销的保障类产品。

但是混沌的保障范围背后就意味着对于客户需求的满足也是混沌的。上文提到：中国市场持有重疾险保单的客户已经接近 2 个亿，人群覆盖足够大，但件均保额较低：全量保单的件均保额仅为 10 万，近两年新单件均保额也不过 15-20 万。**这种保额量级和重疾险“混沌”且“包罗万象”的保障功能是严重不匹配的，这也是未来重疾险市场的缺口所在。**因此，未来重疾险要想形成增量需要更加强调老客户的二次开发，以及靠 Y 世代、Z 世代新兴人群在购买。保障杂糅的产品可能在新客户获取上具备效率，但在客户二次开发上难度较大：要想让客户购买更高的保额，必须让客户意识到保额能解决哪些需求问题，以及这些需求背后的风险敞口有多大。但大部分代理人销售重疾的逻辑并不是以需求定保额，而是以客户愿意为这个代理人付出的人情保费来定保额。

作为功能杂糅的产品，重疾险其实已经面临挑战，因为功能化的健康险产品已经出现了——百万医疗险。过去医疗险在中国并不普及，主要以团体的形式出现，但是从 2015 年百万医疗进入中国市场之后高速发展，到了 2020 年百万医疗的新单保费收入已经超过了 500 亿的量级，覆盖了 9000 万的人群；2020 年惠民保这种政府主导的缩水版百万医疗险开始流行，在某些城市甚至能实现超过 50% 的投保率，到 2021 年覆盖超过 9300 万的人群。因此，近两年在代理人销售重疾险的场景中，经常遇到客户的一个问题是：“我已经投保过百万医疗险或者惠民保，还有没有必要买这么贵的重疾险？”这就是杂糅产品的问题所在，如果代理人不能很好的解释重疾险和其他功能型健康险在满足客户需求上有什么差异，如果我们的销售话术还是停留在“癌症治疗费用高”，就不会激发客户购买或者加保重疾险的意愿。

因此，我们要做保障属性更专一的产品，比如失能保险和长期护理保险。失能保险聚焦失能后的收入损失补偿功能，长期护理保险聚焦养老和护理功能，医疗险聚焦医疗费用补偿功能。在这种情况下，代理人会更容易把保额的目的描绘的很清晰，把客户的风险敞口描绘的更清晰。

3.2 模块化

第二个趋势是模块化。**模块化和功能化是一枚硬币的两面：**功能化意味着对于单个产品和单个险种而言，它的保障范围是聚焦的；同时它是客户所需要的综合保障计划中一个子模块，若干不同功能的模块的有机组合，才是我们营销的最终结果。比如从客户需求出发，最完美的产品组合就是：长期百万医疗险 + 匹配收入水平的定期失能保险 + 匹配护理成本的终身长期护理保险，三个功能互补的产品模块组合，形成了一个全方位的健康险保障计划。

模块化已经在行业中有一定的趋势，过去重疾险中的所有责任都是捆绑的，重疾保额选择好之后，轻症等其他责任的保额也都随之固定。但是新定义产品中，国寿、友邦、大都会等公司开始在产品里提供一些把选择权交给消费者的责任：要不要轻症，要不要特定疾病？如果轻症用医疗险来保障已经很充分了，那就只需要重疾责任就好了，客户可以将释放出来的成本用于购买更多的重疾责任保额。但这么做的前提是产品的功能属性很清晰，代理人销售能力较高，否则会出现件均保费下滑的风险。

模块化不仅仅是一种产品开发思路，更是一种产品营销思路。模块化的实现应该是产品、系统、销售、品牌、市场等形成合力的结果。模块化所实现的效果是在增加有限的难度下最大程度满足客户需求和改善

客户投保体验。模块化给与客户选择权，但是这种选择权的让渡是以降低客户决策难度为目的。

4、结语

重疾险的发展与演进基本伴随了我国保险行业的发展，能够达到今天的地位并一直保持着长久的活力，是因为它同时满足了多方主体的利益：对于消费者，重疾险确实触碰到了客户对于大病重病的痛点，将“重大疾病”这一概念深植民众心里，极大得教育了市场，近年来最为流行的终身寿险 + 提前给付重疾也充分满足了民众对于“返本”的需求；对于保险公司，由于这种符合客户需求的返本设计使得重疾险成为为数不同的既能贡献规模保费，又能贡献内含价值的产品；对于销售渠道，重疾险较高的销售费用和极高的市场接受度让各种渠道对它趋之若鹜。这是支持重疾险发展的黄金三角。

但近两年的保费增速急剧放缓需要我们警惕，外部环境在剧烈变化，行业所处的阶段在变化，如果还想在重疾险这个领域继续耕耘，经营思路就要发生变革。现在行业已经逐步意识到渠道的老路开始失效，高举了渠道改革、高质量发展、提高单位产能的旗帜，但这不是供给侧改革的全部。我们认为，渠道的改革和产品的改革，应该互相配合、互相追赶。

历史的车轮总是前进的，重疾险如今问题的显现也绝非偶然。如果重疾险已经不能完全满足当前客户需求的多元化和专向性（医疗、养老、护理等），黄金三角支撑将变得不再稳固。坐以待毙不能是我们的选择，靠边际改善也不是解决问题的长久之计，毕竟战术上再勤奋也难以弥补战略上的懒惰。要真正地从需求出发，以此为基础革新开发适应渠道的高价值产品。人口老龄化进一步加剧，保障缺口切实存在，大健康、大养老给保险业留下的想象空间也是巨大的，行业有信心也有能力通过对医疗保障领域的深入研究，开发出既满足当代人民需求、又符合各方利益导向的产品，在这个重疾险分化的岔路口上，增加新的选择。

我们坚定的认为：寿险行业的深刻变革期已经到来，也许现在就像 27 年前一样，需要新一代的重疾险和健康险出现，逐步被培育，逐步发展壮大，以支撑健康险行业的未来。

作者介绍



王明彦 FSA 中再寿险产品开发部产品开发处高级经理

擅长的职业领域：产品企划，产品定价，国内外市场研究，战略企划，代理人培训，再保险定价

邮箱：wangmingyan@chinarelife.cn

微信：942708101



丁莹 中再寿险产品开发部产品开发处

擅长的职业领域：产品企划，产品策略及市场研究，渠道分析，战略企划

邮箱：dingying@chinarelife.cn

微信：_10050213



专题二

重疾险突围——功能化探索

中再寿险产品开发部 · 孙啸辰

2021年重疾险的销量滑铁卢引起了行业的焦虑。曾经的重疾险借助代理人人数红利即可得到快速发展，行业对产品开发的研究与对专业销售人才的培养在这样的业务模式下逐步落后于外部环境的变化与行业内加剧的竞争。直到疫情冲击了全社会，对国家经济、人们的思考方式和生活方式带来了急剧变化后，传统健康险业务模式仿佛一步就跨到了被迫转型的边缘。直至今年下半年，行业已经普遍意识到重疾险的“流量时代”已经过去，市场也已走到变革的路口。

重疾险功能化的推动模式与既往的业务模式截然相反，这是一种以产品的功能化设计为驱动，需要渠道配合加强培训、促使代理人理解产品的功能和理念，进而对客户有效地进行产品价值传导，最终建立重疾险业务有机增长的模式。功能化推动模式最主要涉及到产品开发与渠道，对产品开发而言，需要改造重疾险以突出重疾险独具且必要的保障功能；对渠道而言，则需要代理人抓住重疾险的功能优势，把产品的价值传递给客户。

如果说重疾险第一个阶段的增长是由代理人红利驱动，那么在竞争白热化的第二个阶段，重疾险的增

长将由产品创新和渠道改革驱动。

1、重疾险的“内忧外患”

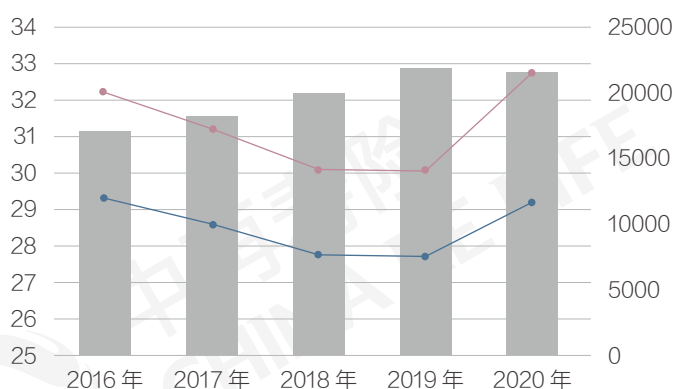
粗放发展的模式难以应对外界环境变化的冲击，也难以构成功能壁垒应对业内竞争。

受宏观环境影响，客户对于重疾险的消费动力减弱、决策时间延长，代理人增员困难。这对于重疾险销售的影响显著。

· 疫情

近期社会对于“共同富裕”的关注和希冀或许是个侧写。从消费指标来看，居民人均消费支出下滑，同时恩格尔系数提高，这反映了大部分人的消费水平实际在下降。保险本身就是一种次级需求，更何况重疾险的发展模式太过粗放以至于市场对重疾险的功能并没有深入理解。即便在被一些代理人接触后，客户也会更关注自己支付的高额保费究竟可以带来什么，也就更有动力去比较产品、延长购买决策，加上新定义的切换，正在观望购买的客户也更多。

居民人均消费支出(元)与城镇、农村恩格尔系数(%)



数据来源：国家统计局

· 互联网普及

互联网的普及也冲击了重疾险的销售。一方面，各种互联网行业如外卖、配送服务的迅速发展创造了大批低门槛的就业岗位，相比之下，展业复杂的保险代理人职业不再吃香，这导致保险行业增员难度越来越大。但是发展近三十年的重疾险竟主要依赖增员创造新单，而不是专业代理人带来的有机增长，因此增员下滑直接导致新单下滑。另一方面，信息透明化对品牌溢价的打击作用也更加显著。无论是客户主动去搜索信息，还是自媒体对于客户关注点的信息推送“迫使”客户去学习、比较保险产品，都使得传统代理人渠道的重疾险销售难度越来越大，降低了个人关系以及品牌溢价的作用。

· 行业内部竞争

外患显著，“内忧”的影响也很深刻。重疾险在中国已经销售了27年，目前已经覆盖了近2亿的被保险人群，依赖新单带动业务增长的难度已经在加大。不仅如此，**重疾险的功能性壁垒也很低**，也就容易受行业竞争加剧的冲击。

因为重疾险既往可以依赖品牌渠道迅速扩张业务，所以对来自于自身功能性的竞争壁垒建设不足。在产品形态设计方面，重疾险已经形成了重疾+轻症+身故打底，配合某些高发疾病额外给付责任的固定模板。看似保障全面，可效果却是功能杂糅导致保障效率不高。在实际销售中，代理人也找不到重点，只能围绕返本储蓄与治疗癌症花费高进行销售。重疾险更多的保障功能如高新医疗技术治疗费用保障、收入损失补偿、院后康复护理费用支付等都被埋没于产品设计中、没能被代理人掌握、更没能向客户展示。因此，

重疾险给客户的感觉就是个存钱治病的工具，自然可替代性很强，而且不实惠。

近两年，随着保险行业内部竞争的白热化程度急剧上升，客户接触产品的渠道和产品的选择越来越多。一方面，重疾产品之间竞争激烈，尽管产品供给很多，但是这些新产品并没有开发出支持销售逻辑优化甚至重构的创新设计，在某些渠道更多所谓的创新只是在原有的销售逻辑下突破科学的底线，寻求所谓的“颠覆保险产品”、“保障极致化”。这样的竞争方向不仅误导了产品开发的理念，对于客户而言也形成了“Too many choices can result in no choice at all”的窘境，可以说是真正的“内卷”了。

此外近两年大火、被宣传能解决民众就医问题的“惠民保”更是重疾险的有力竞品。惠民保的渠道优势强过一般的商业保险，它的广告在市民手机里、地铁公交站、甚至居委会里无处不在，迅速抢占了市场。尽管惠民保作为政商融合保险的成功范例确实丰富了多层次医疗保障体系，但其保障深度受制于其“惠民”的定位而无法满足被保险人全面的医疗和健康保障需求，惠民保用户仍然需要加购商业健康险。但客户对于保险的理解往往是非理性的，大多数客户不能理解惠民保的产品设计逻辑，会误认为购买一份惠民保就足以解决医疗和健康风险，从而冲减了对加购商业健康险的需求。并且，既往代理人对重疾险的宣传也是围绕治病和存钱，那么同样是就医的保障，客户自然会觉得惠民保性价比优势突出。因此很多客户就有了“先买个惠民保，贵的保险以后再说”的心态。

但终究打铁还需自身硬，在有严监管趋势下的双录、自保件取消等改革，如果重疾险不能应对外界环境变化与内部竞争冲击，那将愈发没落。外部环境恐难干预，但至少内部策略可以调整，重疾险的突围非常需要创新产品，同时也需要保险公司培养更多依靠掌握重疾险功能进行展业的专业代理人，并在激励方面予以引导，形成有机增长，而不是主要依赖增员的流量增长。

2、重疾险突围的切入点

消费水平在下降，市场竞争在加剧，消费习惯更倾向于“钱花在刀刃上”。

在激烈的市场竞争下，功能虽全但保障效率低的特点使重疾险看起来更像“奢侈品”，偏离了必要开支，尤其是在当今收入有限的“90后”开始奔三、逐步成为保险用户的趋势下，这一特点很不利于重疾险吸引新一代保险消费者。

雪上加霜的是，代理人基于既往重疾险形态向客户传达的“治病存钱”功能在当下已经被替代。现在医疗费用报销的角色已经由惠民保、百万医疗险这些便宜的医疗险来扮演；储蓄功能方面，在当前基金投资越来越流行、第三支柱养老保险走进视野，客户也越来越发现重疾险的理财功能也只能算是个添头，尤其是年轻客户对“存钱”的概念更加无感。因此，老一套“治病存钱”的销售逻辑已经难以为继，重疾险的突围有赖于销售逻辑的重构，需要突出重疾险在当前环境下的必要性和不可替代性。这样的销售逻辑重构依赖于产品创新的驱动和渠道等多方的支持。

此外，在重疾险覆盖率高的现实下，重疾险的加保成为重疾险新单的重要增长点，而加保的销售难度和让客户从无到有的难度是完全不同的。加保需要让客户意识到之前的重疾险保额没有买足够，这需要让客户真正理解重疾险的功能以及在这个功能项下所需要的保障额度。**重疾产品的功能化创新是销售逻辑重构与重疾险突围的切入点。**

3、重疾险的功能化方向

哪些保障功能既关键又是重疾险“专属”？

重疾险的功能化需要深耕重疾险自身保障属性的必要性和不可替代性。必要性需要结合现阶段的社会环境发掘需求，不可替代性则需要将责任开发成为其他险种不具备的竞争优势。兼备必要性与不可替代性是功能化重疾险与一般重疾险的本质差异，即功能化是更科学精细的保障补足。

年轻阶段的失能收入损失补偿、中老年阶段的康复与护理费用支持是具有社会需求的功能；同时失能保险和长期护理保险在我国健康险市场基本为空白。因此，重疾险可以围绕突出工作阶段收入损失补偿与病后护理进行功能化设计，开辟新市场。

3.1 长期护理险 / 责任

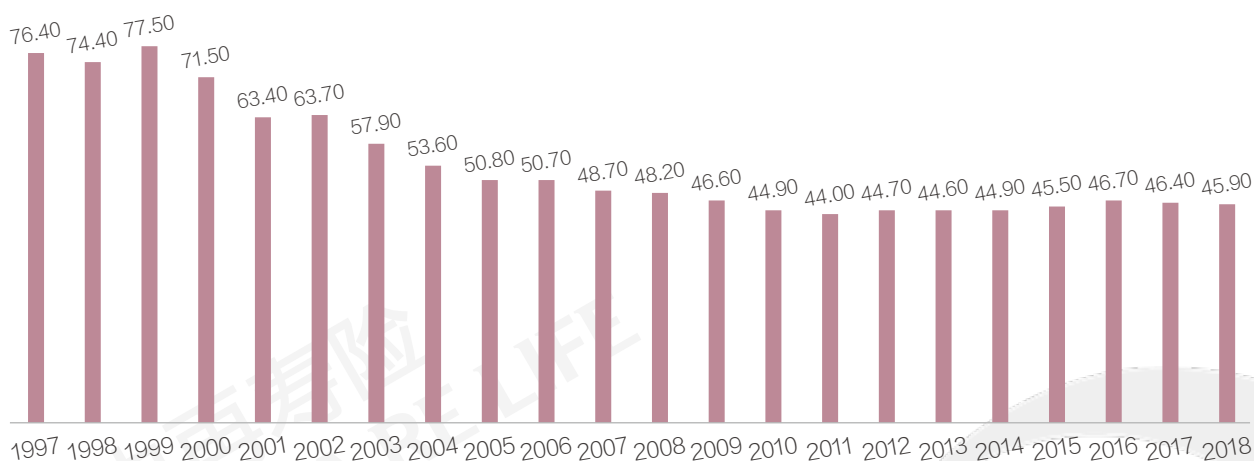
不要等到灰犀牛来到面前的时候再想起避让

3.1.1 长期护理的保障缺口

养老储蓄是否足以支付未来护理费用

我国的养老体系仍以第一支柱为主，第二支柱覆盖面较小，能提供企业年金福利的单位并不多，第三支柱发展缓慢，主要原因还是年轻人普遍面临较大的财务压力，可投资于养老险的资金太少。仅仅依靠当前 40% 左右的第一支柱替代率，虽然可以支持退休后的一般生活小额开支，但是远远无法承担高额的护理费用。各种护理支持政策虽然可期，但是如何提高广大年轻人收入水平和第三支柱养老金的购买意愿才是根本问题。

城镇职工养老金替代率 %



数据来源：公开数据整理

此外，加速的人口老龄化一方面放大了社会的护理负担，且将进一步加剧第一支柱替代率不足的问题，因此，单单依靠养老储蓄无法解决未来护理费用的支付问题。

政策性护理险是否足以支付未来护理费用

扩大试点、商保参与服务、统一失能标准……2016 年以来，政策性护理险的发展取得了成绩，宣传

了护理的概念，一定程度上教育了市场。

但在非强制参保的情形下，政策性护理险也暴露出一些问题：比如因筹资规模有限导致保障水平远不足以满足重度失能患者的护理需求；比如专业的护理服务很少，家政类服务过剩；比如缺乏护理服务的标准和效果评估体系。

总结来看，当前的个人养老储蓄和政策性护理险都无法承担未来护理费用支付的功能，商业保险确实大有可为，但是传统的商业护理险在市场上接受度较低，需要进行设计重构。

3.1.2 传统商业护理险的发展困境

说到长期护理，往往映入脑海的就是“失能”、“六项日常生活活动不能完成三项”，这是传统商业护理险的保障。早期我国开发的长期护理保险更多是借鉴国外的产品经验，针对失能和失智提供保障。但是这样的设计无论是在销售端还是供给端，在中国市场都存在缺陷。

不同国家的护理险都是基于不同的国情和保险市场土壤而开发，我们的护理险开发也需要基于自身的环境，走“中国特色护理险”道路。

销售端：卖给谁？谁愿意去买？

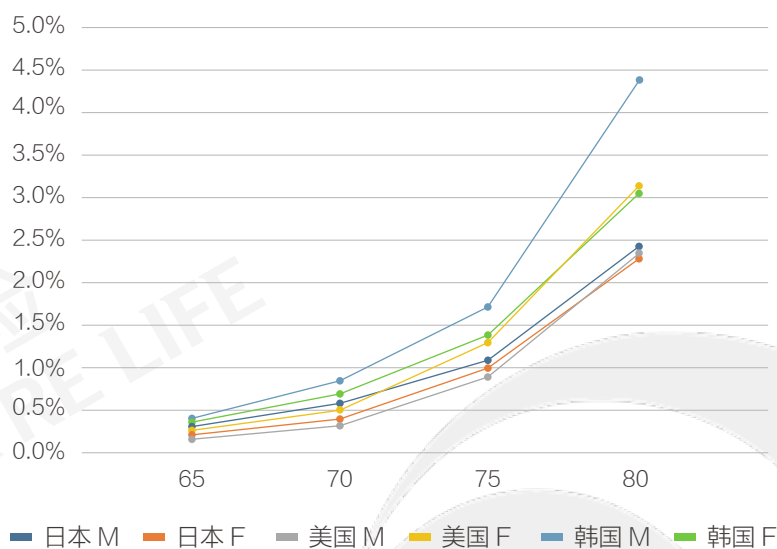
传统商业护理险保障的日常生活不能自理，对于代理人来说解释比较困难，因为直接抛出一个类似于“不能洗澡、穿衣、吃饭……”的概念是非常突兀且难以深入人心的，尤其是对于健康险常规客户来说太遥远、风险感知度太弱。或许这种描述对于老年人来说感触较强，老年人会对此类产品有显性需求，但是老年人的可保性低，杠杆低，承保过多老年人，商业保险就倾向于政策性护理险，缺少共济的意义。并且相比重疾险，传统护理险的出险时间更晚、给付条件更严格。综合来看，传统护理险比重疾险的销售难度更大。

运营端：定价风险大、理赔成本高

传统商业护理险的触发条件“六项 ADLs 不能完成三项及以上”的定价风险很高。本质还是因为日常生活活动能力的判断是主观性非常强的，可能不同鉴定人员的鉴定结果都不同，在一个主观的判断结果上形成一个稳定的大数定律用于精算定价自然难度很大。而不同国家的经验也差异巨大，缺乏参考意义。

理赔实务方面，因为判断 ADL 或失智的主观性强，理赔人员可能无法完全依据鉴定报告进行理赔，需要更多的成本投入到上门调查中。并且由于分期领取的特征，理赔就更不能完全依赖首次鉴定的结果，就更需要理赔人员进行不定期的上门调查。

LTC Rate (2/6 ADLs)



3.1.3 重疾型护理险 / 护理型重疾责任

重疾险的保障病种全面，其定额给付功能，可以特化为对于护理风险的保障，这种保障既可以作为重疾的单项责任实现，也可以单独开发为长期护理保险实现。

对于重疾险来说，由于重疾险持有保额较低、在未来可能由于健康状况恶化加保难度大，再考虑医疗通胀，很难想象件均10万的保额如何覆盖病后护理费用或者几十年后的老年护理风险。但是现阶段为护理风险提供保障的市场供给又很有限，惠民保或百万医疗不能承担这部分责任，长期护理保险尚不成熟，养老储蓄和政策性护理又难当此任。

因此，为了突出重疾险对护理类风险保障功能，可以开发护理型重疾额外赔付责任。这不仅能充分利用保险杠杆效率来弥补重疾保额不足的痛点、突出在护理风险保障方面的功能，更能在符合社会需求方面突出重疾险的不可替代性。

对于护理险来说，借助重疾拟合护理需求对于销售、定价和理赔的友好度都能大幅提高，这也是“中国特色”的护理险发展道路。首先除了严重意外，护理状态的到达都有一个先患病再治疗再到病后护理的过程，因此由疾病作为护理状态的拟合符合医学常识。另外，我国健康险市场以重疾作为绝对主力，代理人和客户对重疾更熟稔，以重疾的概念开启话题，引出疾病治疗后的护理费用空缺，比直接讲失能失智更合理；同时还能与重疾险的功能进行区格，将护理险呈现为重疾后的更精细化保障，作为重疾的加保项进行推广。并且，这使定价和理赔的处理难度也大幅降低。这样与重疾一脉相承、高度关联的长护险，可称作是“重疾型护理险”。

无论是开发为护理型重疾责任还是一款重疾险护理保险，实质都是重疾责任的功能化，都以高杠杆为客户补足了中老年护理风险的保障。

3.2 收入损失补偿

15万保额的补偿作用捉襟见肘

上世纪的独生子女政策形成了现阶段比较普遍的“4+2+1”的家庭结构，年轻人都背负了各种还贷压力、日常消费压力、父母养老压力和未来自身的养老压力，年轻的家庭经济支柱压力巨大。因此，年轻人需要担心的不仅仅是疾病治疗的费用从哪来，更需要关注如果疾病治疗的周期很长导致长时间的收入中断，谁来养家？

但是重疾产品杠杆较低，件均保额也较低，2014-2018年25-50岁投保的重疾险件均保额在6万-15万左右，这样保额水平能填补的收入损失空缺非常不足。重疾险能否深耕对工作阶段失能风险的研究，以高杠杆的设计，为年轻人提供收入损失的风险保障？让年轻人实现就算因为疾病长期不能工作，经济状况依然健康的效果。这种收入损失补偿的功能非常符合年轻工薪阶层的需求、同时也是医疗险不具备的。

3.3 年轻段收入损失补偿 + 中老年康复护理

生命周期的保障加强，重疾险真正的“价值洼地”

对于追求保障更全面的客户，可以将年轻段的收入损失补偿与中老年的康复护理保障拼接，从经济实惠角度设计为收入损失保障在60岁前有效；护理型重疾的保障在61岁退休之后至终身生效。

以上的设计就是结合现阶段的社会环境，对重疾险的功能进行改造，使其能满足不同生命周期最核心的保障需求，让客户把“钱花在刀刃上”，也充分体现重疾险不可替代的功能。

3.4 轻症责任

非刚性的需求，就由客户自己来选择

轻症责任起源于南非市场。作为重大疾病保险的起源地，南非市场的重疾险有着自己独特的市场定位。由于南非保险监管机构对于医疗险的经办设定了严格的限制，因此使得一些保险公司退出了医疗险市场，用重疾险替代医疗险。但由于重疾险一次性定额给付的特性和医疗险随治疗进程多次给付的特性存在差异，南非市场的精算师们通过分级给付（staged benefits）的方式尽量将重疾险的赔付特征向医疗险趋近，进而出现了对于同一疾病的不同阶段和不同严重程度给付不同保额的设计。

但在目前的中国保险市场，保险公司对于医疗险和重疾险并不是择一销售，而是搭配销售，两者的关系相比于南非市场更加复杂和微妙。既不能让医疗险替代重疾险，也不能否认医疗险在中国市场的普及度，因此要实现医疗险和重疾险互相加强的效果。在这种方法论下，由于轻症是针对重疾病种更早期和轻度的状态进行赔付，这些病种的预后较好，除治疗费用外对于被保险人的其他影响较小，因此轻症责任的功能貌似已被医疗险产品取代。

在百万医疗险和惠民保普及的环境下，轻症责任或许不必要作为必选责任占据成本和关注点，但是一定也有客户认同轻症的意义，毕竟这也因人而异。那么，是否可以将轻症作为可选责任，由客户在需要时自行选择？这样的设计既可以让代理人与客户专注于重疾最核心的功能价值，也能满足产品竞争与个性化需求，当然也为重疾的核心责任匀出了价格空间，让客户“把钱花在刀刃上”。

3.5 消费型 or 返还型？

重疾险是否要做成消费型产品？这一问题行业也有过讨论。事实上，这一问题最关键的核​​心是战略问题，需要考虑渠道、客户与股东的利益平衡。

首先对于重疾自身而言，带返还功能不是原罪。重疾难以应对环境变化的原因是它具备的不可替代的功能并没有传递给代理人与客户，而不是因为带有返还功能。从客户角度来看，是否需要返本则因人而异。纯消费型产品固然价格优势明显，但也并非所有客户都能接受保费“打水漂”，也会有不少客户看重返还功能。从保险公司角度来看，将重疾保障和储蓄元素捆绑，可以有效提升重疾险的件均保费规模和内含价值贡献。

如果保险公司对于重疾险的定位发生变化，意识到在外部环境变化和竞争压力加剧之下未来难以维持既往的利润水平，重疾险也可以与身故解绑，将身故给付保额可以变成可选责任。但是如果代理人的激励也跟随件均保费显著降低，势必会导致效果不及预期，如果保费降低但佣金仍高，则实际是对重疾盈利性的第二重削弱。

4、产品设计之外

重疾险的改造，不仅需要调整产品设计，还需要渠道、核保核赔、服务和运营等多方配合。

4.1 渠道

冰冻三尺非一日之寒，调整粗放的发展模式固然困难，但也不得不变革，重疾险的变革本身就是对渠道与代理人的洗牌。环境的变化与竞争冲击不会迁就“代理人掌握不了”、“培训难度大”等老生常谈的

论调，如果不能提升能力以应对时代的变化，那自然将被时代淘汰。

十年前在重疾险代理人培训中能听到很多重疾险销售理念相关的素材，但是后来随着重疾险的普及和竞争的加剧，重疾险的销售培训越来越关注责任和价格的高低优劣。我们认为环境的变化可能需要我们对于重疾险的销售理念进行重构，并且像十年前那样把这些理念在代理人间进行大范围的普及和宣导。渠道必须要加强有针对性且有效的培训以适应重疾险的功能化发展，否则短期内只能依靠低价值、销售难度低的产品“饮鸩止渴”，长期将形成恶性循环，难以为继。

4.2 核保核赔、服务与运营

重疾险的投保门槛相对固定，但是在诊断越来越提前的趋势下，健康告知项目或许可以基于医学研究、结合理赔实务进行细化，避免不合理的“一刀切”。科学合理地放宽投保门槛，对于代理人和客户都更加友好。

提升代理人、保险公司的服务水平，提高数字化运营水平，在细节上提升客户体验感。这也是在行业竞争加剧的环境下，自身竞争力的提升空间。

5、结语

科学的发展道路决定于阶段性特征，在依靠流量就可以增长的时代，粗放的发展模式更容易带来增长。但是下一个阶段已经到来，既往的发展模式并不能适应外部环境和内部竞争的变化。行业需要在摸索中前进，对于重疾险来说，收入损失补偿与长期护理的功能化方向代表了现阶段的社会需求，更是正向的保险价值观，在现阶段更可以是重疾险的专属“价值洼地”，值得行业在变革中尝试。

作者介绍



孙啸辰 中再寿险产品开发部产品开发处

职业领域：重点业务的技术研究与推广，深度参与多次行业项目，客户培训、北美精算师协会 Long-term Care Session 主讲人

邮箱：sunxiaochen@chinarelife.cn

微信：15189664309



专题三

重疾险额外给付的“额外”思考

中再寿险产品开发部 · 郭炜钦、王斯佳

1、产品结构升级下的隐忧

在重疾险产品功能化、模块化发展的大势下，除了提升“重疾 + 中症 + 轻症”的保障水准，特定疾病额外给付责任作为重疾险产品结构中的“X”项，是各大险企差异化竞争的着力点之一。本文所描述的额外给付责任或特疾责任是一个“窄概念”，特指部分特定重疾在首次触发时给付一定比例的额外保额，与轻中症、多次给付等在疾病、时间维度上拓展的责任无关。

从产品设计角度看，对于特疾责任，险企通常缺少合适的切入点，选择病种时少有合理的规划或理由，使得特疾责任发挥了其他作用：比如演变成一个在价格竞争中解释费率差异的“工具责任”、借用高杠杆进行营销宣传等等。这些“延伸功能”虽然可以解决特定营销环境，但与额外给付的初心背道而驰。

从产品定价角度看，特定疾病的额外给付通常直接依据公司重疾险经验中的单病种发生率制定，但需要注意的是，重疾险的经验是对于一系列疾病捆绑、混杂之后的结果，其中体现的单病种或组合病种发生率，

可能因为理赔记录、分析方法的不同而与真实世界发生率产生差异。

额外给付责任因其形式简单和营销门槛低，理应成为优化重疾险产品结构、进行功能化设计的第一步尝试，在新一代重疾产品开发中，可以在额外给付金额、特定病种的选择上多加打磨，本文即通过市场、产品、数据分析，对额外给付责任的开发形成一套较为全面的方法论。

2、责任设计：提供“额外”理由

疾病获得额外的保额给付，必然存在一个站得住脚的、与普通重疾存在差异化的理由，根据目前市面上主要存在的额外给付责任来看，可以分为以下两大类：

2.1 根据疾病的保险特征选择病种

此处所指的保险特征，包括疾病的发生率、治疗费用、康复护理费用等保险产品定价中常见的考量因素。

2.1.1 强调疾病高发

该情景下，客户对于额外保障更具有感知度，更易得到高额赔付，但逻辑上有缺陷：

- (1) 核保：额外部分的风险保额无法忽略，特别是选择在主力投保年龄高发的重疾作为额外给付时，风险保额系数会更高，在最大可购买保额不变的情况下影响客户的基本保障利益；
- (2) 定价：保障杠杆提升有限，如果特疾发生率接近全重疾，则客户不如直接加保，获取更全面的保障。

在产品定价时，通常会细化到某一个年龄、性别甚至地区高发：

- 少儿段：通常会选取白血病、癫痫、哮喘、重症手足口病等少儿高发疾病，几乎是针对少儿重疾产品的标配
- 成人段：因为是成人段是购买重疾的主力年龄段，从性别角度区分额外给付理由更体现了针对性，如男性特疾常选择肺、肝、胃癌，女性常选择乳腺、宫颈癌等女性两癌作为额外给付疾病
- 老年段：常见老年病有脑中风、阿尔茨海默病、帕金森病
- 粤港澳：因为政策因素而出现的粤港澳大湾区特疾责任，常选取鼻咽癌、结直肠癌等疾病，本质还是以“高发”作为主要给付理由

2.1.2 挑选低发疾病，强调额外保额

对于这类疾病通常包装为“罕见病”进行额外给付，客户感知度低，但是价格较为便宜，对客户购买决策几乎没有影响，还可以通过拔高“最高保额”进行宣传。

2.1.3 强调疾病所需的治疗 / 护理费用高

选取的疾病可能高发或低发，但更强调疾病的严重状态以及病后的治疗 / 护理需求旺盛，以此作为额外给付保额的理由。一般客户常常会以治疗费用的高低来评判疾病的严重程度，重疾中存在很多一次性治疗 / 康复费用极高，或需要长期甚至终身治疗 / 护理的疾病，所以很多主打“高费用”重疾应运而生，这时候额外给付责任就暂时脱离重疾“收入补偿”功能的属性，更强调“治疗 / 护理费用补偿”的功能。但需要注意的是，产品设计过于强调疾病费用会使得重疾险和医疗险产生竞争替代关系。

2.2 根据疾病的医学特征选择病种

2.2.1 疾病原因

疾病原因包含了疾病的直接致病原因，也包含了疾病的危险因素：

(1) 致病原因相同（疾病种类相近）：如以心脑血管疾病为给付理由，因为心梗、中风等都属于血管性病变，具有较强的相关性，且客户认知到位；

(2) 危险因素相同：如从不良生活习惯出发，将现代人因缺乏运动、吸烟、熬夜等危险因素导致的肝肾衰竭、糖尿病、冠心病等疾病聚合为“现代病”，在宣传上以疾病年轻化、严重化作为额外给付的理由。

2.2.2 疾病预后

以某一种预后状态作为给付理由，不限于某种疾病原因。如将疾病发生后将进入后遗症状态或器官衰竭状态的归纳为一类，这些状态可能都需要进行预后管理，如康复训练或是长期护理。此外，预后较差的疾病会导致被保险人丧失工作能力，对于患病后的收入造成较大损失，这类责任可以突出收入损失补偿的功能。

2.2.3 治疗方式

以某种重大的治疗方式需要额外花费作为给付理由，如冠脉搭桥术、器官移植术、心脏瓣膜术、主动脉手术、开颅手术等，这些手术在重疾的定义中都属于较严重的情况，涉及到切开心包、开颅、开胸等外科处理，对身体损伤较大、恢复期较长，给付更多的保额更合理。

2.3 行业龙头公司的额外责任设计

下表总结了主要保险公司主力重疾中的额外给付特疾设计。可以看到少儿特疾是各大险企达成的最大共识，且选取的疾病大同小异，究其原因，少儿段被保险人通常在营销上是独立于成人被保险人的，也就需要有区别于成人产品的差异化责任，少儿特疾额外给付责任就是较为直接和简单的一种，少儿高发的特疾范围也比较固定。此外，失能型特疾、高费用特疾、意外类重疾等功能性较强的特疾责任也在今年的各产品升级中得到运用。

| 保险公司 | 产品名称 | 特疾责任 | 病种选取 |
|------|-------|-----------------|-----------------------------------|
| 国寿 | 国寿福 | 失能型特疾：70岁前额外50% | 多肢缺失、慢性肝衰、脑损伤等6种/15种可造成器官功能性损伤的疾病 |
| | | 心脑血管类特疾：终身额外50% | 心梗、脑中风 |
| | 少儿国寿福 | 少儿特疾：终身额外100% | 白血病、智力障碍、重症手足口病等15种少儿阶段高发特疾 |
| 平安 | 少儿平安福 | 少儿特疾：终身额外100% | 白血病、严重癫痫、重症手足口病等15种少儿阶段高发特疾 |

| 保险公司 | 产品名称 | 特疾责任 | 病种选取 |
|------|----------|-------------------|---|
| 太保 | 金典人生 | 成人特疾：终身额外 100% | 冠心病、植物人、克罗恩等 20 种成人感知度较高的疾病 |
| | 少儿金典人生 | 少儿特疾：18 岁前额外 100% | 白血病、严重癫痫、重症手足口病等 20 种少儿阶段高发特疾 |
| 新华 | 健康无忧 C6 | 意外类特疾：60 岁前 50% | 多肢缺失、脑损伤、植物人、失明、失聪等 15 种主要由意外造成的疾病 |
| | | 少儿特疾：18 岁前 100% | 白血病、严重癫痫、重症手足口病等 15 种少儿阶段高发疾病 |
| 太平 | 福禄 20 | 高费用特疾：60 岁前额外 20% | 白血病、淋巴瘤、器官移植等 12 种治疗费用高企的疾病 |
| | | 少儿特疾：18 岁前额外 20% | 白血病、川崎病、重症手足口病等 10 种少儿阶段高发疾病 |
| | | 男性特疾：18 岁后额外 20% | 前列腺癌、肾癌、胰腺癌、肝衰竭等 10 种具有男性特征或男性高发的疾病 |
| | | 女性特疾：18 岁后额外 20% | 乳腺癌、宫颈癌、狼疮性肾炎、再障性贫血等 10 种具有女性特征或女性高发的疾病 |
| 人保 | 人保福 2021 | 现代病：75 岁前额外 30% | 白血病、慢性肾衰、慢性肝衰、I 型糖尿病等 10 种当代高发的疾病 |
| | 少儿无忧人生 | 少儿特疾：终身额外 100% | 白血病、严重癫痫、重症手足口病等 22 种少儿阶段高发疾病 |

3、定价考量：识别“额外”风险

3.1 额外给付责任成本的低估

正是由于不同额外给付责任的定位，在对疾病的拆分与重组的过程，特定疾病的风险特征与整体重疾将出现差异，若以重疾风险池子为基础筛选出特定疾病进行发生率计算，将会存在低估。额外给付特定疾病的发生率，易受客户的投保及理赔决策的影响，主要体现在以下三点：

3.1.1 身故遮挡：业内熟悉的 K 值是混合病种的而不是单病种的

在“终身寿险+提前给付重疾”的产品中，重疾保额通常等于或低于身故保额，如果当年发生重疾后身故，

客户可选择任一原因申请理赔，将造成重疾案件被身故案件遮挡。提前给付重疾的形态在 2014-2018 年占据了 80% 以上的新单体量，这是保险公司获取重疾经验的重要来源，如果仅从额外给付或独立给付的重疾形态获取经验，则无上述忧虑，但面临着赔付量少、信度不足的问题。

对于身故遮挡，业内主要靠 K 值解决，新行业表披露的 K 值主要解决了重度癌症、6 种行业重疾、28 种行业重疾的身故遮挡问题。但当细化到个别重疾时，K 值仍难以对各种不同的组合情况进行解释。

3.1.2 相关重疾遮挡：复杂但又不可忽视

与身故遮挡效应类似，在重疾产品中，某一种或某一类重疾的赔付会被其他疾病遮挡，较为典型的例子是开颅手术，如果未定义具体病因，脑中风、脑癌、良性脑肿瘤、脑损伤等重疾都可能同时进行开颅手术，理赔上既可以使用病因确诊，也可以使用手术确诊，这取决于哪一种方式获得的保额利益更高。因此在控制其他变量，是否额外给付将对部分单病种的发生率影响巨大。参考身故遮挡的处理，对于不同的重疾组合，也应该有相应的 K 值对合并症 / 并发症的部分进行解释。

3.1.3 逆选择：难以从客观角度量化

市场缺少单病种产品供给，如果客户带有某种既往症，更可能会选择对应既往症的额外给付产品，造成特定疾病保额越高，发生率越高的情况。对于带病人群来说，含有额外给付责任的重疾，就等同于购买一份保额较高的单病种产品，同时需要为其他保额较低的、非危险的重疾付出保费代价。保费代价相对越高、发病风险相对越低，就越可以控制逆选择效应，因此，逆选择的影响与销售策略以及产品设计高度相关。

3.2 身故遮挡：细化旧 K 值

死亡赔案中因重疾死亡的比例被定义为 K 值，K 值在提前给付重疾中的应用非常广泛，但若是针对部分特定疾病来说，K 值对于额外给付责任的定价仍存在一定的局限：

(1) 数据来源太集中。重疾行业表项目所提供 K 值的分析基础是重疾后保单不终止的产品，分子是因重疾死亡的赔案数，分母是死亡赔案数，也就是说，K 值是基于身故赔案的——身故发生率的绝对值水平相对较高，如果一个病种发生率本身就低，则它在 K 值中的影响几乎可以忽略不计。但转换主客关系来看，身故发生率对该疾病的影响可能是巨大的，在选定该疾病进行分析时，K 值不能完全体现某一个或某一组特疾的影响。

(2) 计算口径不一致。由于各家公司的理赔指引、客户的理赔意识存在差异，对于重疾当年即身故的被保人，是选择完全按身故理赔，还是选择先理赔重疾后理赔身故，对 K 值经验将会产生影响。这对于探究独立给付的重疾发生率影响不大，因为“独立给付重疾赔案 = 提前给付重疾赔案 + 因重疾死亡赔案”，提前给付重疾和因重疾死亡是此消彼长的关系；但正因为存在此消彼长的关系，因此若以“公司的提前给付重疾经验 + 行业的 K 值”将难以反映完整的额外给付特疾的发生率。

(3) 存在记录上的折损。身故赔案在记录时，不一定体现了全部的死亡原因信息，而且死亡原因的记录无需对标重疾确诊标准，会造成统计数据与真实世界数据的差异。

因此，行业表中 K 值的思路不足以支持特定病种发生率的计算精度，我们应该以新的视角——单一疾病的视角，去解决额外给付发生率的问题。一种解决方案是通过单病种的生存率去替代 K 值的应用，即：提前给付重疾发生率 = $i(\text{独立重疾发生率}) - K(\text{重疾死亡比}) \times q(\text{独立身故发生率}) = K^S(\text{重疾生存率}) \times i(\text{独立重疾发生率})$ 。如前文所述，重疾发生率经验主要的来源是提前给付重疾产品，所以：特疾发生率 = 提前给付产品观察到的特疾发生率 / 特疾生存率 K^S 。下图分别是区分性别和病种的 1 年生存率，不

同病种的情况差异巨大，女性的重度癌症较男性高出许多，主要是女性两癌（乳腺癌、宫颈癌）生存率较高，占比较大。

图1 重疾1年期生存率（男性）

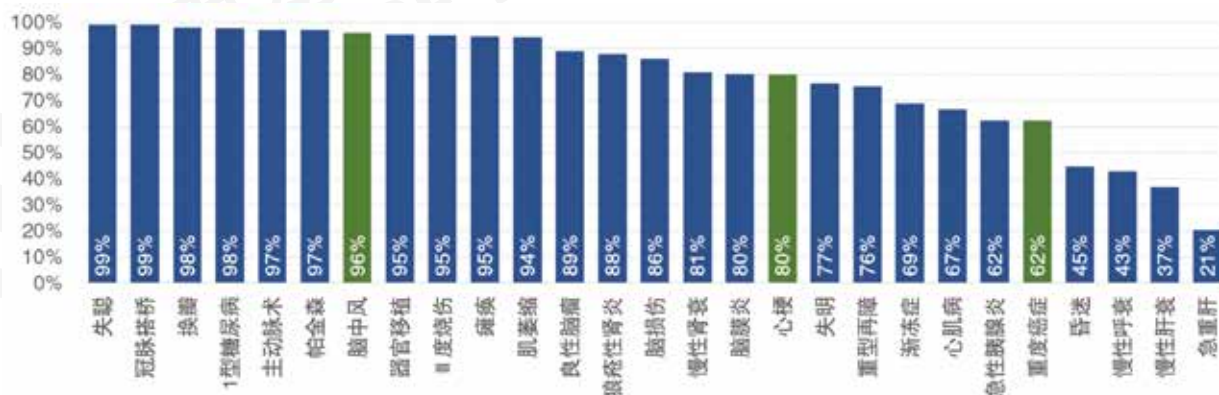
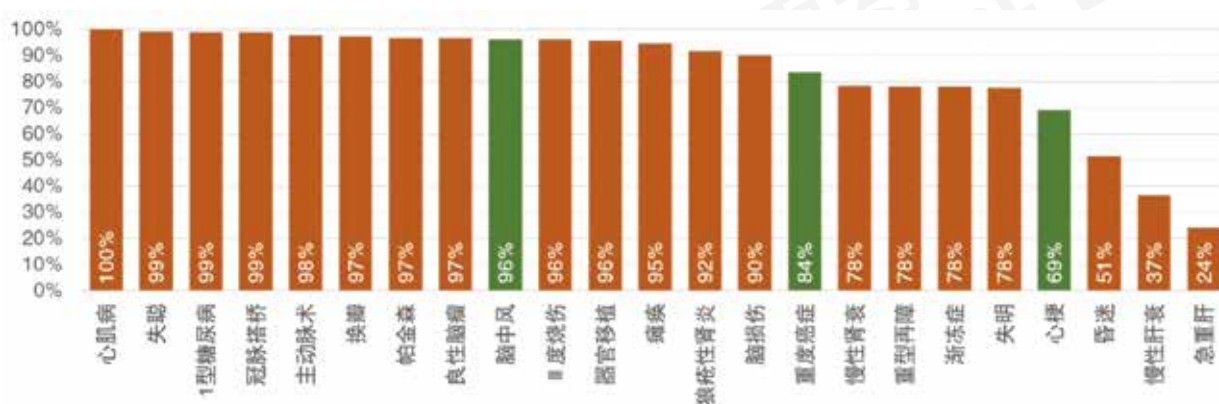


图2 重疾1年期生存率（女性）



注：数据来源于中再寿险，不同病种数据体量存在差异，可能存在波动性。

3.3 重疾遮挡：挖掘新K值

造成单病种发生率被相关疾病遮挡的原因主要有分析方法和医疗实践的局限：

(1) 分析方法：在经验分析中，除了部分有能力的保险公司可能对“冠心病-冠脉搭桥术”、“癌症-器官移植术”等少数组合进行单独的合并症分析，往往不会将一个赔案归纳出多个病因，这主要是由于提前拟定的病种识别顺序，例如一件合并癌症和心梗的赔案首先被识别为癌症，则只有癌症的发生率没有被遮挡，心梗发生率则有一定缺失，被遮挡的重疾很大程度上会被忽视。

(2) 医疗实践：疾病的诊断本身就存在“合并症”、“并发症”的问题。这包含两种情况，一是某些疾病与研究疾病对象没什么显著相关性，但因为该病种的发生率较高，“天然”就会出现更多的“合并症”情况，如癌症在不同的重疾中都是一个较为主要的合并症；二是疾病间有进展关系或相关性，其发生率绝对值可能较低，但对相关性高的疾病影响仍然很大。

下文我们借助中再寿险的数据资源，对主要重疾计算其合并症的比例，即制定以重疾为基础的“新K值”，主要有癌症、心脑血管重疾及作为治疗方式的手术类重疾。K值在此处代表的是一种较广泛的意义，指代

疾病发生率合并、重叠的部分，为了区别“因重疾身故”使用的K，我们用K'进行替代；K'是具有方向的，也就是说虽然K'指代的内容（分子）是一致的，但根据不同的计算基础（分母）会呈现出不同的数值。我们无意为K'新增含义，只是想借用这一行业熟知的概念，更好地表达重疾遮挡的意义。

3.3.1 恶性肿瘤——重度

在重度恶性肿瘤（不含肝癌）中，约有4.5%的新发案件会合并记录其他重疾，冠心病（含心梗）是其中最主要的，其次是脑中风后遗症以及良性脑瘤（新定义为“严重非恶性颅内肿瘤”，包含了“动态未定性肿瘤”，所以与恶性肿瘤存在一定的合并诊断情况）。从一项肿瘤心血管病的统计数据来看，总共有5%的癌症患者患有心血管病，患病率最高的心血管病是脑卒中（2.7%）、冠心病（1.7%）和心力衰竭（0.6%）。因为脑卒中在重疾定义中需满足相应后遗症，所以在以下的数据体现中占比较冠心病更低。

图3 重度恶性肿瘤合并重疾比例K'及分布（男性）

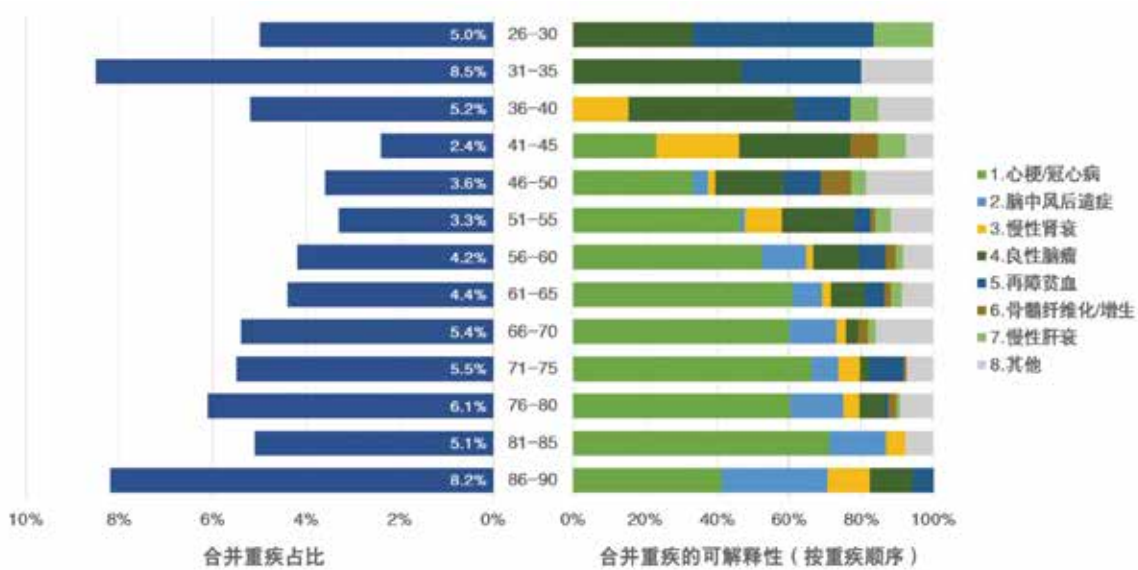
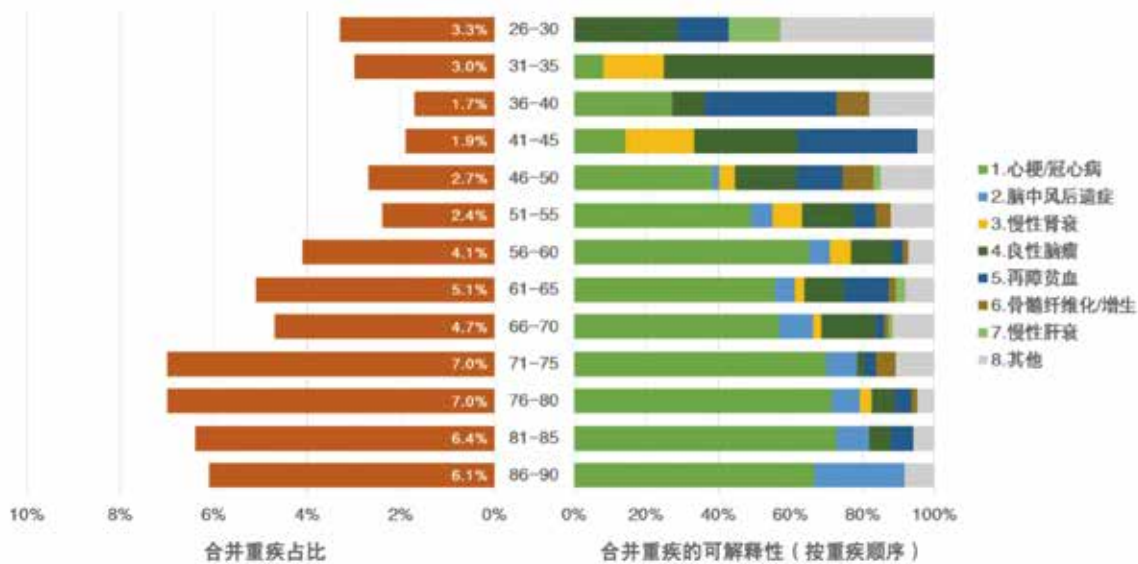


图4 重度恶性肿瘤合并重疾比例K'及分布（女性）



注：数据来源于中再寿险具有较完整诊断结果的医疗数据；“合并重疾占比”指所有重度癌症赔案中，当年内记录有其他重疾诊断的比例；“合并重疾的可解释性”指其他重疾诊断具体由哪些组成，本质表达的是癌症 4.5% 的合并占比可由哪些重疾组合进行“解释”，该“可解释性”与分析重疾的顺序有关，例如，有 100 个赔案同时诊断为癌症和其他重疾，30 个赔案是癌症与心梗，20 个赔案是癌症与中风，其中又有 5 个同时包含了癌症、心梗、中风三个诊断，所以按图中顺序将会使“其他重疾”体现为 30 个赔案合并心梗，15 个赔案合并中风（=20-5）。后文不再赘述。

考虑到市面上几乎没有以“恶性肿瘤——重度”整体作为额外给付责任的产品，所以需要重点关注分部位癌症的合并症情况，挑选四种男女常见的癌症特疾进行分析。肺癌、乳腺癌合并冠心病的比例显著高于其他疾病，宫颈癌中有 8.7% 与子宫部位的癌症具有合并诊断，故在特疾选择中应尽量同时搭配子宫癌和宫颈癌，否则需要在定价中予以充足考虑。

图 5 肺癌、肝癌合并不同重疾的比例 K' (男左女右)



图 6 乳腺癌、宫颈癌合并不同重疾的比例 K' (仅女性)



3.3.2 较重急性心肌梗死

急性心肌梗死合并其他重疾的比例极高，如下图所示，男性在 36 岁开始就已经达到了 30%，女性在 66 岁左右也接近 30%，绝大多数（90%）都是来源于“严重冠心病”，合并症比例在性别上的不同趋势也和冠心病的发生率趋势贴合。急性心梗是严重冠心病的亚型，是狭窄的冠状动脉突然完全闭塞导致心肌细胞缺血坏死，但急性心梗合并冠心病的比例仅为 30% 左右而没有达到更高比例，可能原因有：

- 在重疾定义上，严重冠心病要求多支血管的堵塞程度达到 60%（对于不同血管和具体程度有细节

规定)，而急性心梗只要求其中一支血管完全闭塞，更重视堵塞程度而非血管个数，且心梗引起心肌坏死后的状态指标

· 严重冠心病通常是指冠脉狭窄的慢性状态，而急性心梗更强调冠脉病变的急性发作，因而 30% 左右的合并比例代表的是患者在心梗急性发作的当年，也通过冠脉造影检查确诊过严重冠心病

图 7 急性心肌梗死合并重疾比例 K' 及分布（男性）

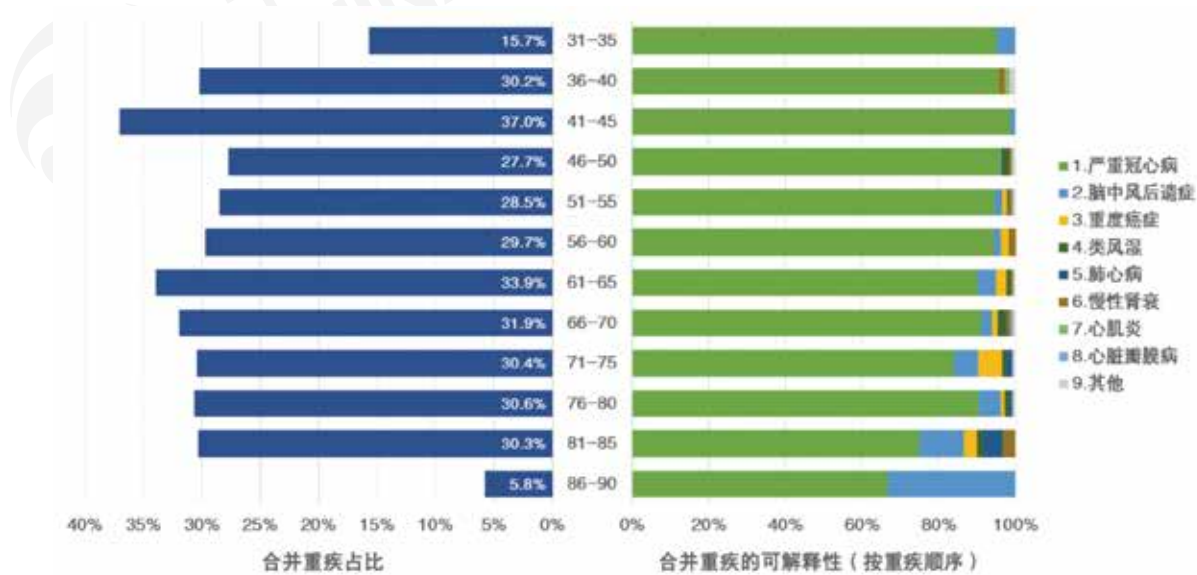
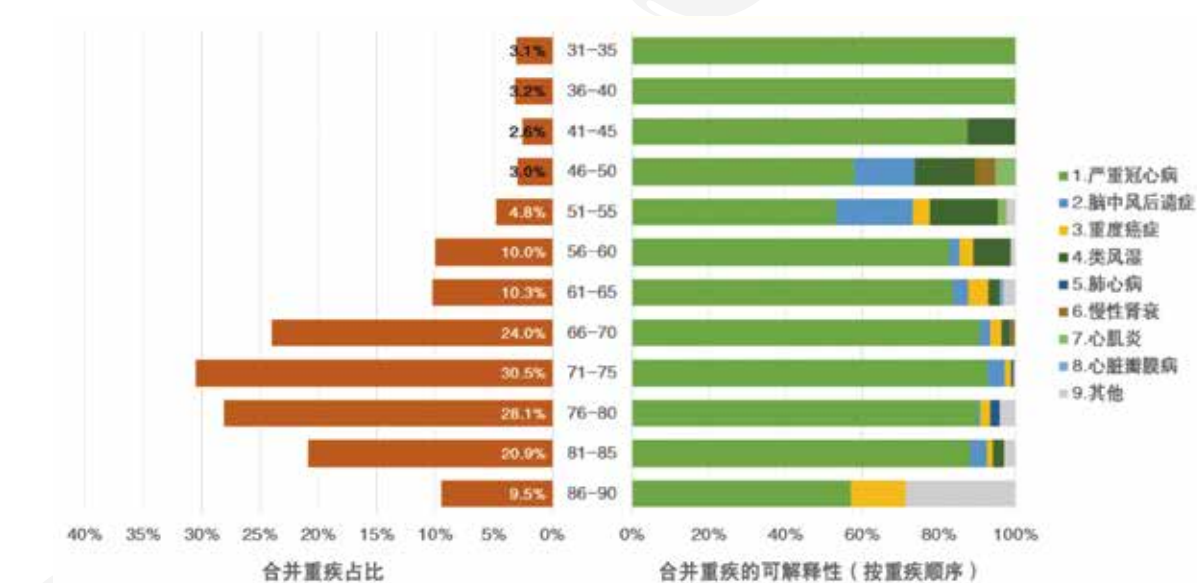


图 8 急性心肌梗死合并重疾比例 K' 及分布（女性）



因为心梗和冠心病的特殊关系，对严重冠心病进行剔除。以心梗为基础的 K' 则降为 2.75%，其中影响最大的为脑中中风后遗症，解释了其中 43% 的合并症组成，其次占比较高的合并重疾是重度癌症、类风湿关节炎等疾病；心脑血管疾病之间具有较强的相关性，心梗所引发的心肌缺血缺氧，从而造成了房颤、心衰，也是心源性脑中风发病的主要原因。

图 9 急性心肌梗死合并重疾比例 K' 及分布（男性，不含严重冠心病）

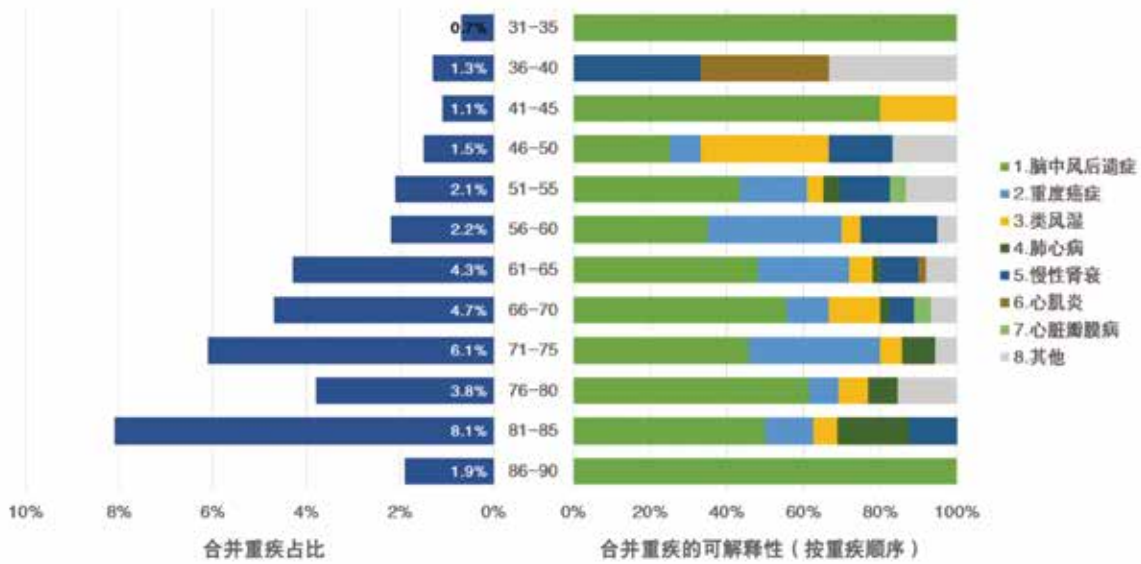
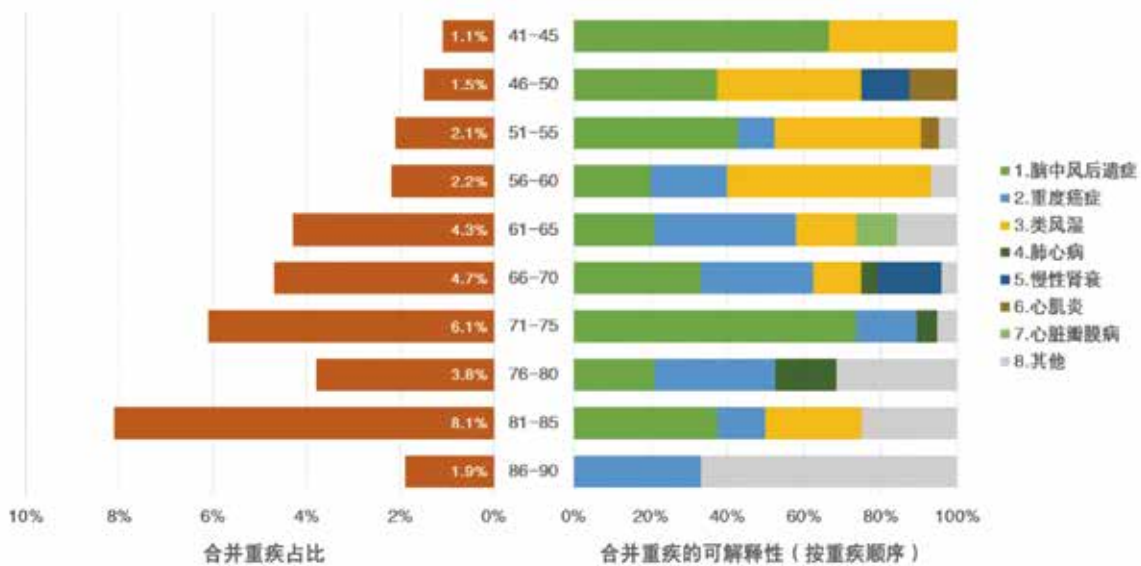


图 10 急性心肌梗死合并重疾比例 K' 及分布（女性，不含严重冠心病）



3.3.3 严重脑中风后遗症

脑中风后遗症主要合并重疾主要是心血管疾病、状态类疾病（如瘫痪）、癌症，总体有 8% 的赔案合并确诊了另一种重疾。心血管疾病主要在慢性或急性进程中会成为脑中风发病的原因或与其具有相同的病因，发病后常以并发脑中风作为结局。而状态类疾病，主要是在预后状态与脑中风后遗症的要求一致，如瘫痪要求两肢的肌力处于 2 级及以下，脑中风后遗症要求一肢肌力处于 2 级及以下，瘫痪的赔案都可以满足脑中风对于后遗症的要求，因此状态类疾病和脑中风后遗症更多的是合并症的关系。

所以在选择脑中风后遗症作为额外给付时，发生率成本既要考虑病因相同的相关性，也要考虑后遗症

状态相同的相关性。

图 11 脑中风后遗症合并重疾比例 K' 及分布（男性）

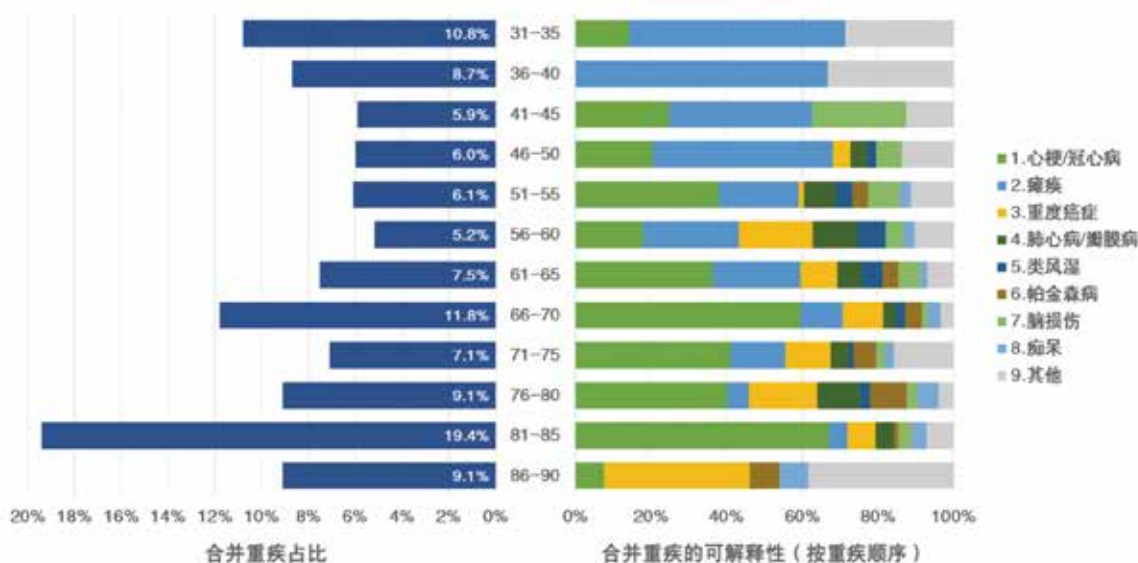
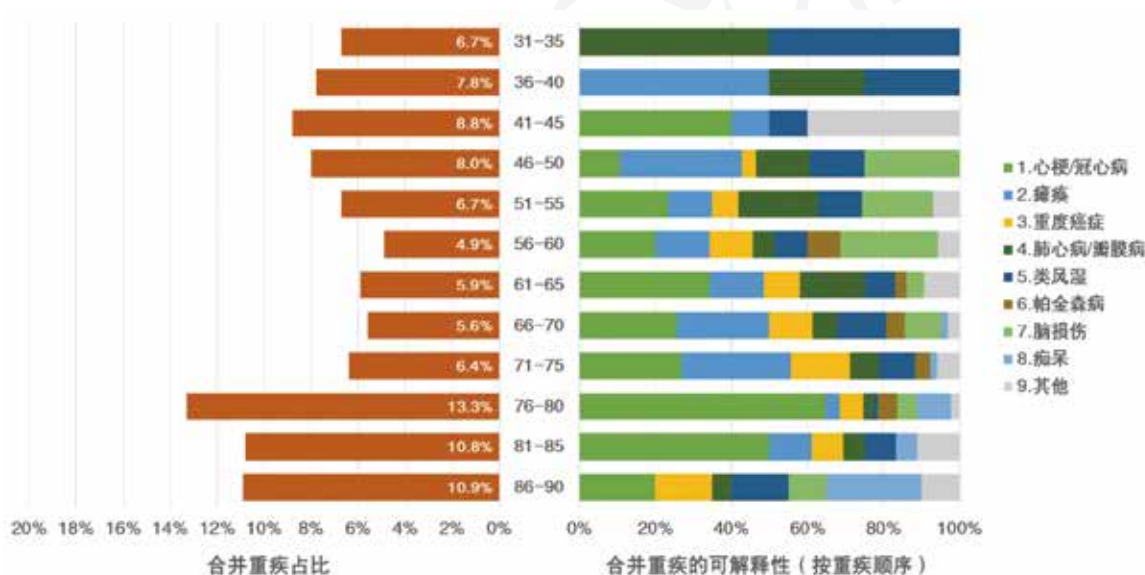


图 12 脑中风后遗症合并重疾比例 K' 及分布（女性）



3.3.4 手术类重疾

手术类重疾通常是其他重疾的治疗方式，在医疗进程上可能比确诊（譬如恶性肿瘤）更加滞后，因此在理赔顺序上完全有可能被其他重疾所遮挡，故单独进行 K' 的分析。

（1）开颅手术——脑癌、良性脑瘤、脑损伤、脑中风

开颅手术（或颅脑手术）一般在疾病定义中不会定义疾病原因（有部分在定义时除外因外伤导致的开颅手术），因此与脑相关的大部分重疾都与开颅手术有合并发生的情况。开颅手术的主要原因有脑恶性肿瘤、

脑良性肿瘤、脑损伤、脑中风以及其他脑部血管问题，下图是开颅手术的原因占比，良性脑肿瘤（包含动态未定肿瘤）是开颅最大的原因来源，占比超过 30%。若将开颅手术单列为单独的特疾，至少需要考虑增加来源于以上四种重疾的发生率。

图 13 开颅手术原因占比（合并重疾比例 K'）



注：其他指颅内血管性病变、血肿清除、脑垂体瘤、脑动脉瘤等需要做开颅手术的情况。

（2）冠脉搭桥手术——急性心梗、严重冠心病

对于冠脉血管疾病，若只有单支血管狭窄或较轻冠心病情况，则一般更推荐进行冠脉介入术治疗；若是左主干或 3 支血管（左前降支、左回旋支、右冠状动脉）狭窄（50% 以上），则更推荐冠脉搭桥术。冠脉搭桥术虽为冠心病治疗的最后手段，但其手术原因不完全与重疾中定义的急性心梗和严重冠心病匹配，从下图可以看出，单从诊断的角度来看，冠脉搭桥的原因仍然有 13%-15% 左右的概率由其他冠心病遮挡。

图 14 冠脉搭桥手术原因占比（合并重疾比例 K'）



（3）重大器官移植术——肾衰、肝衰、心衰、呼衰、癌症、小肠病变

进行器官移植通常基于肾脏、肝脏、心脏、肺脏器官功能衰竭等情况，因此重大器官移植术与严重慢性肾衰竭（肾衰）、急性重症肝炎（肝衰）、严重慢性呼吸衰竭（肺脏）、心肌病（心衰）等重疾具有相关性。同理，若单独承保，需要与对应原因的重疾合并考虑，此处不再赘述。

3.4 逆选择效应

观察额外给付责任的逆选择效应，可以基于两个角度：

（1）销售端：降低投保“代价”

从个体视角看，如果被保人是次标体或带病体，则客户会倾向于买到更多保额，同时在有限的规则下

付出更少“代价”，包括进行体检、交纳保费等。对于次标体来说，传统重疾的基本保额会被免体检保额所限制，但额外给付特疾的总保额可突破免体检保额，同时额外给付重疾的杠杆更高，相对交纳的保费更低。

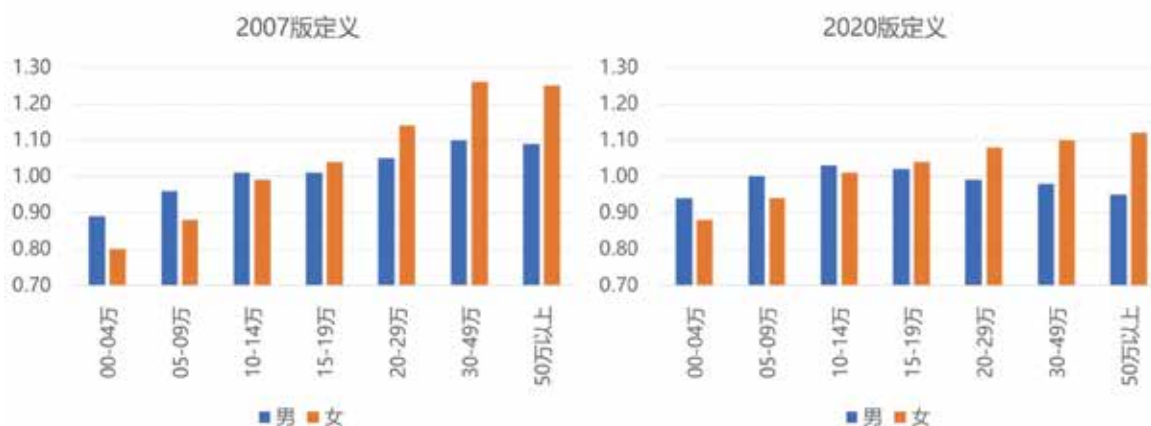
因此，切换到产品总体视角，保额越高的特疾责任可吸引更多有该疾病危险因素的逆选择人群投保，这符合精算人员的直观认知。

（2）理赔端：优化理赔“策略”

逆选择除了体现在销售时的倾向性，还体现在理赔选择的倾向性。以治疗手段的选择为例，若患者罹患冠心病，同时符合冠脉介入手术（轻症）的适应症，但如果按冠脉搭桥确诊的话可以得到额外保险金给付，则客户更愿意选择冠脉搭桥手术作为下一步治疗方案，同时，冠脉介入的手术耗材——心脏支架的带量采购在一定程度上也降低了医生进行冠脉介入手术的意愿，在患者的要求下，医生可能会遵其意愿实施此类不合理或过度的治疗，从而引发保险赔付的逆选择。

逆选择效应的量化与险企的产品定位、销售模式、理赔指引和通融程度等主观行为息息相关，故难以从客观角度进行量化。但需要关注到的是，有一些实际治疗费用低、预后较好的疾病自带逆选择风险，选择额外给付疾病时需要避雷。以旧定义下的“甲癌”举例，下图展示的是不同保额下重疾发生率相对变化情况：旧定义下，随着保额增长，发生率增长的幅度比新定义下更大，可以判断该差异主要是由甲癌I期带来的，甲癌I期发生率极高，且治疗费用较低，远低于重疾保额，所以具有甲癌风险的次标体通常会购买更高的风险保额，以获得额外利益，使甲癌成为逆选择的“重灾区”。

图 15 分保额下重疾发生率的相对水平



注：数据来源于中国人身保险业重大疾病经验发生率表（2020）编制报告

4、方法总结：额外给付责任的设计和定价

4.1 从疾病的功能定位入手

对于额外给付责任，应凸显其针对性和功能性，让代理人有更多话术去触及客户的需求痛点。需要澄清的是，额外给付特疾不应只以高发作为给付理由，而更应强调保障效率，当前就有让客户比较难受的一个点就是，保障的病种确实很全面了，但是买一般水平的保额就需要很多钱，杠杆很低。在额外给付重疾的设计上，应突出“重”的涵义。

4.1.1 确诊——填补收入损失

发生重疾后，首先面对的是失去工作能力、损失收入的痛点，重疾发生过程中需要亲属的陪护，也会对家庭的正常收入来源产生影响，这是最基础的需求。失能后的收入补偿是重疾险的常见销售话术，但诸如乳腺癌等预后较好的癌症，客户通常不会面临失能状态，此外，不同重疾的预后状态和失能时长都不一样，所以需要进行区别对待。例如，“多个肢体缺失”、“慢性肾衰”、“慢性肝衰”、“肺动脉高压”等能导致“活动能力丧失”、“器官衰竭”、“系统功能损害”等会造成家庭“顶梁柱”失能状态的重疾，更具有获得额外保障的理由。

4.1.2 治疗——补偿治疗费用

客户对于疾病是否“重大”的最直观的感知就是治疗费用的高低，所以针对治疗费用较高的重疾设置相应的额外保额以覆盖高企的治疗费用，也是有效的推荐话术。如“脑癌”、“再生障碍性贫血”、“双耳失聪”等，这些疾病费用高企的原因主要在于其涵盖了昂贵的治疗或疾病的状态需要终身治疗和体外支持，比如脑癌可能需要开颅手术、再障贫血需要骨髓移植、双耳失聪需要安装和维护电子耳蜗等。对于“高费用”额外给付，按不同的开销来源可以继续细分：

(1) 重疾高费用可来源于外科类手术，诸如切开组织、切除器官、移植手术等，重大外科手术通常对应严重程度较高的疾病，对患者身体损害较大，对医生操作要求也更高，治疗费用自然也较高，所以对于手术类重疾也具有额外给付的理由。

(2) 同时，部分重疾需要长期甚至终身的药物治疗，如器官移植术后需要终身服用抗排异药物、心脏瓣膜术后需要终身服用抗凝血药物，针对此类重疾更应该提供额外保障。

(3) 此外，对于同种重疾，若处于不同的疾病进程，也可产生显著的费用差异。譬如晚期癌症患者，其病情复杂、免疫力差导致并发症多，治疗费用犹如“无底洞”；同时，既往一些缺乏有效治疗手段的较严重疾病，随着医疗科技进展，逐步出现了昂贵的新型治疗方法，如作为难治性癌症——弥漫性大B细胞淋巴瘤的最新CAR-T疗法，达到了“120万一针”。因此，“重疾+较重度状态”也应该作为额外给付的条件，作为精准提升客户支付能力的解决方案。

但如前所述，重疾险不应过于强调费用，否则会与医疗险产生替代。

4.1.3 未愈——贴补护理支出

重疾通常难以治愈和康复，与脑部、脊髓病变有关的疾病——如“脑中风”、“阿尔兹海默病”、“帕金森病”等，在转归期常常会引发神经功能障碍、认知功能障碍，严重的可使得被保险人自主生活的能力完全丧失，留下终身后遗症。这就需要长期的护理治疗，而长期护理的费用随护理状态的持续时间变化，进入护理状态后的平均余命可达到9年之久，其带来的护理总费用也可以达到60万之巨，对此类疾病进行额外给付非常有必要。

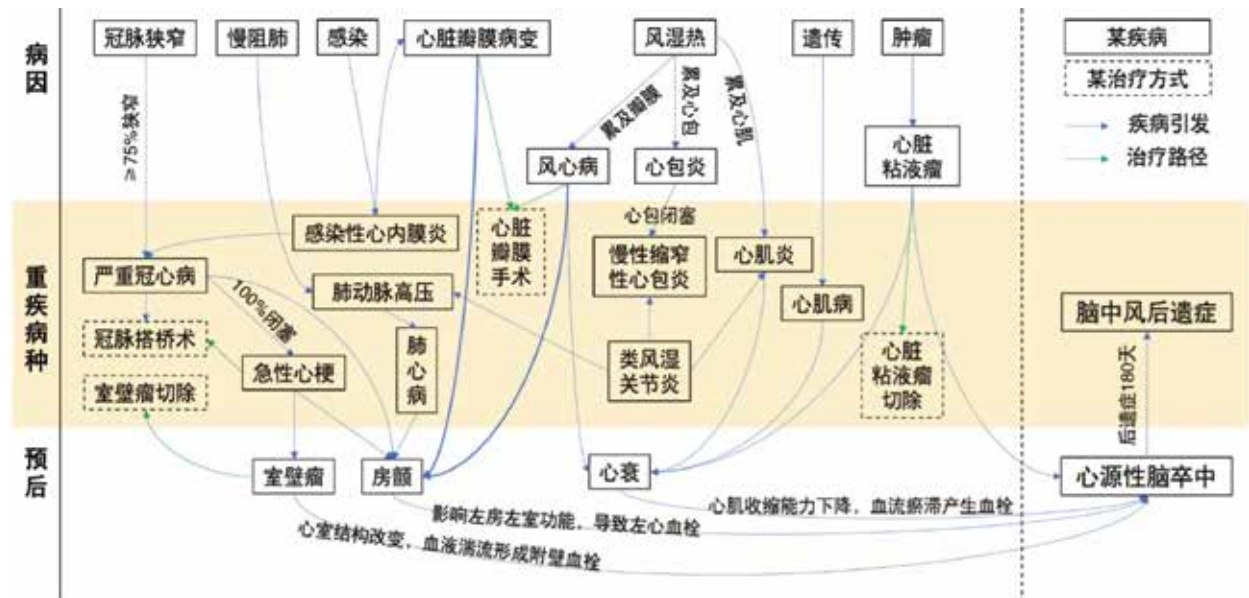
4.2 适当考虑疾病间的相关性

确定产品定位后，需要考虑疾病间的相关性因素，以确认额外给付的真实成本。高相关性的疾病，若未归为一组，在定价上需要进行补充考虑。疾病的相关性通常都是间接的，其关系也有远近亲疏，且很多可以从疾病定义上给予解释。以心脑血管疾病的关联性举例，心源性脑卒中的发生主要来源于：不同种的心脏类疾病引发室壁瘤、心衰、房颤等病症，使得房/室心肌收缩功能异常，导致栓子脱落，形成血栓，随血流循环进入脑血管，发生堵塞，从而造成脑梗死。



其中，心脏相关的重疾以不同的形式在其中参与，有的是直接会引发房颤等脑卒中发病原因，有的是会在发病过程中会累及心脏功能而间接引发脑中风，另有的是引发中风的危险疾病的治疗方式之一，具体如下图展示。

图 16 心脏疾病如何引发脑中中风后遗症?



注：以上相关性未考虑全部情况，且对于疾病的进展有所简化

归纳来说，可以从三个维度来判断疾病的相关性，同样以脑中风后遗症举例：

- 发病原因：致病的原因相似，一种疾病是另一种疾病的危险因素，如急性心梗和脑中风，都以相关血管造成血管阻塞为致病原理，同时心梗可能会致房颤，从而引发脑中风；
- 预后状态：不同疾病的预后状态一直，如语言能力丧失，是脑中风的后遗症标准之一，若按语言能力丧失确诊脑中风后遗症，这两种重疾都符合理赔要求；
- 治疗方式：一种疾病恰为另一种疾病的治疗方式，如出血性脑中风在出血量达到一定程度，致颅内压过高，则需要进行开颅手术。

在规划疾病的功能时，其实在一定程度上也考虑了相关性，因为特定疾病的选择也是从发病机理、预后状态和治疗方案选择来进行组合。在相关性考量上，也因注意切勿因小失大，疾病的发生率和相关性应该同时予以考虑，若某些发生率过低，则需要注意考虑其相关性的实际意义。

4.3 综合评估定价因子

选定疾病后，根据不同的经验来源，考虑特定疾病被身故事件、其他相关重疾事件遮挡的比例，结合销售模式的差异所带来的逆选择风险，特定疾病的发生率可以由以下等式表示：

$$\text{特疾发生率} = \text{提前给付发生率} / \text{身故遮挡比例} / \text{重疾遮挡比例} \times (1 + \text{逆选择调整因子})$$

如果是基于独立给付重疾发生率的经验，则无需考虑身故遮挡。需关注到，身故遮挡比例、重疾遮挡比例可以参考重疾1年生存率和重疾合并症比例设定，但这种方法仍然具有局限性：

- 1年生存率记录的是重疾确诊后1年内的生存率，更准确的是采用从重疾确诊到保单年度末的生存率
- 重疾合并症比例是只考虑所研究疾病完全被其他疾病遮挡的情况，而没有综合考虑两类疾病互相遮挡的情形。

5、结语

额外给付责任的本质是，根据单个或单组重疾对于家庭或个人经济状况的不同影响（包括收入损失，治疗、康复、陪护、护理支出等），匹配差异化的保险金额补偿，是相对于重疾险“一刀切”保额下的更加细化、个性化的设计，在这个设计过程中，因病身故、疾病关联、逆向选择等因素，都会对最终风险评估的结果产生影响，需要进行逐一考虑，这也要求我们从产品设计开始就对后端进行管控，形成前后联动。

额外给付责任作为由来已久的重疾险标配，其影响力与中症、轻症责任相去甚远，行业对其关注度也有限，在现在这个形势下提出这个话题，既是体现重疾险功能化、梳理产品开发思路的第一步，也是重新构建重疾销售理念的、提供重疾险转型思路的一次尝试。

作者介绍



郭炜钦 ASA 中再寿险产品开发部产品开发处

擅长的职业领域: 保障型产品研发, 国内外市场研究, 直保 / 再保定价, 重疾 / 医疗数据分析

邮箱: guoweiqin@chinarelife.cn

微信: act_gwq



王斯佳 北京协和医学院临床医学博士 北京友谊医院急诊科前执业医师
中再寿险产品开发部产品开发处

擅长的职业领域: 心血管疾病临床研究, 全科医疗实务, 数据处理及分析, 构建疾病风险预测模型

邮箱: wangsijia@chinarelife.cn

微信: 18611540774

参考文献

[1] Liu D , Ma Z , Yang J , et al. Prevalence and prognosis significance of cardiovascular disease in cancer patients: a population-based study[J]. Aging (Albany NY), 2019, 11(18).

[2] 中国人身保险业重大疾病经验发生率表(2020)编制报告[C]. 中国精算师协会经验分析办公室. 北京: 人民日报出版社, 2020.11.



专题四

新环境下百万医疗险发展方向

中再寿险产品开发部 · 丁莹

2021年对于医疗险是深刻影响的一年。不仅有疫情冲击、经济增速的放缓、居民消费支出的萎靡、代理人的大面积脱落、互联网流量枯竭等根本因素影响，也有短期健康险新规和城市定制商业医疗险（以下简称“惠民保”）这些直接因素影响，这些因素抑制了百万医疗险在既往几年高歌猛进的势头。本文将从短期健康险新规和惠民保这两个影响来论述百万医疗险的发展趋势，最后对于百万医疗险如何应对这些变化给出了思考和建议。

1、短期健康险新规的市场影响

1.1 短期健康险新规

2021年1月11日，银保监会发布《中国银保监会办公厅关于规范短期健康保险业务有关问题的通知》，通知要求不符合规定的短期健康险在今年5月1日前停售。截至目前行业已完成短期健康险的更新过渡，

这也意味着随着监管力度升级，短期健康险步入“重规范”、“严监管”的发展新阶段。

监管此次规范的短期健康保险，是指保险公司向个人销售的保险期间为一年及一年以下且不含有保证续保条款的健康保险。尤其是近年来发展迅速的百万医疗险成为了此次整改的重点。

一方面，从行业规范角度，该文件划清了短期医疗险和长期医疗险的边界，厘清了两类产品不同的监管要求。

另一方面，短期健康险新规改变了市场对于医疗险长短期的认知。此次新规最核心的、对市场影响最大的条款是第三条：

保险公司开发的短期健康保险产品中包含续保责任的，应当在保险条款中明确表述为“不保证续保”条款。不保证续保条款中至少应当包含以下内容：

本产品保险期间为一年（或不超过一年）。保险期间届满，投保人需要重新向保险公司申请投保本产品，并经保险人同意，交纳保险费，获得新的保险合同。

保险公司不得在短期健康保险产品条款、宣传材料中使用“自动续保”“承诺续保”“终身限额”等易与长期健康保险混淆的词句。

在2020年之前，很多公司的代理人认为其销售的百万医疗险是“终身保证续保”的，但实际上他们认为的“保证续保”并不是监管概念里真正的保证续保，而是某种意义上的续保承诺。这种认知的偏差，原因是多方面的：

(1) 保证续保是一个监管概念，这个概念背后匹配了若干监管要求，而仅从字面意思理解保证续保很容易和这个监管概念产生偏差，导致市场没有按照监管概念理解保证续保，也就无从分辨什么是真正的保证续保产品；

(2) 在费率可调的长期医疗险出现之前，在我们的监管体系下，保证续保要求保证费率，而这和医疗险的固有规律是不相符的，因此保险公司无法开发长期的（指超过五年的）保证续保的医疗险产品；

(3) 客户对于续保的承诺是有极大需求的，因此市场上出现了各种“承诺续保”、“保证承保”等条款，通过在措辞上的差异实现和保证续保这个监管概念相区隔，进而符合客户和市场需求；

(4) 从一些公司对于医疗险的经营态度上看，确实它是本着终身续保的目的在执行的，没有出现因为被保险人健康状况变化而拒绝续保的案例，会强化代理人对于其销售的产品是否保证续保的误解；

(5) 对于代理人而言，本身保险产品的销售和其他实体产品销售相比就更有难度，会选择故意忽略对于医疗险续保条款的解释。

1.2 新规后的医疗险改造

正是由于这些市场对于续保的认知偏差，**此次改造无论是对于客户还是一些代理人都是认知上打破重建的过程**。各家公司为实现平稳过渡，对产品进行改造的方式也经过深思熟虑，主要分为三类：

· 产品变更

对于不符合此次规定的老产品，选择以产品条款变更的方式，保留原产品的形态和责任，仅调整条款的语句描述，这是一部分公司选择的做法。这种做法对于渠道和客户的影响是最低的。同时，这些公司会随着市场发展趋势，开发责任更丰富的新产品，吸引新客户购买。

· 引导转保至合规一年期新产品

少部分公司直接将不符合新规的老产品停售，开发替代的合规一年期新产品，新产品的好处是可以对责任和价格进行重新制定。同时为了最大限度地减少老客户中的健康体脱落，会给予转保之后的客户一些利好政策，如采取特约形式约定转保客户未来连续投保时可无需重新健告、重新核保等。

· 引导转保至长期医疗新产品

早期一些宣扬“承诺续保”概念较多的公司，由于存在代理人销售中混淆承诺续保和保证续保概念，使客户对产品的续保属性造成误解，为了解决这一问题，保证既往健康体客户能够顺利完成过渡，部分公司开发了长期费率可调的医疗险，引导客户转保至此类产品，确保因误认为自己购买的是长期保障的投保人可以继续享有真正的长期保障。

各公司根据自己的经营策略以及长期医疗的管理能力预估，在长期医疗的保证续保期限选择上出现了分化，一部分选择开发 5-6 年的保证费率产品，一部分则选择开发期限更长的费率可调长期医疗产品。这一点与我们开始的预期不太一致。实际上选择开发费率可调长期产品的公司并没有想象中多，且即使是大公司，对于这类产品的态度也比较审慎。**在费率可调型长期医疗险领域，各大公司的经营思路分化较大：**公司 A，在早期短期险销售时期舆论上就主打“续保终身”概念，实际上对产品的经营方式也是本着终身保障的原则，此次对于长期费率可调产品参与度最高，且开发了多款相关产品；公司 B，最早一批上市该类产品的公司之一，但对于一年期和该产品并未明确定位，销售策略顺其自然；公司 C，同样为最早一批上市该类产品的公司之一，前期销售并不积极，将该产品作为储备，今年 5.1 后顺势启动销售，且完全取代短期险；公司 D，产品层较为担忧此类产品的风险，但渠道对该产品需求较大，因此尽管开发了但对于产品销售方式还在斟酌。

2、城市定制商业医疗险的影响

近两年的健康险黑马非城市定制商业医疗险莫属，也就是我们熟知的惠民保。2020 年以来惠民保井喷式的发展也反映出城市群体对健康保障的巨大需求。截至 2021 年 9 月 30 日，惠民保共覆盖了超过 9300 万的被保险人。

我们来看看惠民保为什么可以取得成功。

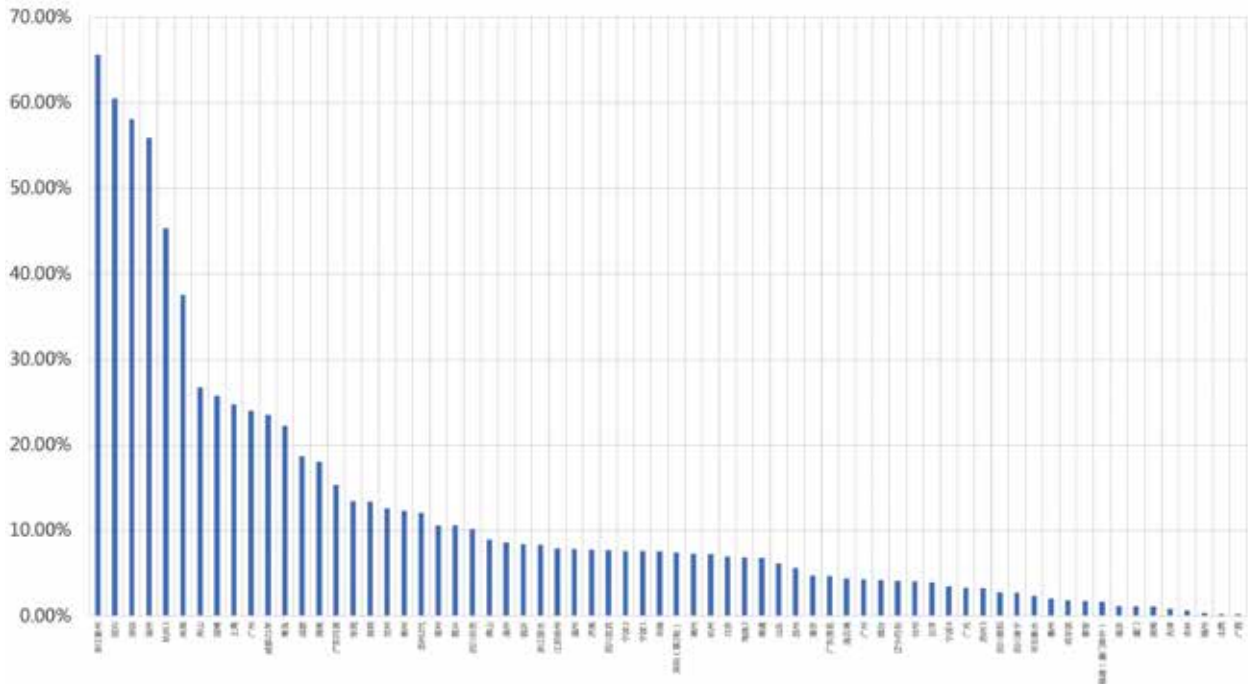
就像我们常说的重疾险过去几年的畅销是因为它实现了各参与方的利益平衡，从这个角度，惠民保确实达到了短期平衡：对于政府而言，有助于政府提高商保意识和覆盖率，减轻地方医保负担，且有利于完成《健康中国 2030》中提出的“要健全以基本医保为主体、其他多种形式补充保险和商业保险为补充的多层次医疗保障体系。”的目标，所以政府在地方惠民保方案设计、组织开展乃至推广宣传方面积极介入；对于购买的群众而言，他们认为这样的产品价格便宜，有政府背书这样的绝对信用在，不会担心“暴雷”风险，而且产品不拒绝非标体和老年群体投保，解决了他们的后顾之忧；对于保险公司而言，尽管件均较低，但只要参保率足够高，惠民保的保费收入也不容小觑，一些地方险企分公司在促进本地的惠民保销售上不遗余力，甚至有些代理人月惠民保销量百件以上；对于三方平台而言，流量获得大量提升，且由于带病体的存在及赔付率的要求，为他们所经营的药品等带来了更多的由商保买单的销量。

但要注意，这个平衡的达成也面临诸多挑战：

首先，这个平衡的基准是政府对于惠民保的积极性。政府参与度较高的地区，无论是第三方还是保险

公司更愿意参与，推广投入的资源 and 力度较大，因此民众参保率很高，容易形成良性循环；但政府参与不够积极的地区，推广的力度会大打折扣，民众参保的积极性下降。此外，推广的方式和效果也很关键，如果效果不好会打击政府持续推广的信心。也正是由于政府参与积极性的不稳定因素，惠民保可能仅在一些区域持续存在。

惠民保参保率（截至 2021.8）





三类产品的优缺点鲜明，这也直接决定了他们在保险公司医疗险经营中的定位：

· 短期医疗险

短期医疗险由于随时可停售的灵活性，一旦出现风险可立即止损，可以用于最大限度的获取客户数量。我们建议可以真正将其回归短期，聚焦获客，增加各类先进疗法的保障（新风险、不稳定的风险），也可考虑开发聚焦人群的医疗险（如老年医疗险、次标体医疗险）。

· 费率保证的中期医疗险

其相对于短期医疗险和费率可调长期医疗险的严格管理机制，约束要少很多，保险公司的管理和经营难度相对降低，目前的经验数据也能够支持这一类产品保证费率 5-6 年的定价基础。

· 费率可调的长期医疗险

这类产品往往有着 15-20 年这样更长的保证续保期间，在消费者看来这样的保障吸引力毋庸置疑，但长期经营和风险管控对保险公司的考验也更大，这一点在我们去年的系列报告《长期医疗险深度分析和经营建议》专题中已有过具体的分析。但对保险公司而言也并非全是麻烦：从规模看，未来 IFRS17 实行后，保险收入是分拆后的纯保障部分，医疗险相对重疾险的贡献能力大幅提升；从价值看，长期医疗险应该按照长期险的方式进行评估，因此其内含价值可以考虑整个保证续保期间的利润。因此，我们认为**寿险公司经营医疗险应该以长期医疗险为基本，发挥寿险牌照的优势，加强其与财险公司的区隔壁垒**。但长期医疗险的保障范围应该是风险稳定的责任，对于新疗法新药品这类新风险，应该用一年期医疗险来覆盖。

3.2 百万医疗险的全面化和中高端化

面对惠民保冲击，百万医疗险的优势在哪里？百万医疗险要如何变化？

首先，百万医疗这个名称不合适了。我们以前以此命名是因为它一击即中最大特点，市场认为它足够响亮、足够有竞争力，但现在惠民保也是百万保额了，这个名字不再有吸引力了，我们应该思考，什么才是传统百万医疗险对比惠民保最大的优势，重新给它一个定位，重新给他一个名字。但无论名字如何，我们认为这个方向应该是向中高端延伸。这里的中高端并不是像高端医疗险一样为客户提供高频就医保障和尊贵就医体验，而是**为客户在面临大病风险时提供全面的、优质的、先进的医疗资源保障**。

我们来看看惠民保的常规形态：

| 惠民保形态构成 | 免赔额 | 赔付比例 | 正面 / 负面赔付清单 |
|---------|--|------------------------------|---|
| 社保内费用 | 和当地大病医保起付线（如居民评价年收入）相关 | | - |
| 社保外费用 | 2-3万 | 通常情况： 健康体：70% 带病体：<70% | 对保障范围可能有科目和清单限制： · 如仅保障药品费 · 药品费排除单价 5000 元以上药品 |
| 特药费用 | 0/2万 | | 对药品范围和种类限制： · 院内药 / 院外药 · 某些癌种的某些药品，不是所有上市的癌症特药 |
| 特药费用 | 不限公立私立，当地社保定点医院即可 跨省市就医可能得不到保障，或者给付比例降低 | | |
| 价格水平 | 各地产品的价格依保障范围不同，分布在几十到 200 元区间 | | |

无论是价格上的优惠，还是形态上赔付起点的高门槛，都决定了这个产品仍然是满足民众基本医疗需求的补充医疗保险。

效率最高的竞争方式必然是错位竞争。其实大部分民众对惠民保的感受都是“有保险了，医疗费用可以二次报销”，对于责任细节并不了解，一些关于报销比例、社保内外差异等问题他们压根就不知道，也不想关心，购买纯粹出于对背书方的信任。错位的方式有以下几种：

· 先进医疗责任

由于医保的构建逻辑是覆盖基本层次的医疗需求，对于先进医疗的覆盖具有排他性和滞后性。此外，患者即使知道了这种疗法，也不知道去哪里才能用到。保险的作用一方面是把些疗法和器材宣传给客户，增加市场对先进疗法的认知，另一个重要方面是通过医疗服务把有支付能力的客户和先进的医疗资源相匹配，提升先进医疗资源的可及性。

在药品集采常态化之后，医保外非中选药品和医疗器械耗材在可及性上会差于医保内的中选药械。今年初，国务院办公厅发布《关于推动药品集中带量采购工作常态化制度化开展的意见》，意见中提及“医疗机构应根据临床用药需求优先使用中选药品……医疗机构在医生处方信息系统中设定优先推荐选用集中带量采购品种的程序……将医疗机构采购和使用中选药品情况纳入公立医疗机构绩效考核、医疗机构负责人目标责任考核范围，并作为医保总额指标制定的重要依据。”医保带量采购的逻辑是在要素市场（药品、器械）的供给端实现充分完全的竞争，通过向供给端确保销量来实现供给曲线右移，最终实现价格的降低，而药品和器械的销量受到医院和医生行为的强干预，因此要通过相关绩效考核的方式引导医院和医生行为。但医保的强引导会导致非医保药品、器械、治疗方式被挤出公立医院。此外，医院的经营也十分关注成本和收益的平衡，对于固定成本高、治疗周转率低、适用人群少的治疗方式，医院在引进和采购上会格外谨慎，这也造成了我们提到的先进疗法可及性问题。商业保险则是这一问题的有效解决手段，**不仅仅要解决客户支付问题，更应该通过医疗资源的配置，让有需求的被保险人能有效触达这些先进疗法。**

· 特需医疗和优质私立医疗责任

将特需医疗部纳入保障范围是做百万医疗险“升维”、走向中端的最佳选择，因为特需部是公立医院中能够按照市场条件价格收费的科室，在环境舒适度、医生服务质量、先进疗法可及性等方面上有独特优势。特需医疗部植根于公立医院，软硬件实力均受到民众信任。

此外，近年来，在国家鼓励社会办医的背景下，沉淀了一批在专科领域口碑良好的私立医疗机构，这些机构在软硬件能力上和大型公立医院相媲美，且发挥了私立医院灵活性的优势，在先进疗法上积累了丰富的经验。这些医院通常具备和公立医院特需部相当的病床环境和服务体验。

· 定额住院津贴责任：

惠民保普及的大环境和日本的医疗保障体系有些类似，日本医保有 30% 的自付比例，且根据收入和年龄不同有不同的自付金额上限，民众对于商业医疗费用补偿型产品需求不大，反而是定额津贴 + 先进医疗型产品成为主流商业健康险。且津贴可以包装为误工费的概念，相当于以另外的形式补充了免赔额的额度，但又可以降低被保险人的理解难度。

3.3 总结

我们认为，百万医疗险应该是集合“聚合市场上的先进医疗资源”、“提升客户对先进医疗资源可及性”、“为客户支付医疗费用”三个功能为一身的产品，最大限度提升自身保障深度和服务属性，才能在新环境下继续保持活力。



作者介绍

丁莹 中再寿险产品开发部产品开发处

擅长的职业领域：产品企划，产品策略及市场研究，渠道分析，战略企划

邮箱：dingying@chinarelife.cn

微信：_10050213



专题五

带病体商业医疗险产品风险研究

中再寿险产品开发部 · 王斯佳、郭炜钦

1、老龄化引发的商业医疗险思考

2021年5月，国家统计局发布第七次全国人口普查数据，60岁以上人口为2.64亿人，占18.7%，较六普上升5.44%，随着三胎开放政策出台，表明经济飞速发展下，国内老龄化危机持续加剧。老龄化危机在医疗险市场的具体影响，主要体现在老年医疗负担的沉重：

- 老年人群慢病占比高，20%的老年人贡献了40%的住院。我国老年人群的慢性基础疾病如高血压、血脂异常、退行性骨关节病的现患率达40%以上，糖尿病约15%；重大慢性疾病如冠心病现患率2.78%，脑卒中2.08%，恶性肿瘤3.75%，慢性呼吸系统疾病10%，慢性肾脏病20%。此外，我国33.5%的老年人同时患2种或2种以上慢病，各慢病均为预后危险因子且存在协同作用，最终导致患者住院或死亡。在某种程度上，老年人即等同于带病体。

- 老年人群住院花费多，住院病人中占比40%的老年人消耗50%以上的医疗卫生支出。在中国基

本医保覆盖率达 96.8% 的前提下，我国基本医疗保险承担了 70% 左右的医疗负担，剩余 30% 由病人家庭承担。随着经济和医疗科技的飞速发展，近 40 年医疗通胀已远远超过人均 GDP 涨幅，老年人的医疗支出持续增加，对于统筹基金和个人自付都是不小的压力。

在我国老龄化程度加剧的背景下，国家多次发声推进“健康中国 2030”建设，点题保险行业服务供给侧改革，要求促进老年人商业健康险供给。今年 4 月 7 日，中国银保监会办公厅发布了关于征求《关于进一步丰富人身保险产品供给的指导意见（征求意见稿）》（以下称为《指导意见》），其中提到：“提高老年人保障水平，要求进一步提高投保年龄上限，加快满足 70 岁及以上高龄老年人保险保障需求。适当放宽投保条件，对有既往症和慢性病的老年人群给予合理保障。”

就目前医疗险市场份额很高的百万医疗险来看，在设置健康告知、限定赔付责任及免赔额等产品形态下，主要扮演医保补充的角色，主要接受 60 岁以下无慢病的标准体，慢病人群被称为“非标准体”、连同老年人群被商业医疗险视为不可保人群。国内外经营带病体保险的经验目前还不能为我国商业健康险市场提供解题思路：美国商业医疗险在医疗保障体系中为主体地位，因此其具备一定社保属性，健康体与带病体实行统一费率，其角色相当于我国的基本医疗保险，因此不具有参考性。我国近几年兴起的城市惠民保，不限年龄和既往史且价格亲民，但惠民保产品的保障深度仍然有限，并不能完全满足全面的医疗保障需求。

为什么我国少有专门针对老年人或带病体的“商业”医疗险？首先，我国基本医疗保险覆盖面广，保障范围大，已解决绝大部分医疗支付问题。其次，从商业保险企业经营的角度来看，需要将赔付风险控制比较低水平，才能保证保险产品的持续供应，因此会优先供应风险低的产品。第三，由于疾病自然病程由轻到重、多种疾病并发、相互协同促进等复杂病理生理机制，导致带病体医疗险或老年医疗险产品本身的赔付风险呈指数级增加且难以准确衡量。

随着数字化时代的到来，越来越多的结构化数据得以生成并保存，数据处理方法及工具得到极大丰富，在样本量充足的前提下，以往难以评估的风险可以进行量化。在《指导意见》“适当放宽投保条件，对有既往症和慢性病的老年人群给予合理保障”的要求下，为了让更多的老龄人群可以买到商业医疗险，则需放宽健康告知核保条款。我国老龄人群人口基数大、慢病现患率（指现时患病率）高，此外我国 60 岁以下带病体人群的商业保险也几乎处于真空地带，因此亟需提供可扩展老年带病体人群的商业医疗险。中再寿险为服务国家战略，服务国计民生，主动承担社会责任，推进普惠保险发展，一直致力于融合保险及医疗实务和数据融合创新，旨在开发人群可及性良好并解决全面深度医疗需求的带病体医疗险，但如何能保证该产品在风险可控下的持续供给，是我们需要深入研究的问题。

2、带病体商业医疗险可持续供给引发的思考

如何放宽健康告知核保条款，如何从浩如烟海的带病体中确定可保人群，需要我们良好的平衡保险产品可及性和赔付风险。我们将通过免赔额遮挡效率、对比健康体净成本、人群占比、医疗路径 4 个方面对可保人群进行筛选。我们通过对中再寿险医疗数据进行清洗整理，选择 0-80 岁存在就诊记录的人群作为研究人群，将疾病诊断匹配了国际标准疾病编码 ICD-10，并根据医疗实务中对疾病的定义进行了归纳，最终归纳出 191 种疾病状态，作为我们对研究人群的分组标准。

2.1 设置 2 万免赔额及其遮挡效率

目前医疗险市场份额很高的百万医疗产品主要覆盖 0-60 岁的标准体，责任设置为 1 万免赔后的医疗费用补偿。相对于覆盖 0-60 岁标准体的百万医疗，带病体人群和高龄人群的风险特征发生本质改变，原来 1 万免赔额可将健康体的住院率控制在极低范围（约 0.5-1%），相当于 90% 的住院事件都可以被 1 万免赔额遮挡（健康人群在 0 免赔额下的住院率约为 5-10%），但对于带病体不适用，其免赔额需要再度提高。免赔额设置为什么水平合适？从对住院率的影响来看，将免赔额设置为 2 万可遮挡轻度既往症人群（既往症包含高血压 2 级及以下、糖尿病无并发症、高脂血症、甲状腺结节、乳腺结节）95% 的住院事件（附录图表 图 1）。但对于医疗险的风险评估来说，住院率不是最终指标，同时考虑平均费用的变化后得到的医疗净风险成本，才是我们评估的落脚点，所以我们也一并计算了 2 万免赔额下净成本相对于 0 免赔的降幅（附录图表 图 2），结果显示 2 万免赔可降低带病体人群约 85% 的净成本。

为什么没有将免赔额设置得更高？主要是因为产品设计的初衷是为了解决医疗负担个人支付过重的问题。2020 年全国城镇居民人均可支配收入是 40378 元（购买商业保险的人群应更高），按平均家庭人口 2.61 人、医疗费用中约有 60% 由医保统筹基金支付，那么 2 万的免赔额度基本相当于一个家庭的灾难性医疗支出水平（40% 的家庭可支配收入）。因此，2 万免赔额可以合适地平衡赔付风险与保障责任。但我们建议在产品开发时，可以设置高于 2 万免赔额的其他可选项（比如 3 万、5 万），让客户能够以低水平能承受的价格购买高杠杆的医疗险保障。

本文中，我们定义带病体的遮挡效率 = 某病种带病体 2 万免赔下的净成本降幅 / 健康体 2 万免赔下的净成本降幅，遮挡效率的本质是 2 万免赔对于带病体的影响是否高于 2 万免赔对健康体的影响。如果某项疾病的带病体的遮挡效率低于 100% 的话，则代表这种疾病的带病体并不能通过 2 万免赔额的设计显著降低承保风险，该带病体不适合纳入承保人群。反之当遮挡效率高于 100% 则代表 2 万免赔额对于某种疾病的带病体降低赔付风险的效果显著。与 2 万免赔对于健康体的影响的比较，发现不同带病体 2 万免赔后的遮挡效率不同（附录图表 图 3）。从结果上看，甲状腺癌、结节或息肉、不典型增生、冠心病、心律失常、肺心病、脑血管病、消化道疾病、胆道病、胰腺炎、糖尿病、慢肺病（包括：哮喘、慢性阻塞性肺疾病、慢性支气管炎、支气管扩张、肺间质病）、上感（即：上呼吸道感染）或肺炎、泌尿系结石、慢性肾病（慢性肾小球肾炎、肾病综合征、慢性肾间质疾病）、乳房疾患、女性盆腔炎、女性生殖道非炎性疾患、传染病、精神病、眼病、皮炎、硬皮病、类风湿性关节炎等带病体的遮挡效率高于 100%，这类带病体人群可视为被 2 万免赔降低赔付风险的效果显著。

2.2 带病体相对风险及人群占比

从 2 万免赔后的净成本来看，带病体相对风险 = 某带病体净成本 / 健康体净成本的比例。我们研究发现不同带病体的相对风险差异很大，但毋庸置疑均高于健康体（附录图表 图 4）。从疾病谱人群占比来看，血管病人群（包含心血管病、脑血管病、主动脉及外周动脉疾病）、三高人群（高血压、糖尿病、高脂血症）为慢病人群中占比第一、第二的疾病类型（附录图表 图 5，需要注意的是，该图中所列的疾病占比均是以疾病“主诊断”作为统计基础），这两类人群的相对风险分别为 465%、401%（附录图表 图 4）。

2.3 带病体“人群占比 - 相对风险 - 免赔额遮挡效率”风险评估模式

为了平衡保险产品可及性和赔付风险，即在尽可能多承保带病体人群的前提下，将赔付风险控制到最低。虽然从“主诊断”的统计描述上看血管病人群占比较高，但实际上三高现患率应该是远远高于血

管病的现患率。从医学角度和净成本角度来看，三高人群的风险相比血管病人群更低，因此我们以三高人群的相对风险值（即 401%）作为判断是否可接受承保的临界值（附录图表 图 6）。此外，为了保证 2 万免赔的遮挡效率，同时纳入更多带病体人群，我们将遮挡效率放宽至参保人群的 99.05%。由此我们得到了相对风险较低、2 万免赔遮挡效率较高的带病体人群（附录图表 图 7）。

经过这三步筛选后，保留下来的带病体人群包括：轻度既往症、三高人群、甲状腺癌、甲状腺结节、胃肠道息肉、皮下肿物、心肌梗塞、心律失常、高血压 2 级及以下、胃肠炎、疝、肠炎、胆道病、胆源性胰腺炎、慢性肺疾病（包括老慢支和哮喘）、上感或肺炎、泌尿系结石、慢性肾病、乳房疾患、女性盆腔炎症、女性生殖道非炎性疾患、传染病、精神病、骨关节病、颈椎病、腰椎间盘突出、类风湿性关节炎、皮炎。

然而却出现了比较有意思的现象，原本属于重疾的甲状腺癌、心肌梗塞居然被定义为相对风险较低的带病体。分析原因来自于两方面：①原本在进行可保人群筛选的时候，相对风险设置得较为宽泛，因此纳入了很多带病人群，其中不乏传统认知里风险相对较高的疾病，有待我们进一步评估和筛选。②几乎所有甲状腺癌患者在疾病首次确诊后即积极治疗，而甲状腺癌属于恶性肿瘤中预后较好的癌症种类，正好在我们的研究中得到了验证。根据结果，我们认为已治愈的甲状腺癌带病体人群为赔付低风险的人群。同样，心肌梗塞的患者在急性发病的当下即完成了介入手术，后续治疗主要是药物维持治疗，在还没有进展到心力衰竭之前，已完成冠脉介入手术的人群可能属于赔付风险相对较低的带病体。

2.4 来自医疗实践的思考

以上为通过数据得到的结论，但在医疗实务中，**商保人群因支付能力更强，可能会改变标准医疗路径，从而产生高于平均水平的医疗费用**，增加赔付风险。通过对医疗实务的了解，这部分风险的增加主要与手术、恶性肿瘤治疗、植入性器械有关。如房室传导阻滞，该病最优的治疗方式就是择期行心脏起搏器植入手术，大部分患者因负担不起 10 多万的起搏器费用而不手术，一旦通过商业核保则将明显增加成本风险，而由于传导阻滞人群占比极低，因此可将其排除在可保人群之外。另一方面，骨关节病、腰椎间盘突出、眼病白内障等与房室传导阻相似，择期手术是最优的治疗方法，但此类人群占比较高，是否通过核保则是需要进一步衡量的问题。

2.5 核保的重要性

本文的分析视角是从统计学和精算的视角分析次标体的放开范围，但实务中被保险人身体状况往往更加复杂，即使是同一带病体，其严重程度也各不相同，如何从带病体中选择风险相对可控的个体是核保的艺术。次标体产品的核保应该关注以下几点：

第一，健康告知的规则应该清晰简单，尽量用通俗的症状或者疾病名称替代专业的医学名词，否则会降低被保险人对于健康告知的理解能力；

第二，要把控好人工核保和自动核保的应用尺度，应该把那些风险较高且健康告知超越被保险人对疾病专业性理解的次标体项目放入人工核保；

第三，要把控好常规健康告知和智能健康告知的应用尺度，常规健康告知本质上是一个针对可保范围的负面清单（这个负面清单问询的项目越少，投保范围越宽），智能健康告知是针对某个特定带病情况列出可保范围的正面清单。负面清单有时候会让客户判断自己是否能够承保感到迷茫，而正面清单虽然能明

确的让被保险人判定自己能否承保，但是正面清单很难枚举各种高风险情形，很容易出现客户在某个身患的小病上走智能健康告知，而故意忽略自身所罹患的负面清单中的严重大病。因此，有些带病体项目适合在负面清单中体现（健康告知中不列出该种疾病即可），有些带病体项目适合在正面清单中明确（列明某某情况下该带病体可保）。

3、带病体商业医疗险之上风险的思考

不管从核保端还是赔付端的风险评估，**商业健康险尤其是医疗险是非常有必要与医疗、医药行业深度融合来共同完成风险管理、互惠共赢**。仅仅依靠保险行业通过各种算法、模型和责任限制等方式来控制赔付风险相当于隔着一层窗户纸在瞄准靶心。健康产业的核心是医疗和医药本身，但其发展又和医疗费用支付有着千丝万缕的关系，如何通过深度合作来丰富医保支付产品供给，发展优质医疗资源，实现多层次医疗资源的合理配置，相互促进相互制约，以保障普惠型商保产品的持续供给和规范合理的医疗实践行为，以实现中国国民老有所养、病有所医，实现医务工作者回归救死扶伤、悬壶济世的医者仁心，实现保险行业切切实实保生命、保健康的行业使命。

作者介绍



王斯佳 北京协和医学院临床医学博士 北京友谊医院急诊科前执业医师
中再寿险产品开发部产品开发处

擅长的职业领域：心血管疾病临床研究，全科医疗实务，数据处理及分析，构建疾病风险预测模型

邮箱：wangsijia@chinarelife.cn

微信：18611540774



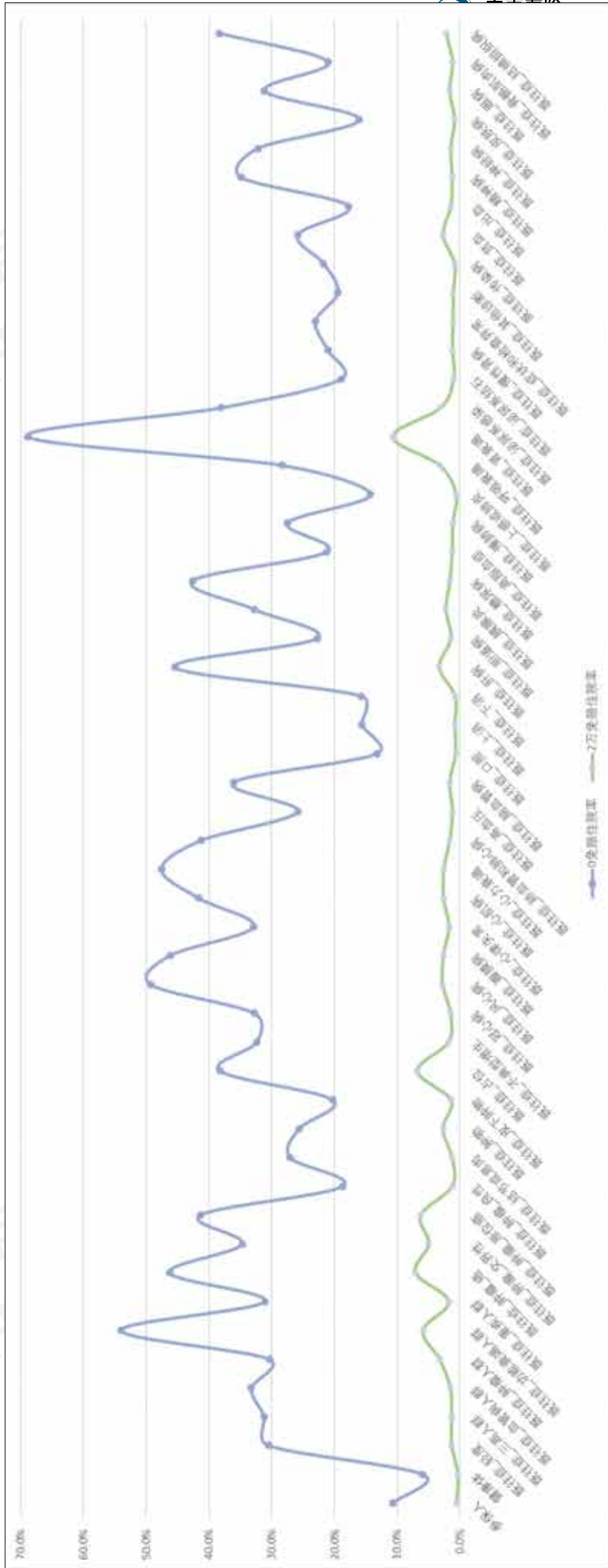
郭炜钦 ASA 中再寿险产品开发部产品开发处

擅长的职业领域：保障型产品研发，国内外市场研究，直保 / 再保定价，重疾 / 医疗数据分析

邮箱：guoweiqin@chinarelife.cn

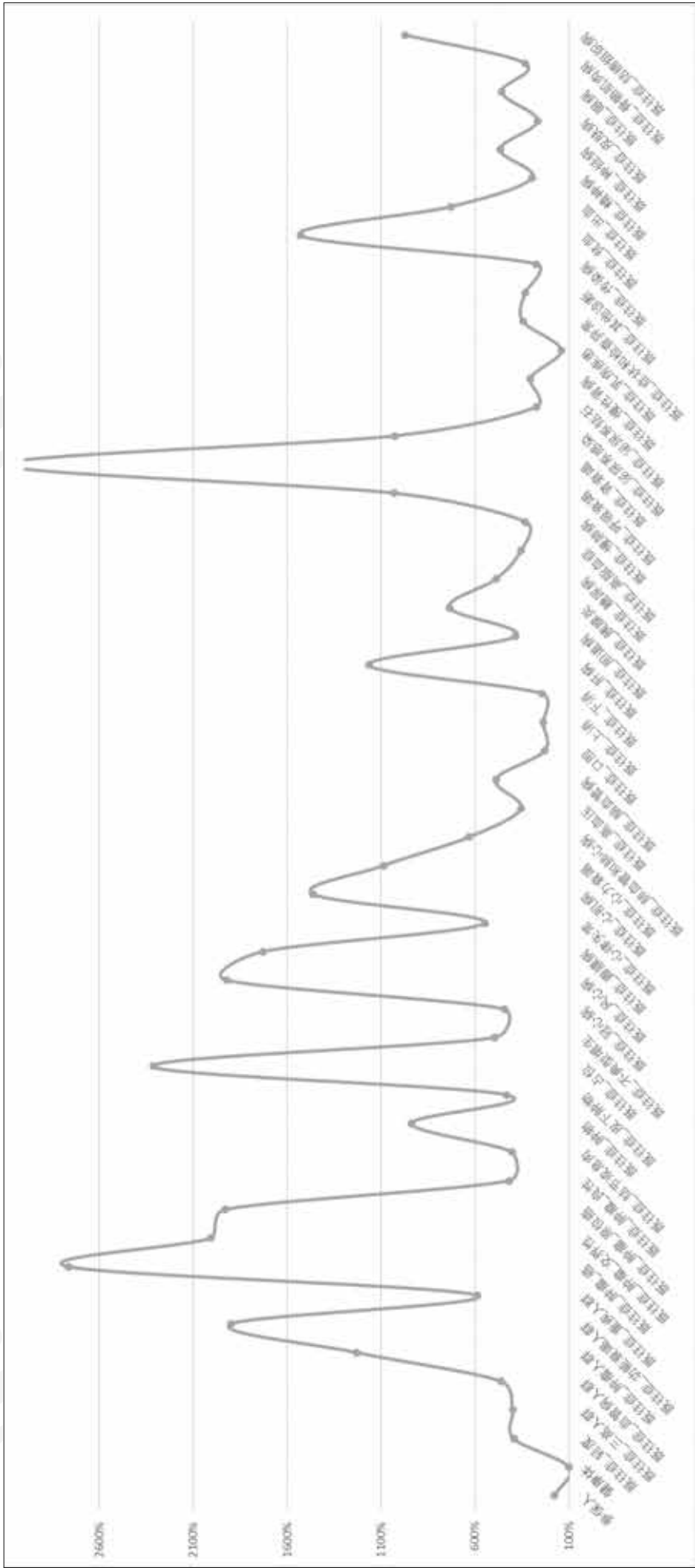
微信：act_gwq

附录图表 图 1



从0免赔到2万免赔后各类带病人群住院率均明显下降

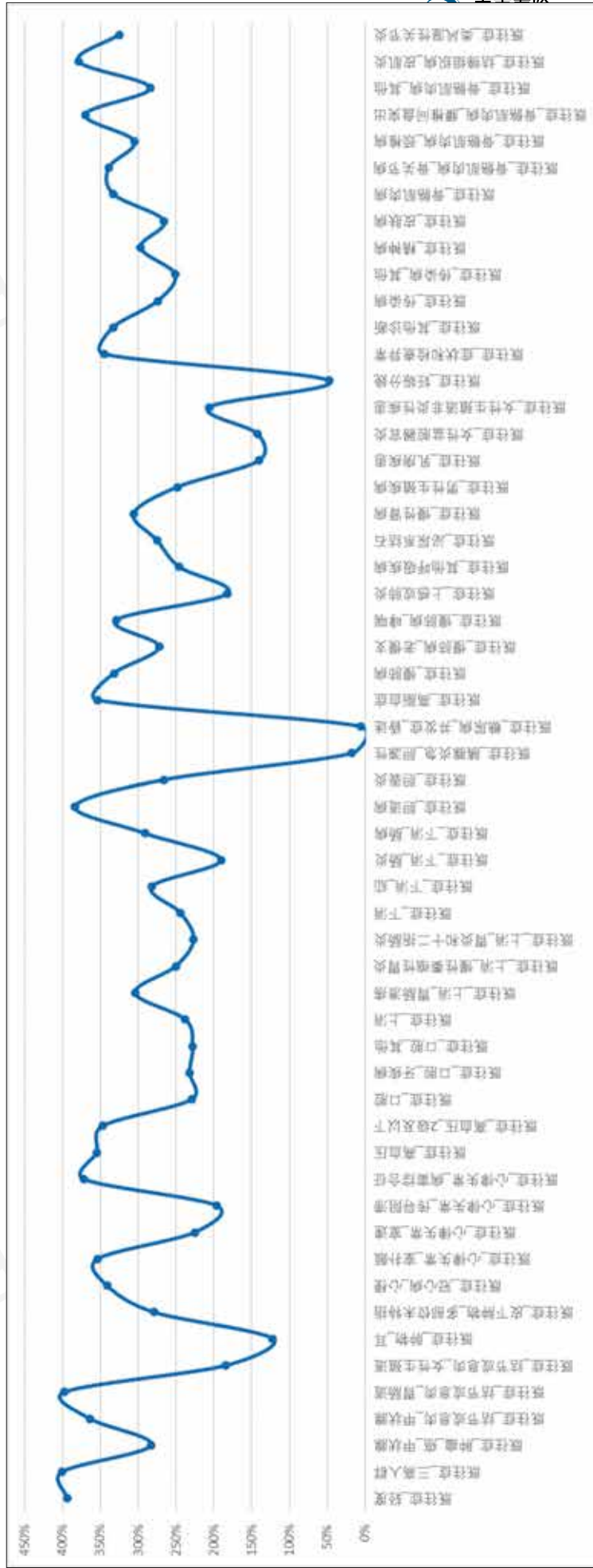
附录图表 图 4



在 2 万免赔下带病净成本 / 健康体净成本的比例



附录图表 图 6



在 2 万免赔下带病体净成本 / 健康体净成本比例不高于 4.01 的人群





专题六

非公医疗机构的商保探索

中再寿险产品开发部 · 王尔实

在我们的传统认知里，私立医院和保险的结合通常是和高端医疗险联系在一起的。私立医院由于其舒适的环境和周到的服务，满足了中高端客户日常就医需求；但在大病救治的医疗水平上，公立医院更有优势，民众也更加信赖公立医院。因此，像百万医疗险这类主打大病医疗保障而非高频就医体验的险种中，保障范围是局限在公立医院的普通部。随着我国医疗卫生体制改革的深化，私立医院中涌现出一批在专科领域能够和头部公立医院媲美的佼佼者，本文通过介绍非公立医疗机构的现状和问题，探讨非公立医疗机构和百万医疗险融合的可行性建议。

1、非公医疗机构现状

1.1 市场概况

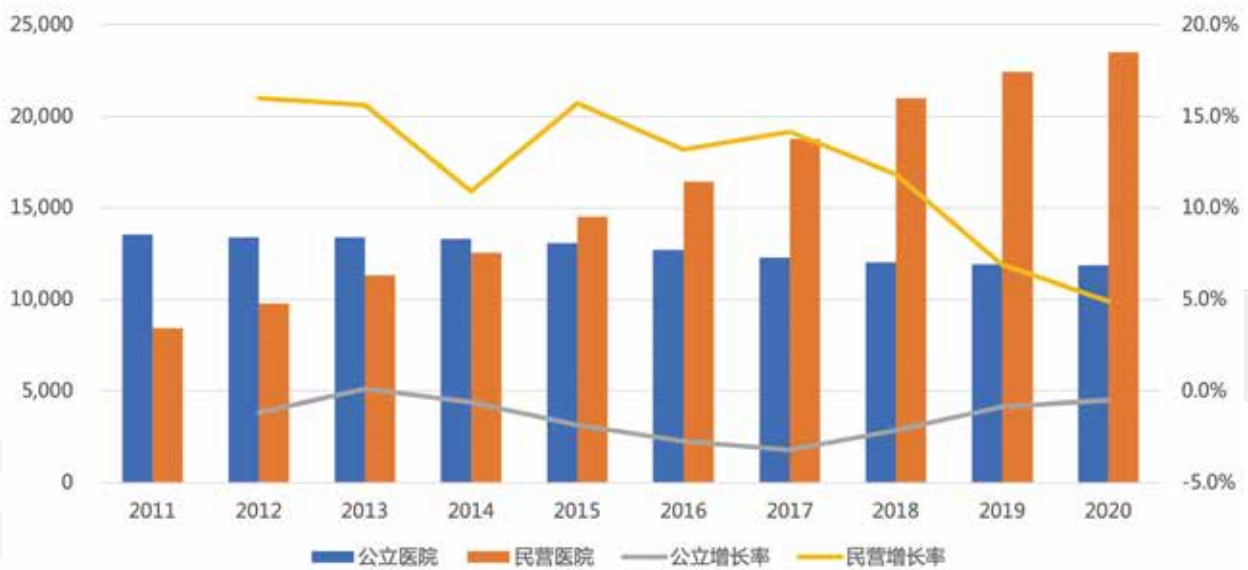
我国医疗机构的分类方式多种多样。根据《我国卫生健康事业发展统计公报》，全国医疗卫生机构分

为医院和基层医疗卫生机构。根据《中国卫生统计年鉴》，医院可以从登记注册类型、主办单位、管理类别、医院等级、机构类别进行划分。需要注意，医院的不同分类方式之间会有交叉，比如公立医院都是非盈利性医院，而民营医院既有非盈利性又有盈利性医院，这两者的差异体现在医院的收费水平上。又比如，平日熟知的“三甲医院”是按照医院等级进行共三级十等划分，公立医院和民营医院都遵循这套分类标准。本文探讨的非公医疗机构主要指民营医院。

| | 按登记注册类型分 | 按管理类别分 | | 按机构类别分 |
|------|----------|--------|------|---------|
| 医院分类 | 公立医院 | 非营利性 | 医院分类 | 综合医院 |
| | 民营医院 | 营利性 | | 中医医院 |
| | 按主办单位分 | 按医院等级分 | | 中西医结合医院 |
| 医院分类 | 政府办 | 三级医院 | | 民族医院 |
| | 社会办 | 二级医院 | | 专科医院 |
| | 个人办 | 一级医院 | | 护理院 |

近年来，随着我国国民经济水平不断提升，医药卫生体制改革不断深入，我国民营医疗也得到了快速的发展。根据国家卫健委公布的数据，截至2021年3月末，我国医院总量为3.55万家，其中公立医院1.18万家，民营医院2.37万家，民营医院占比66.7%，数量是公立医院的两倍，且民营医院近十年年均增长率超过12%，行业保持着持续快速的发展趋势。

近十年我国医院数量及增长率



数据来源：国家卫健委《我国卫生健康事业发展统计公报》

| 年份 | 全部医院 | | 公立医院 | | | 民营医院 | | |
|-------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|
| 单位：家 | 数量 | 年复合增长率 | 数量 | 占比 | 年复合增长率 | 数量 | 占比 | 年复合增长率 |
| 2015 | 27,587 | 5.6% | 13,069 | 47.4% | -2.3% | 14,518 | 52.6% | 11.5% |
| 2019 | 34,354 | | 11,930 | 34.7% | | 22,424 | 65.3%↑ | |
| 单位：亿元 | 收入 | 年复合增长率 | 收入 | 占比 | 年复合增长率 | 收入 | 占比 | 年复合增长率 |
| 2015 | 29,538 | 12% | 26,788 | 90.69% | 10.8% | 2,705 | 9.3% | 21.6% |
| 2019 | 46,442 | | 40,426 | 87.05% | | 6,016 | 13.0%↑ | |

数据来源：《2020 中国卫生健康统计年鉴》、《2016 中国卫生和计划生育统计年鉴》

民营医疗是我国医疗体系中不可或缺的重要组成部分，大力发展民营医疗是我国医疗事业发展的必然趋势之一。我国医疗体系以公立医疗机构为主体，庞大、优质的公立医院网络为民众提供着完备的医疗服务，保障了民众的就医需求。但是，由于我国人口众多、区域发展相对不均衡、优质医疗资源过于集中等原因，优质公立医院负担过重，难以满足民众的就医需要。同时，随着经济的发展，人民生活水平不断提高，民众对医疗服务的需求也在不断提高。如何解决医疗领域的供需矛盾，在缓解公立医院压力的同时能够向民众提供更好的医疗服务，是我国医疗事业发展的重要内容。

民营医院作为一种多元化的医疗服务模式，具有紧跟市场需求、富于创新、灵活性强等天然优势。民营医院的发展，既能对公立医院为主的医疗体系形成有力补充，又能促进我国医疗资源的市场化流动；既缓解了公立医院的压力，又增加了医疗行业的整体活力，为民众提供了更加丰富的就医选择和医疗服务，对我国整个医疗行业的发展有着重大意义。

与此同时，我国蓬勃发展的资本市场也对民营医疗的发展起到了大力推动作用，而资本的认可也从侧面印证了我国民营医疗广阔的发展前景。近几年，我国股权投资资金加大对民营医疗的投资力度，集中布局眼科、口腔、孕婴等多个专科领域，并积极参与公立医院改制，通过资本化运作为传统公立医院带来新的生机。同时，二级市场对民营医院概念股票也给予了高度的认可，目前沪深两市 A 股涉及民营医院概念的股票共 30 只，其中综合类民营医院 4 家、专科类民营医院 4 家，而爱尔眼科做为目前市场上最受追捧的民营医院股之一，单家市值已超 3000 亿元。同时也有多个民营医疗机构于港股上市，包括新世纪医疗、康宁医院、弘和仁爱、康华医疗、瑞慈医疗等；2020 年，两家国内知名民营医疗集团海吉亚和宏力医疗也于香港正式挂牌上市。二级市场对民营医疗的高度认可，对资本进入民营医疗领域有着积极的鼓励作用，促使资本进一步助推行业的发展。

1.2 政策支持

任何行业的发展，既需要市场需求的支撑，也离不开国家制度的保障。近几年，我国积极出台多项政策，大力支持民营医疗发展。不断完善的国家政策为我国民营医疗的发展明确了定位、建立了制度、指明了方向。

2009 年 3 月，《中共中央国务院关于深化医药卫生体制改革的意见》出台，标志着我国新一轮医改的开始，意见中明确指出要“进一步完善医疗服务体系。坚持非营利性医疗机构为主体、营利性医疗机构为补充，公立医疗机构为主导、非公立医疗机构共同发展的办医原则，建设结构合理、覆盖城乡的医疗服

务体系。”

2010年11月，国务院发布《关于进一步鼓励和引导社会资本举办医疗机构的意见》，指出“完善和落实优惠政策，消除阻碍非公立医疗机构发展的政策障碍，确保非公立医疗机构在准入、执业等方面与公立医疗机构享受同等待遇。”

2015年6月，国务院办公厅印发《关于促进社会办医加快发展的若干政策措施》，指出要对社会办医进一步放宽准入，拓宽投融资渠道，促进资源流动和共享，优化行业发展环境。

2019年6月，国家卫健委联合发改委等九部委印发《关于促进社会办医持续健康规范发展的意见》，指出要加大政府对社会办医的支持力度，推出了包括扩大用地供给，推广政府购买服务、落实税收优惠政策、简化行政审批手续等涉及土地、财税、金融、保险、审批等多方面共计22项优惠政策。

近十年，中央、国家层面涉及大力推进社会办医、非公医疗机构发展的文件就超过了20个，并将“优化多元办医格局”明确列入《健康中国2030规划》中，这些都充分体现了国家对于民营医疗发展的格外重视和大力支持。

此外，2014年11月，国家卫计委联合国家发改委等四部委，共同印发了《关于推进和规范医师多点执业的若干意见》，大大提高了医师资源的流动性，这在一定程度上，在人力资源方面为民营医疗的发展注入了新的力量。

1.3 经营问题

在市场需求、资本助力和政策支持的共同作用下，我国民营医疗得到了长足的发展，但行业快速发展的同时，也难免遇到一些问题，总结起来主要有以下两方面：

一方面，由于民营医院数量众多，医疗水平、服务质量、经营规范度参差不齐，**行业内良莠并存，民众普遍对民营医院缺乏信任，整体评价不高**。且早年间行业负面新闻频出，民众对行业的负面印象根深蒂固。虽然近几年，国家加强了对行业的管理，大力规范行业行为，行业整体面貌有所好转，但如何重新获取民众的信任，依然是困扰整个民营医疗行业的一大难题。

另一方面，民营医院虽然数量众多，但医院规模普遍较小，虽然数量是公立医院的两倍，但床位数仅为公立医院的40%，卫生技术人员数不到公立医院的30%。且目前**民营医院多集中在医美、口腔、眼科、孕婴等偏消费类专科领域**，重大疾病治疗的先进技术和学科建设还相对薄弱，与公立医院相比缺乏核心竞争力。

近五年我国医院病床数量情况

| 单位：万张 | 2020年 | | 2019年 | | 2018年 | | 2017年 | | 2016年 | |
|-------|-------|--------|-------|--------|-------|--------|-------|--------|-------|--------|
| | 数量 | 占比 | 数量 | 占比 | 数量 | 占比 | 数量 | 占比 | 数量 | 占比 |
| 公立医院 | 509.1 | 71.4% | 497.6 | 72.5% | 480.2 | 73.7% | 463.1 | 75.7% | 445.5 | 78.3% |
| 民营医院 | 204.1 | 28.6% | 189.1 | 27.5% | 171.8 | 26.3% | 148.9 | 24.3% | 123.4 | 21.7% |
| 总数 | 713.2 | 100.0% | 686.7 | 100.0% | 652.0 | 100.0% | 612.0 | 100.0% | 568.9 | 100.0% |

近五年我国医院卫生技术人员情况

| 单位：万人 | 2020年 | | 2019年 | | 2018年 | | 2017年 | | 2016年 | |
|-------|-------|--------|-------|--------|-------|--------|-------|--------|-------|--------|
| | 人数 | 占比 | 人数 | 占比 | 人数 | 占比 | 人数 | 占比 | 人数 | 占比 |
| 公立医院 | 529.2 | 78.1% | 509.8 | 78.6% | 486.8 | 79.4% | 468.5 | 81.0% | 449.1 | 82.9% |
| 民营医院 | 148.2 | 21.9% | 138.9 | 21.4% | 126.1 | 20.6% | 110 | 19.0% | 92.4 | 17.1% |
| 总数 | 677.4 | 100.0% | 648.7 | 100.0% | 612.9 | 100.0% | 578.5 | 100.0% | 541.5 | 100.0% |

数据来源：国家卫健委《我国卫生健康事业发展统计公报》

上述问题的存在，导致我国民营医院虽然数量众多，但整体服务量小，行业收入较少。2020年，我国民营医院接诊人数为5.3亿人次，是公立医院的19.0%；入院人数为3517万，是公立医院的23.7%。根据《中国卫生健康统计年鉴2020》显示：2019年我国非公立医疗机构总收入为6015.72亿元，公立医疗机构总收入为46441.38亿元，非公立医疗机构收入仅为公立医疗机构收入的13.0%。而服务量小、收入少又反向制约了民营医疗行业的整体发展。

近五年我国医院诊疗人次情况

| 单位：亿人次 | 2020年 | | 2019年 | | 2018年 | | 2017年 | | 2016年 | |
|--------|-------|--------|-------|--------|-------|--------|-------|--------|-------|--------|
| | 人数 | 占比 | 人数 | 占比 | 人数 | 占比 | 人数 | 占比 | 人数 | 占比 |
| 公立医院 | 27.9 | 84.0% | 32.7 | 85.2% | 30.5 | 85.2% | 29.5 | 85.8% | 28.5 | 87.2% |
| 民营医院 | 5.3 | 16.0% | 5.7 | 14.8% | 5.3 | 14.8% | 4.9 | 14.2% | 4.2 | 12.8% |
| 总数 | 33.2 | 100.0% | 38.4 | 100.0% | 35.8 | 100.0% | 34.4 | 100.0% | 32.7 | 100.0% |

近五年我国医院入院人数情况

| 单位：万人 | 2020年 | | 2019年 | | 2018年 | | 2017年 | | 2016年 | |
|-------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|
| | 人数 | 占比 | 人数 | 占比 | 人数 | 占比 | 人数 | 占比 | 人数 | 占比 |
| 公立医院 | 14,835 | 80.8% | 17,487 | 82.6% | 16,351 | 81.7% | 15,595 | 82.4% | 14,750 | 84.2% |
| 民营医院 | 3,517 | 19.2% | 3,696 | 17.4% | 3,666 | 18.3% | 3,321 | 17.6% | 2,777 | 15.8% |
| 总数 | 18,352 | 100.0% | 21,183 | 100.0% | 20,017 | 100.0% | 18,916 | 100.0% | 17,527 | 100.0% |

数据来源：国家卫健委《我国卫生健康事业发展统计公报》

因此，我国民营医疗的发展既要注重量，更要注重质。充足的机构数量是实现其价值的基础，但是，

只有行业整体实现高质量、高水平、高标准，才能真正得到长远持续的发展，真正在我国医疗体系中发挥重要作用，成为构建我国优质高效医疗服务体系的重要组成部分。

2、非公医疗机构与医疗险融合难题

虽然非公医疗机构数量众多，且收入和数量保持高速增长率，但是医疗险产品对非公医疗机构的接受程度各不相同。以百万医疗险为例，这种为被保险人的住院费用提供报销保障的产品，以保额高、性价比高、杠杆高的特点被市场认可，自2017年开始井喷式增长，2019年新单保费规模达到300亿元，预计2021年可累计覆盖1-1.5亿人群。但目前市场上的百万医疗险条款，对医院范围的约定主要有以下三种：

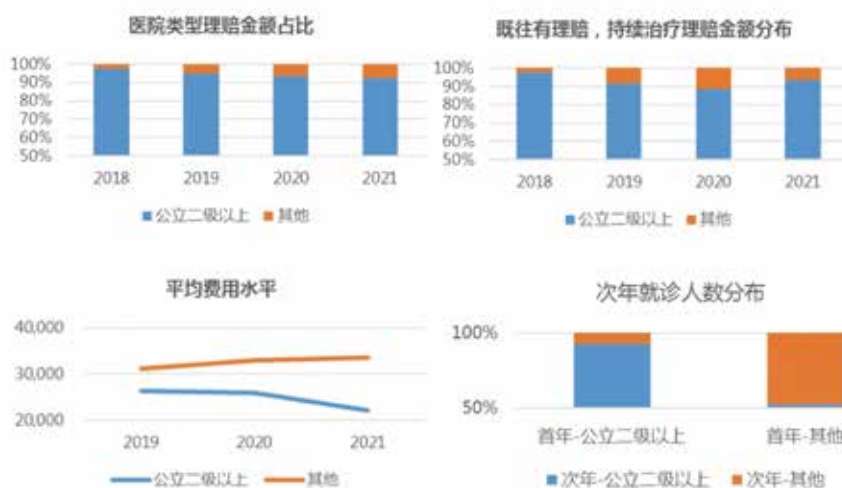
- 二级以上（含二级）公立医院的普通部
- 二级合格或者二级合格以上的社会基本医疗保险规定的定点医院普通部
- 二级及以上非营利性医院、二级及以上社保定点医院或本公司认可的其他医院

三种方式保障的医院范围逐渐扩大，其中第一种写法最为常见，后两种多为部分公司考虑客户需求、公司战略（比如保险公司控股了某几家民营医院）等因素而扩大了保障范围。在医疗险创新激烈的市场环境下医院范围并未被大规模突破，主要是因为庞大、优质的公立医院网络为民众提供着完备的医疗服务，而民营医院因为下述风险点未能纳入医疗险的医院范围。

2.1 定价风险

医疗险的定价主要由住院率和住院费用两大因素。我们将理赔数据中的医院分为公立二级以上医院和其他医院（民营医院）进行分析。从住院费用看，民营医院的理赔金额呈现快速上升趋势，而且**平均住院费用显著高于公立二级以上医院**，这可能与民营医院管理水平和盈利目标等因素有关；从住院率看，既往有民营医院理赔的被保险人，**后续治疗近一半仍去民营医院就诊，且理赔金额占比更高**，这可能与民营医院能提供更好的就医环境、更便捷的床位触达有关。

基于上述分析，民营医院的费用水平更高且存在一定的持续治疗效应，这相比于保险公司现在对医疗险的定价既提高难度又增加成本。



2.2 经营风险

民营医院数量众多，分布广泛，管理精细度各不相同，因此**某些医院出现了经营不规范、骗保问题等现象，对患者医治、医保运营等方面造成不良影响。**

例如，部分民营医院未经许可借用名牌医院名称，欺骗患者前来就医，在治疗过程中出现过编造疾病、

术中加价、诱导医疗、敲诈勒索等问题。另外，某些经营不规范的民营医院会对某些尚在实验阶段的新疗法、新药品向患者收费，而这些本是医院可以免费向志愿患者提供的治疗。如果保险公司将民营医院纳入医院范围，虽然上述费用不应该出现在保障范围内，但在理赔实务时也难以清晰拆开，增加理赔难度。

根据有关媒体梳理中国裁判文书网发现，从 2014 年至 2019 年 5 月，民营医院骗取医保基金的案件，已公布裁判文书为 93 例。医疗保险定点民营医院成为欺诈骗保的重灾区，超量售药、串换药品、虚假售药、虚记多记费用、挂床住院等问题严重。如果保险公司将民营医院纳入医院范围，理赔端将承担更多压力，增加运营成本和理赔风险。

由此可见，民营医院的行业定位和自身经营是阻碍民营医院和医疗险的融合的主要难题。盲目将所有民营医院纳入医疗险势必会产生大量纠纷、提高运营成本；即使将民营医院范围缩窄在二级及以上也会面临成本增加的难题。因此，保险公司将民营医院与医疗险融合需要在风险可控的前提下寻找合适的平衡点。

3、非公医疗机构与医疗险融合思路

3.1 思路启示

目前百万医疗有一个非公医疗机构与医疗险融合的成功案例——质子重离子责任。这项责任为被保险人在上海质子重离子医院接受的质子重离子治疗费用提供报销保障，这里的上海市质子重离子医院，暨复旦大学附属肿瘤医院质子重离子中心，其强势学科就是对指定癌症提供质子重离子的放射治疗。根据相关报道：“六年来上海质子重离子医院已累计治疗出院患者 3565 例，年治疗量平均增长 26.1%，临床可收治病种已拓展至 40 余种，同时围绕我国发病率靠前的鼻咽癌、颅内颅底肿瘤、肺癌、肝癌、前列腺癌及胰腺癌等“5+1”重点病种开展临床治疗，目前“5+1”重点病种患者数占出院患者总数的 64.8%。”¹



回顾质重责任的发展历程，其设计初衷既有对癌症治疗优势的重视，也有资本市场对保险医疗产业融合的布局；保险行业对质重责任的态度也逐渐开放，销售渠道从医保试点到网销再到个险，赔付比例也从 60% 拓展到 100%，医院范围更是从国内走向亚洲，目前已经成为百万医疗险的常规责任。可以看出，具有专业优势的民营医院对保险产品的发展具有正向促进作用。

¹ 市质子重离子医院晒六周年成绩单：病种拓展至 40 余种，疗效处国际同类领先

| 质重责任发展历程*（资料来源：质子中国） | |
|----------------------|------------------------------------|
| 2015.11 | 上海质重医院投入使用，太保和太保安联推出首款质重保险——“质重优享” |
| 2017.1 | 新华、太保分别推出上海医保账户住院医疗自费保险，保障质重治疗 |
| 2017-2018 | 质重责任搭配微医保、好医保、尊享e生销售，成为互联网保险标配 |
| 2019- 至今 | 质重责任从百万医疗的主力升级点变成常规责任 |

| 质重责任风险分析 | |
|----------|--|
| 责任形式 | 可设计为主险、附加险或主险的单独责任 |
| 治疗机构 | 大部分仅包括上海质重医院，太平质安心新增日本医院，国寿康悦质重优享版新增甘肃武威重离子医院 |
| 治疗费用 | 少部分除外靶向免疫疗法费用，并明确保障费用是在指定医院接受质重治疗的相关费用 |
| 保额上限 | 大部分设置100万保额，少部分设置床位费单项限额，近期出现10-100万多档保额设计 |
| 赔付比例 | 因为上海质重医院是民营医院，所以大部分产品的质重责任赔付比例为100%。少部分新增医院或调整保额的产品设置赔付比例为60%或80% |
| 建议 | 考虑上海质重医院的民营医院属性和医疗技术进步，建议： 1、单独设置医疗责任，不与其他医疗责任混合描述 2、医院范围动态调整并在官网公示 3、明确赔付比例和治疗费用范围 |

3.2 破局方法

受质重责任的启发，我们认为具有专业优势的民营医院适合作为民营医院与医疗险融合的破局点。这样的三方合作对被保险人、民营医院和保险公司都有极大好处：

- 被保险人：获得更早的对症下药机会、更先进的治疗方式和更广的保障范围，利用商保减轻经济压力
- 民营医院：为更多病人提供先进治疗方案，提高医院知名度，提高科研实力
- 保险公司：高杠杆的可保风险满足风险偏好，加深医疗和保险的产业融合，丰富产品创新思路。

例如，陆道培医院是一家以血液癌症治疗和造血干细胞移植为擅长的专科民营医院。陆道培医院自2014年起一直稳居我国非血缘移植领域市场第一；截止2021年4月，累计完成1200多例CAR-T临床实验，单中心CAR-T细胞治疗例数居全球第一。这样一家在血液重症领域技术和经验全国领先的医院，没有道理不纳入百万医疗险的赔付范围。

同时，针对前文提及的民营医院存在的风险点，一方面可以通过做好尽职调查选取市场和患者认可的行业头部民营医院，并建立双方产品开发、后续运营的沟通机制，这样能够有效降低经营风险；另一方面，通过选取行业头部民营医院擅长治疗的疾病来设计责任，基于此开展数据合作夯实定价基础，能够有效降低定价风险。



综上，保险公司可在质重责任基础上拓展非公立医疗机构的范围，选取在专科领域医疗水平高、市场信誉好的民营医院，开发“特定疾病 + 治疗方式”的保险责任加入百万医疗产品。借助医疗险的支付功能，打通被保险人的就医需求和民营医院先进的医疗资源，探索新场景下保险公司同医疗资源提供方的合作空间，为保险公司经营医疗险提供新思路。

4、非公医疗机构与医疗险发展畅想

市场对非公医疗机构的发展存在许多声音，比如承接特需服务与公立医院差异化竞争，比如借助医联体和医师多点执业的形式抱团取暖等。可以看出，挖掘特色和优势互补是民营医院发展的市场聚焦。如何寻找一种黏合剂将民营医院的优势聚沙成塔，我们认为未来商保支付可以作为一种尝试和探索。

我们发现，民营医院的治疗领域各有特色，需要差异化对待和分析。比如有些民营医院专攻疑难杂症，患者来源广，但治疗费用高、社保报销低，患者存在支付缺口；有些医院专治某些急性病，患者来源有区域性和集中性，适合发挥民营医院床位数和医生多点执业的优势，为当地公立医院的分流压力。同时，这些特色的治疗优势需要突破公立医院药占比的限制、需要与器械厂商合作使用先进疗法和材料、需要提供良好的医疗环境和医生的专业咨询，这些都造成了民营医院治疗费用高于公立医院的现象。商保利用其风控技术和支付特点，相信能够有效聚合双方优势、突出专业特色。

我们希望借助这次非公医疗机构的商保探索，填补医疗险的保障缺口，为医疗险市场创新提供新思路、为被保险人接触先进医疗资源提供新途径、为民营医院的发展提供新动力，加强商业保险与医疗资源提供方的深度融合，为健全完善多层次医疗保障体系共同努力。

附录：中再寿险合作的部分非公医疗机构简介

一、陆道培医院

陆道培是世界著名血液病医学专家，亚洲骨髓移植第一人，中国工程院院士，北京大学与复旦大学教授，前中华医学会副会长，前北京大学血液病研究所所长，中华医学会血液分会终身成就专家，中华造血干细胞合作组发起人。陆道培院士在我国血液病治疗领域有着巨大的贡献，他开创的半相合移植的 GIAC 方案是血液病治疗领域划时代技术革新。陆道培院士被誉为中国造血干细胞移植奠基人、亚洲骨髓移植之父。

陆道培医疗集团是由陆道培院士在本世纪初创建的一家专注于血液病及肿瘤治疗、科研、教学为一体的民营医疗集团，目前已发展至三家医院和一家科研机构：河北燕达陆道培医院、北京陆道培医院、北京陆道培血液病医院，以及陆道培血液病研究院；在建医院一家，为上海陆道培医院。目前现有三家陆道培医院总面积近 12 万^m，总床位数超 1300 张，年接诊患者近 10 万人次，住院患者超 2 万人次，年骨髓移植量超 1000 例。从床位规模计算，陆道培医院现已成为世界最大的血液病肿瘤专科医院之一。2019 年，陆道培医疗集团获得年度“干细胞和再生医学行动奖”国际成就奖，是迄今为止唯一获得该奖项的中国组织。2020 年，与北京大学血液病研究所共同获选成为了“国家重点血液系统疾病领域临床研究中心”。

成立至今，陆道培医疗集团累计完成超 7500 例骨髓移植手术，移植例数多年来占当年全国移植总数的 10% 左右。移植团队 2019 年共完成造血干细胞移植 1081 例（手术例数超过同领域优势公立医院，全国排名第一）；2020 年完成造血干细胞移植 977 例；其中亲缘半相合移植数量历年来占到移植总数的 75% 以上，陆道培医院自 2014 年起一直稳居我国非血缘移植领域市场第一。此外，截止 2021 年 4 月，累计完成 1200 多例 CAR-T 临床实验，单中心 CAR-T 细胞治疗例数居全球第一。

陆道培医院血液病检验临床样本量达 100 万例次，50% 以上患者为难治复发及不缓解状态，来自全国各地的会诊病例约占 24%，成为全国的血液病领域疑难病诊断中心。

二、三博脑科医院

首都医科大学三博脑科医院成立于 2004 年，由一批国内知名的神经外科专家参与创建而成，是集医疗、教学、科研为一体的学院型医院。医院集团发展至今，已在北京、福建、重庆、云南、湖南五省建成六个院区，共有 2000 余张床位，1600 余名员工，医疗服务范围已辐射至全国 30 个省市及世界各地。医院医疗服务几乎涵盖了全部神经专科疾病，在癫痫、听神经瘤、胶质瘤、脑血管瘤、颅咽管瘤、脊髓肿瘤等多个疾病的治疗技术达到国内领先水平，其中神经外科、神经内科、麻醉科、疼痛科四个专业获国家级药物临床试验机构资格认定。2011 年，由国家卫生部评定，三博脑科与首都医科大学附属北京天坛医院、首都医科大学宣武医院同为国家临床重点专科（神经外科）建设单位。在北京市卫计委公布 DRGs 排名中，与天坛医院、宣武医院同为神经外科三甲，其中技术难度指数连续多年排名第一。

医、教、研相结合是三博脑科医院的发展特色。教学方面，三博脑科医院现为首都医科大学第十一临床医学院，是首都医科大学硕士点、博士点和博士后流动站，拥有首都医科大学博士生导师 10 人，硕士生导师 19 人。科研方面，三博脑科神经外科学处于我国行业内领先地位，医院专家累计承担和参与了国家级、省级各类科研项目 140 余项，主编、主译专业论著 48 余部，SCI 论文 180 余篇。此外，医院成立了三博脑科研究所，是癫痫病临床医学研究领域北京市重点实验室、北京脑重大疾病研究院癫痫病研究所依托单位，目前已承担数十项国家级、省部级科研课题，三博脑科研究所现已成为国内一流的癫痫病

研究实验室。

三、上海冬雷脑科医院

上海冬雷脑科医院成立于 2019 年，是国内首家由医生集团创办的三级脑科专科医院。创始人宋冬雷医生，上海市医师协会神经外科分会副会长，上海市社会医疗机构协会神经外科分会会长；原复旦大学附属华山医院神经外科主任医师、博士生导师、脑血管疾病组创始人兼负责人，在华山医院从事神经外科工作 23 年；从业生涯中，开展脑外科神经介入治疗及显微外科手术治疗案例逾 2 万例，是我国少数同时精通血管介入和显微外科手术的神外科专家之一；是我国首位获得 Onyx 介入治疗许可的医生，在中国率先开展 Onyx 介入治疗脑血管畸形；曾获得国家科技进步三等奖、上海市科技进步二等奖、中华医学科技奖三等奖等多个奖项，参加完成包括国家自然科学基金项目在内的多个国家级、省级重大项目。

宋冬雷医生于 2015 年创办冬雷脑科医生集团。冬雷脑科医生集团是医生集团这一创新医疗服务模式在我国发展较为成功的一家代表性机构，成立之初就获得了多家投资机构的青睐。集团发展至 2018 年，已拥有数十名知名专家医生，拥有自己管理的手术基地 1 家，合作基地 20 余家。2019 年，为进一步提升医生集团的服务能力和接诊能力，医生集团自建上海冬雷脑科医院。从医生集团到专科医院，这一发展路径在我国医疗行业发展新时期具有行业标致性和示范性作用，对医生集团这一创新医疗服务模式的发展进行了积极探索，对民营医疗行业的整体发展具有重大意义。

上海冬雷脑科医院占地面积 2 万平方米，预设床位 300 张，医院为南通大学教学医院，上海国际医疗旅游首批 10 家试点医院之一。医院拥有全职核心专家 40 余位，并长期与国内多家知名三甲医院数十位知名专家达成多点执业合作。冬雷脑科医院以“脑科专科诊疗”、“全生命周期脑健康管理”为特色，同时提供脑血管病、脑肿瘤、功能神经外科、脊髓脊柱专科、神经内科、睡眠障碍、神经重症、植物人促醒、神经康复、脑健康筛查、国际医疗部等专科医疗服务，是我国脑科疾病治疗领域一家高水平、高质量的私立医疗机构。

注：本附录内容已经过上述医院相关负责人核实无误，中再寿险不对附录内容承担任何法律责任。



作者介绍

王尔实 ASA 中再寿险产品开发部产品开发处

擅长的职业领域：海内外产品和精算实务研究，产品设计和定价

邮箱：wangershi@chinarelife.cn



专题七

香港长期医疗险经营经验

中再寿险产品开发部 · 王明彦、王尔实

1、香港医疗险概况

1.1 定位

香港医疗险在香港保险公司的产品体系中占据重要位置，这是由香港医疗体制和医疗保障体系的特点决定的。

香港采用的是公费医疗的医疗保障体系，公立医院门诊和住院都采用定额付费的方式：急诊 180 港币，住院 100 港币 / 天。但低廉定价带来了巨大的医疗负担，公立医院会根据患者病情的紧急严重程度来确定收治优先级，导致民众在公立医院不能获得及时的医疗服务。这种医疗体制下，有经济实力的香港民众会优先选择私立医院进行就医，享受优质便捷的医疗服务。据统计，香港总出院人次中有 18% 来自私立医院。但是私立医院定价水平较高，日均住院费用通常高达几万港币，这就催生了民众通过购买商业医疗险转嫁医疗费用风险的需求。因此，和大陆不同的是，香港医疗险的保障范围均以私立医院为主，并拓展全球的医疗资源。

医疗险在香港市场具有极高的市场需求，因此也被当作保险公司的重要产品线，**在香港保险市场中被定位为需要投保的“第一份保单”**，覆盖了超过 30% 的香港居民。香港代理人非常重视医疗险产品，因为代理人可以通过医疗险的高频理赔建立和客户之间的信任关系和粘性，以开拓其他保险产品如重大疾病保险和投连险的销售。香港保险公司重视医疗险的产品的开发与运营，通过每年迭代的策略丰富产品特色。相比大陆对于百万医疗险作为“获客工具”和“流量变现工具”，香港市场对于医疗险的重视程度更高。

1.2 类型

香港市场个险渠道销售的医疗险产品中，根据产品提供的服务范围和保障水平不同，可分为大众医疗险和高端医疗险。大众医疗险和高端医疗险的差别如下：

- 从保障范围看，大众医疗险和高端医疗险可能相同也可能不同，住院医疗通常是二者皆有的责任，但高端医疗险可能包括门诊、孕产、院后护理等责任；
- 从保障水平看，大众医疗险通常针对每个医疗项目都有一个赔付上限和给付比例，被保险人受制于单项限额只能入住普通病房或半私家房。不同的产品计划会设置不同的单项限额，制造出梯度保障水平。而高端医疗险是通过**取消单项责任的赔付上限**来提高保障水平，被保险人可以选择入住私家房，且享受几乎全额报销。这是区分大众医疗险和高端医疗险的主要标志。
- 从免赔额看，大众医疗险通常不设置免赔额；高端医疗险由于放宽单项限额而导致成本太过高昂，因此会通过设置一定的免赔额降低成本，但即使是免赔额后的价格也高于普通医疗险。

| 项目 | 大众医疗险 | 高端医疗险 |
|------|--------------|------------------------------|
| 服务范围 | 相对较窄 | 相对广泛，增加如院后护理、门诊、牙科、怀孕等责任 |
| 免赔额 | 无免赔额 | 多项免赔额供客户选择 |
| 赔付比例 | 单项医疗责任设置赔付比例 | 单项医疗责任全额报销 |
| 单项限额 | 单项医疗责任设置理赔上限 | 少部分单项医疗责任设置理赔上限，通过年度理赔上限控制风险 |

表 1 友邦香港医疗险产品对比

对比大陆的百万医疗险，香港医疗险的不同主要体现在如下几方面：

- 大陆的百万医疗险通过高免赔额来控制发生率，对于医疗费用通常无限制；而香港医疗险是通过实质的单项限额来控制医疗行为和医疗费用，对于发生率通常无限制；
- 香港医疗险通常含有无理赔优惠服务（No Claim Bonus, NCB），通过保费折扣提高继续率；

保證終身續保

特級「健康之寶」醫療保障計劃²保證您的續保保費不會因您的索償記錄和身體狀況而調高。您可每年續保直至終身。續保保費將根據當時適用之保費表釐定。

無索償獎金

為了鼓勵您保持健康生活，AIA特別在本計劃下設無索償獎金，最高可獲回贈上一個保單年度已繳保費之15%。

如保單在連續3個保單年度或以上沒有作出賠償，在每個相應保單週年日您將可獲得此獎金。有關此獎金之回贈百分比詳見下表：

| 無索償年期 | 回贈百分比 |
|-------------|-------|
| 連續3個保單年度 | 5% |
| 連續4個保單年度 | 10% |
| 連續5個保單年度或以上 | 15% |

友邦 - 健康之寶醫療保障計劃²

「守護一生」保證終身續保⁵，持續照顧您的保障需要。

5. 計劃的續保期為一年，並基於保單的續保費率行續保。如有保證續保此計劃的權利，則受保人應確保在保單續保期內有足夠的保費繳付。保費並非保證我們可隨時作出調整，有關詳情，請參閱以下重要事項的「保費調整」及「續保」部分在本計劃之有關「每年保費表」。

3. 續保保證
受保人應確保保費及保費率。本公司會定期核對本公司之產品，包括保費率，以確保可繼續提供保障。詳情請參閱本公司的理財顧問、業務成本、上保及其他因素。本公司可於每個保單週年日調整保費。

9. 續保
本計劃保證終身續保。本公司保留權利於每次續保時修訂本計劃之保障、保單條款及細則和保費。

若受保人最少兩個連續保單年度沒有任何索償，我們會為您提供健康獎賞³以鼓勵健康生活。]

| 無索償年期 | 健康獎賞 |
|-------------|--|
| | 緊接無索償年期後的保單年度的保費(包括額外保費及不包括任何附加保障保費)之百分比 |
| 連續2至4個保單年度 | 8% |
| 連續5個保單年度或以上 | 16% |

宏利 - 守護一生醫療保障計劃

图1 香港医疗险的无理赔优惠条款描述

· 香港医疗险的医疗服务范围以私立医院为主，覆盖全球医疗资源，通过单项限额或者理赔系数来控制风险和成本，而大陆百万医疗险是以公立医院为保障范围；

· 香港医疗险的保费相对大陆百万医疗较贵，普通医疗险和高端医疗险保费差异较大；以友邦的健康之宝医疗保障计划2（普通病房）和至尊医疗计划5（0免赔）为例，30岁不吸烟男性，普通医疗和高端医疗的月缴保费分别为285和2034港元。

1.3 自愿医保

2019年4月1日，香港推出了自愿医保计划（Voluntary Health Insurance Scheme, VHIS）。这项计划类似于大陆的税优健康险，包含标准计划和灵活计划两种，保障消费者在私家医院的住院医疗费用，鼓励消费者使用私营医疗服务。

自愿医保计划由商业保险公司经营、香港食物及卫生局审批，并在官方网站提供认可产品计划的详细信息，其主要特点如下：

· 标准计划由政府制定标准化条款和保障内容，可以提供最基本的就医保障，足够被保险人在香港私家医院住6至8人一间的普通病房，进行一些花费不算太高的治疗和手术，每年每人最多理赔42万港币，终身保额无上限。标准计划可类比为上文提及的大众医疗险中保障水平较低的计划。

· 保险公司可在提供标准计划的基础上提供灵活计划供客户选择，灵活计划在提供标准计划保障基础上，需提供额外保障满足消费者需求。灵活计划可类比为上文提及的普通医疗险的众多梯度中保障水平中

高水平的产品计划或者高端医疗险。

- 消费者根据所交保费可进行税收抵扣，每人最高享受 8000 港币的税收减免。
- 标准计划不设终身保障限额，每年保障限额 42 万港币。
- 一般医疗险的最高投保年龄为 60 岁，自愿医保计划允许更多老年人加入计划，最高投保年龄扩展至 80 岁，且保证续保至 100 岁。
- 若产品停售，要求对有效单进行转保，且要求转保后产品保障水平不得低于原产品。
- 提供无理赔优惠计划和全球医疗保障。

| 保障项目 | 賠償限額 |
|--|--|
| | 港元 |
| a. 病房及膳食 (每日) | 750 每保單年度最多180日 |
| b. 雜項開支 (每保單年度) | 14,000 |
| c. 主診醫生進房費 (每日) | 750 每保單年度最多180日 |
|  d. 專科醫生費 ² (每保單年度) | 4,300 |
| e. 深切治療 (每日) | 3,500 每保單年度最多25日 |
| f. 外科醫生費 (每項手術) | 複雜：50,000 大型：25,000 中型：12,500 小型：5000 |
|  AIA自願醫保標準計劃手術表 按手術表劃分的手術分類。若希望了解手術分類，可瀏覽以下網址： https://www.aia.com.hk/content/dam/hk/zh-hk/pdf/product-brochure/individuals/whis-standard/AVS_surgical_procedure_tc.pdf | |
| g. 麻醉科醫生費 | 外科醫生費的35% ⁵ |
| h. 手術室費 | 外科醫生費的35% ⁵ |
|  i. 訂明診斷成像檢測 ^{2,3} (每保單年度) | 20,000 設30%共同保險 ⁶ |
| j. 訂明非手術癌症治療 ⁴ (每保單年度) | 80,000 |
|  k. 入院前或出院後/日間手術前後的門診護理 ² (每次) | 580 每保單年度3,000港元 • 住院/日間手術前最多1次門診或急症診症 • 出院/日間手術後90日內最多3次跟進門診 |
| l. 精神科治療 (每保單年度) | 30,000 |

图 2 友邦香港自愿医保的标准计划

| 保障項目 ^{1,2} | 網絡保障 ^{4,10} (賠償附註) | | | | | | 非網絡保障 ^{9,10} (賠償附註) | | | | | |
|--|--|--------|--------|--------|--------|---------|---------------------------------|--------|-------|--------|--------|---------|
| | 普通房 | | 半私家房 | | 標準私家房 | | 普通房 | | 半私家房 | | 標準私家房 | |
| | 美元 | 港元 | 美元 | 港元 | 美元 | 港元 | 美元 | 港元 | 美元 | 港元 | 美元 | 港元 |
| a. 病房及膳食 (每日) | 138 | 1,100 | 300 | 2,400 | 550 | 4,400 | 125 | 1,000 | 275 | 2,200 | 500 | 4,000 |
| 每保單年度最多180日 | | | | | | | | | | | | |
| b. 雜項開支 (每保單年度) | 1,975 | 15,000 | 2,813 | 22,500 | 3,750 | 30,000 | 1,840 | 14,000 | 2,625 | 21,000 | 3,500 | 28,000 |
| c. 主診醫生巡房費 (每日) | 138 | 1,100 | 300 | 2,400 | 550 | 4,400 | 125 | 1,000 | 275 | 2,200 | 500 | 4,000 |
| 每保單年度最多180日 | | | | | | | | | | | | |
| d. 專科醫生費² (每保單年度) | 605 | 4,600 | 675 | 5,400 | 1,338 | 10,700 | 565 | 4,300 | 625 | 5,000 | 1,250 | 10,000 |
| e. 深切治療 (每日) | 560 | 4,480 | 925 | 7,400 | 1,450 | 11,600 | 468 | 3,740 | 770 | 6,160 | 1,210 | 9,680 |
| 每保單年度最多25日 | | | | | | | | | | | | |
| f. 外科醫生費 (每項手術) | | | | | | | | | | | | |
| 複雜 | 7,240 | 55,000 | 10,750 | 86,000 | 15,000 | 120,000 | 6,580 | 50,000 | 9,375 | 75,000 | 12,500 | 100,000 |
| 大型 | 3,620 | 27,500 | 5,375 | 43,000 | 7,500 | 60,000 | 3,290 | 25,000 | 4,688 | 37,500 | 6,250 | 50,000 |
| 中型 | 1,810 | 13,750 | 3,225 | 25,800 | 4,500 | 36,000 | 1,645 | 12,500 | 2,813 | 22,500 | 3,750 | 30,000 |
| 小型 | 724 | 5,500 | 1,075 | 8,600 | 1,500 | 12,000 | 658 | 5,000 | 938 | 7,500 | 1,250 | 10,000 |
|  | AIA自願醫保靈活計劃手術表 按手術表劃分的手術分類。若希望了解手術分類，可瀏覽以下網址： https://www.aia.com.hk/content/dam/hk/zh-hk/pdf/product-brochure/individuals/vhis-flexi/AVF_surgical_procedure_tc.pdf | | | | | | | | | | | |
| g. 麻醉科醫生費 | 外科醫生費的35% ⁴ | | | | | | | | | | | |
| h. 手術室費 | 外科醫生費的35% ⁴ | | | | | | | | | | | |
| i. 訂明診斷成像檢測^{2,3} (每保單年度) | 2,895 | 22,000 | 4,125 | 33,000 | 5,500 | 44,000 | 2,630 | 20,000 | 3,750 | 30,000 | 5,000 | 40,000 |
| 設30%共同保險，電腦斷層掃描(只限冠状動脈)、 磁力共振掃描(只限頸椎、腰椎及腦部)及正電子放射斷層掃描除外 | | | | | | | | | | | | |

图3 友邦香港自愿医保的灵活计划

根据政府披露的投保信息：“自愿医保推行首年，认可产品的保单已达 52.2 万张。根据独立顾问在自愿医保推出前的估算，在计划推出的首两年购买认可产品的人数约 100 万。现时的保单数字反映计划正稳步迈向目标。”“在 52.2 万名被保险人中，大部分（97%）购买灵活计划，其余则购买标准计划。超过半数（54%）被保险人为 40 岁以下；超过三分之一（34%）受保人为 30 岁以下，这说明自愿医保对年轻人士有一定吸引力。”

究其原因，政府的税收减免政策对自愿医保计划的流行起到极大的推动作用。在不减少保障范围且扩大投保人群的前提下，对消费者而言，税收减免政策可看做政府提供补贴让利给消费者；对保险公司而言，税收减免政策降低了产品的销售难度，且灵活计划提供差异化产品满足市场竞争需求。因此，香港既往的医疗险客户基本已经转保进入了自愿医保计划，自愿医保计划已逐渐取代香港保险的传统医疗险个险产品，成为市场主流的医疗险产品。

2、香港医疗险的长期性研究

2.1 保险期间

从整体市场看，香港的保险业务分为一般业务和长期业务，可以类比为大陆地区的财险业务和寿险业务。由于医疗险兼具短期险和人身险的特征，因此医疗险既可以归类在一般业务中，也可以归类在长期业务中。如果保险公司具备“一般业务”的牌照，通常会将医疗险按照一般业务报备，实质是短期险产品；如果保险公司仅具备“长期业务”的牌照，通常会将医疗险开发成小额寿险产品的附加责任进行备案，实质是在长期寿险产品上附加了短期医疗责任。

根据香港保险业监管局 2019 年行业统计数据整理医疗险保费规模，可得出如下结论：

- 整体来看，保险行业年保费为 6544.66 亿港元，其中医疗险年保费为 280.5 亿港元，占行业保费的 4.3%；医疗险的新单保费为 151.55 亿港元，占医疗险年保费的 54%。

- 在一般业务中，意外及健康险中的医疗险毛保费为 140.9 亿港元，占一般业务的 33.5%，占意外及健康险的 82%。

- 在长期业务中，医疗险的统计科目均为“附加合约 - 意外及疾病（医疗）”，记录在“年金除外的人寿保险”和“相连长期”科目下，说明医疗险在长期业务中均为短期附加险，附加在投连险或除年金的寿险上。

| 保险业务 | 业务种类 | |
|---|--------|----|
| 一般业务 General Insurance Business | 意外及健康 | |
| | 汽车 | |
| | 飞机 | |
| | 船舶 | |
| | 货运 | |
| | 财产损失 | |
| | 一般法律责任 | |
| | 金钱损失 | |
| 长期业务 Long Term Insurance Business | 投连 | |
| | 非投连 | 终身 |
| | | 储蓄 |
| | | 定期 |
| | | 其他 |

表 2 香港保险业务分类

| 2019 年医疗险保费统计（单位：百万港币） | | | | | |
|---------------------------------------|------------------------|------------------|---------|---------|-------|
| 一般业务 General Insurance Business | | 意外及健康 - 医疗 _ 毛保费 | | 分项总计 | 占比 |
| | | 14,090 | | 42,015 | 33.5% |
| 长期业务 Long Term Business | 附加合约 - 意外及疾病（医疗）_ 年化保费 | | 分项总计 | 占比 | |
| | 个险 | 新单 | 965 | 121,271 | 0.8% |
| | | 有效单 | 11,427 | 486,441 | 2.3% |
| | 团险 | 新单 | 100 | 387 | 25.9% |
| | | 有效单 | 1,468 | 4,352 | 33.7% |
| 合计 | | 28,051 | 654,466 | 4.3% | |

表 3 2019 年香港医疗险保费统计

· 在长期业务中，医疗险以个险为主；团险医疗险均为雇主提供的医疗计划，整体占团险业务的33.7%。

综上，香港医疗险产品被界定为长期产品或短期产品取决于保险公司所拿到业务牌照。香港市场的医疗险本质上均为短期医疗险，虽然有些医疗险被归类在长期业务中，但其本质是不具备一般业务牌照的寿险公司开发的附加在寿险长期业务上的短期医疗险产品。

2.2 保证续保

虽然香港医疗险是短期产品，但是给予了客户一定的长期承诺。比如，某香港医疗险产品续保条款描述为：“本计划保证终身续保。本公司保留权利于每次续保时修订本计划之保障、保单条款及细则和保费。”但需要注意的是，香港医疗险产品的“保证续保”的含义和大陆监管体系下的“保证续保”并不相同：一方面香港医疗险并不要求对保险责任和条款约定进行保证，非自愿医保的医疗险责任和条款可以在续保时无限制的被调整，自愿医保的医疗险责任和条款可以在续保时以政府公布的标准计划为调整下限；另一方面保险公司可以停售产品甚至彻底退出医疗险业务。

例如，自愿医保计划的保证续保条款会约定：保险公司丧失自愿医保产品供应者资格，则可以停售自愿医保产品，但需要用一款保障水平不低于自愿医保标准计划的医疗险产品承接老客户。

| | 大陆保证续保 | 香港保证续保 自愿医保前 | 香港保证续保 自愿医保后 |
|---------|---|-----------------|-------------------------|
| 费率 | 保证费率或者按照监管约定的费率调整机制进行调整，有调费触发条件和调费上限的要求 | 可随意调整，不能歧视单一个体 | 可随意调整，不能歧视单一个体 |
| 条款和责任 | 不能减少责任或者增加免除 | 可随意调整 | 可调整，但保障水平不得低于标准计划 |
| 续保是否核保 | 不核保 | 不核保 | 不核保 |
| 产品停售的处理 | 老客户需被续保至保证续保期间届满 | 保险公司自行决定是否承保老客户 | 用保障水平不得低于标准计划的其他产品承接老客户 |

表 4. 大陆和香港医疗险的保证续保比较

2.3 调费实务

由于香港医疗险已经进入运营成熟期，且继续率较高，因此选择效应衰退和选择性退保并不是导致其费率调整的主要原因。香港医疗险费率增长的主要因素是医疗通胀。调费幅度由保险公司根据产品本身的运营情况，结合市场需求来综合制定，根据历史经验每年涨费幅度约为 5-15% 左右。

香港消费者对医疗险调费具有较高的接受度，主要有三个原因：

- 首先，香港的医疗费用常年居高不下，消费者在私家医院就医时能感受到医疗服务费用在逐渐提高，

而且相对理性的消费者对医疗通胀有一定的理解，进而对医疗险调费能够接受。

· 其次，香港的医疗险产品均通过代理人渠道销售，且香港代理人素质较高，和客户的粘性较强，调费时会跟客户做解释工作，客户对其也比较信赖。

· 最后，产品形态中的无理赔优惠（NCB）设置也对产品维持高续保率起到积极作用，针对无理赔的客户给予一定费率折扣的优惠。

3、香港医疗险的监管方式

香港的保险监管机构为保险业监管局（“保监局”），成立于2015年12月。在相对自由的市场经济环境下，保险业以自律为主、监管为辅。保监局主要关注保险公司的设立、股本和偿付能力充足性，承担行业经营信息披露等职责，不会参与保险公司的日常运作事宜，包括新产品开发、费率厘定和调整保单条款或保费费率。

目前仅有个别储蓄类长期险种及2019年推出的自愿医保计划（VHIS）类产品需要在产品开发及升级期间报备保监局，其余包括费率可调的商业医疗保险产品在内的其他产品均不需要与保监局进行任何形式的监管沟通。

关于医疗险调费的监管，香港保监局仅做原则上的规定，即公平对待客户。公平对待客户在医疗险调费上的体现是：不能因为单一被保险人调费，调费应基于某个风险类别进行。但是对于调费触发条件、调费上限等并无规定。

信息披露方面，保监局于2019年11月发布了《医疗保险业务指引》（指引31），文中涉及保单续保涨价的主要规定主要有以下三点：

- 保险公司需在费率及保障内容调整之前书面通知被保险人或者保险中介；
- 书面通知应清晰解释具体调整内容以及调整原因；
- 若续保时产品保障有变化，保险公司应尽可能向被保险人提供原方案续保的选择。

“指引31”要求保险公司在调费之前需通过书面形式告知被保险人，因此，信件、短信、邮件等告知形式是目前各公司普遍采取的通知手段。通知中对于调费原因的解释通常较为简单模糊，多以“医疗通胀”以及“保障增加”为由。同时，各公司均不会对费率调整进行公开信息披露，亦不需要与监管进行任何形式上的沟通。消费者若想了解产品既往的调费情况，需要通过其代理人或其他中介市场进行了解。尽管监管未明确要求，多数保险公司会在产品起售3-5年后开始首次调费，调费具有3-5年的空窗期的主要原因包括：

- 一般情况下新产品在上市时的毛保费拥有充足的定价空间；
- 产品上市初期以新单业务为主，整体健康情况较好，由于核保效应，前期净成本较低；
- 新单销售佣金占比较高，随着续保而逐年下降。

4、总结

香港医疗险是香港保险产品体系中的重要一环，因为它既是满足香港本地居民享有更高效率和品质的私立医院服务的重要支付手段，具有较高的普及性；它也是保险公司和代理人维持与客户接触和粘性的重

要产品，具有较高的战略意义。

从产品形态上看，香港医疗险分为大众医疗险和高端医疗险，而大众医疗险会按照保障水平划分为不同计划，区分这些产品类别最重要的标志是单项限额的水平。随着自愿医保计划的实施，香港的个人医疗险产品基本被自愿医保计划替代，因为政府的税收优惠政策补贴了民众的保费负担。

从产品分类看，香港的医疗险基本属于短期险产品，但通常会给客户一些类似保证续保的承诺。香港保证续保的概念和大陆不同，香港保险公司可以调整责任和条款，也可以选择退出医疗险业务的经营。

从监管方式看，香港监管机构对于调费仅作原则性指导，不做细约约束。从调费结果看，香港医疗险调费能够比较稳定主要是因为民众对于医疗险调费理解度较高。

作者介绍



王明彦 FSA 中再寿险产品开发部产品开发处高级经理
擅长的职业领域：产品企划，产品定价，国内外市场研究，战略企划，代理人培训，再保险定价
邮箱：wangmingyan@chinarelife.cn
微信：942708101



王尔实 ASA 中再寿险产品开发部产品开发处
擅长的职业领域：海内外产品和精算实务研究，产品设计和定价
邮箱：wangershi@chinarelife.cn

感谢熊玮（中再寿险香港子公司）、田睿（中再寿险香港子公司）、张晶（香港代理人）对于本报告的技术支持。



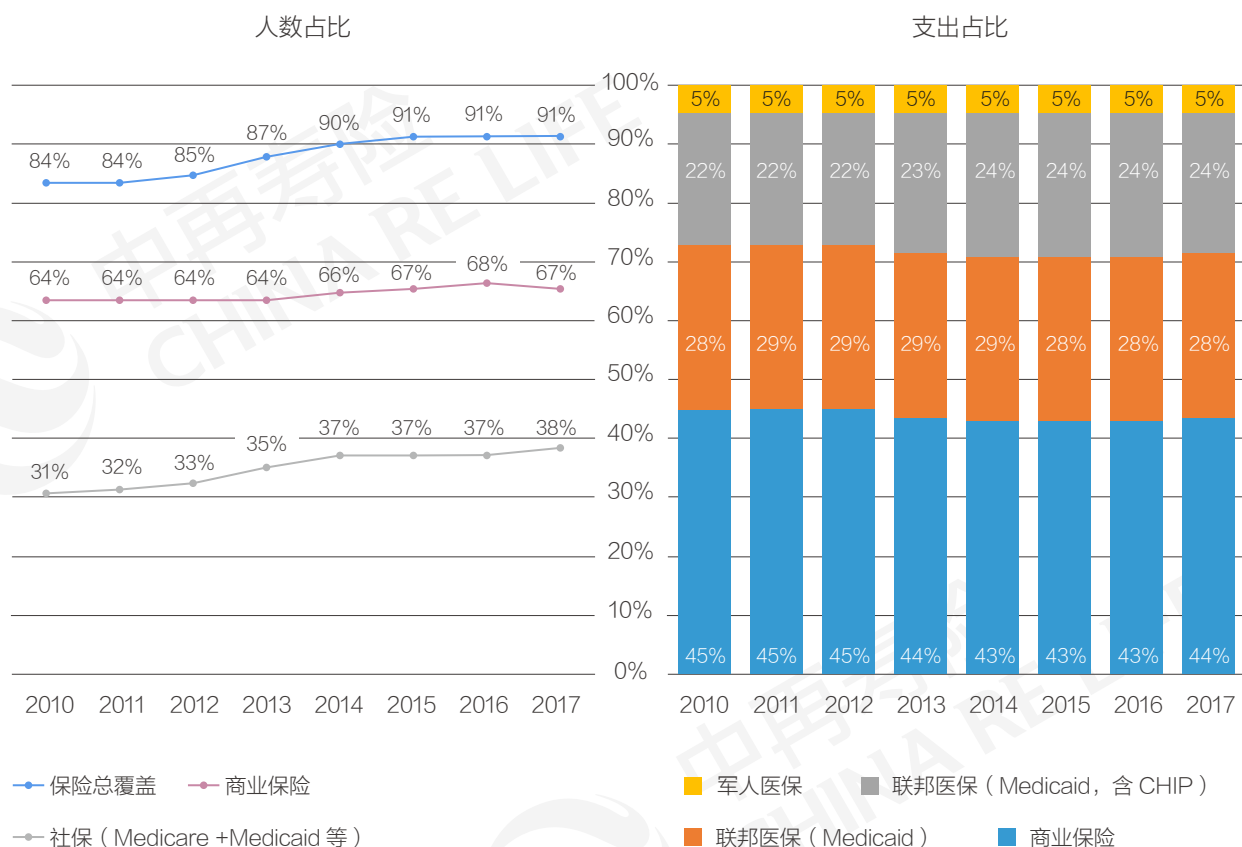
专题八

海外医疗险市场社保和商保的融合方式

中再寿险产品开发部 · 王尔实、郭炜钦

1、美国医疗保障体系

美国医疗保障体系由商业保险（Private Insurance）和政府社保组成，商保主要由商业保险公司运营和承担风险，政府社保主要由联邦医保医补中心（CMS, Centers for Medicare & Medicaid Services）管理和运营，包含联邦医保（Medicare）、联邦医补（Medicaid）等计划，其中也包含商业保险经办社保的部分。从覆盖人口上来看，美国医疗保障体系以商业保险为主，社会医疗保险为辅，商保覆盖了三分之二的美国公民，而社保覆盖了约三分之一。从支出的角度来看，商保和社保的地位相当，共同撑起了美国这一全球最大的健康保险市场（见下图）。



1.1 美国商业健康保险

美国商业健康保险 (Private Insurance) 主要由**雇主筹资的团体医疗险** (职域医疗险 / 企业团险, Employer-Based Insurance Plans) 和**个人筹资的商业医疗险** (Individual Health Insurance Plans) 组成, 前文提到, 商业保险公司亦承担着大量政府医保的承保运营 (社商融合业务)。

1.1.1 雇主团体医疗保险

二战期间, 美国商品需求增加, 而工人数目减少, 劳动力市场收缩, 联邦政府为避免重蹈德国一战后的恶性通货膨胀, 控制薪资和价格增长 (1942 Stabilization Act, 物价稳定法案), 禁止雇主通过提薪的方式来吸收工人, 但诸如医疗保险的员工福利 (fringe benefit) 不受限制。以此为契机, 雇主大量提高医疗保险待遇, 作为限薪的替代福利, 以便吸引工人。1954 年的《美国国内税收法典》将医疗保险费用列为减税项, 造就了随后“雇主团体医疗保险”的大规模盛行。

(1) 保障及运作

雇主团体医疗险是企业提供给雇员福利计划的一部分, 在早期是吸引员工留存的有效手段, 雇主通常会支付医疗保险的大部分保费, 而雇员通常以税前 / 免税收入支付保费剩余的部分。2014 年起, 奥巴马平价医疗法案 (ACA, Affordable Care Act) 中的雇主强制条款 (Employer Mandate) 要求雇佣全职员工 50 人或者以上的公司需为员工提供符合医疗法标准的团体医疗保险, 否则将被美国税务局 (IRS) 征收每人 2000 美元的罚款, 从而该项福利保障转变为了一种强制缴费型医保计划, 在国家干预下承担了更偏“公共医保”的角色。

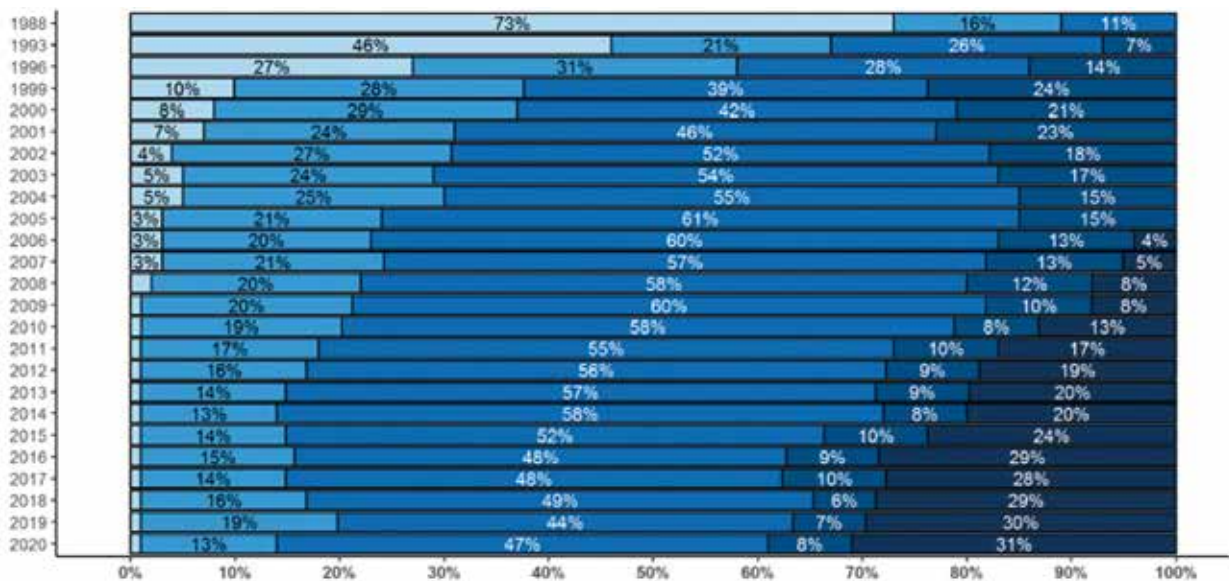
- **从保障人群来看**, 通常情况下雇主团体医疗险不仅对雇员本人进行承保, 绝大多数还向雇员的配偶

及亲属（如儿童）提供保障。2020年，提供雇主医保的企业中，95%的小型企业（200位雇员以下）向雇员的配偶提供医疗保障，96%的小型企业向除配偶之外的家属提供医疗保障，而几乎所有大型企业都向配偶及家属提供保障。

· **从覆盖范围来看**，即使雇主提供面向员工的医疗保险，也非所有员工都符合准入条件（Eligible to Enroll），比如很多企业不向临时员工或兼职员工提供医疗保障，2020年平均有82%的雇员有资格被纳入企业提供的医保计划。同时，加入企业医保是一个双向选择，即使符合条件，员工也可以选择参加公司提供的医保计划，从符合条件的雇员来看，仅有78%选择加入（Take Up），使得企业最终平均的医保覆盖率（Covered）仅为64%。对于不提供医保计划的雇主（通常是小型企业），通常有如下原因：成本过于高昂（37%）、企业过小（20%）、雇员已被诸如家庭保障计划的其他医保覆盖（17%）、所雇员工大多为临时工（11%），有69%未提供医保计划的雇主认为，他们的雇员更偏向于获得时薪的增加而非医疗保险。对于未获得雇主医保覆盖的人群将由个人医疗保险解决。

· **从保障险种来看**，管理式医疗护理（Managed Care）在美国的兴起，基本取代了传统的按服务付费的模式（conventional/indemnity），传统模式从1988年的73%份额降低到2020年不到2%的份额。与传统实报实销不参与医疗过程管理的模式不同，管理式医疗通过与保险公司专门签约的特定医疗机构提供服务，并适用一系列规则来达到控制开支的目标，医疗机构为了获得稳定的患者，也愿意向保险公司提供折扣价。主要包括健康维护组织计划（HMO）、优先医疗提供者组织计划（PPO）、定点服务计划（POS）以及携带储蓄选择权的高自付额医保计划（HDHP/SO）。PPO计划因为可由投保人优选自己偏好的医疗机构，相对于HMO和POS来说，也不需要通过基础保健医生（primary care）转诊去看专科医生（specialist）和住院，所以更受市场的青睐，2020年占比达到了47%。

1988-2020年：雇主医疗保险覆盖人群的险种类型分布



注：数据来源于凯撒家庭基金（KFF）Employer Health Benefits 2020 Annual Survey

(2) 筹资来源

从筹资模式来看，雇主团体医疗险主要分为三类：

- 第一类为全保险（Full-Insured Plan）模式，保险公司收取保险费，并承担赔付风险。小型雇主更加青睐此种模式：2020年，77%的小型企业（200位雇员以下）选择该种模式，其中50位雇员以下的企业，选择该模式的比例达到85%。

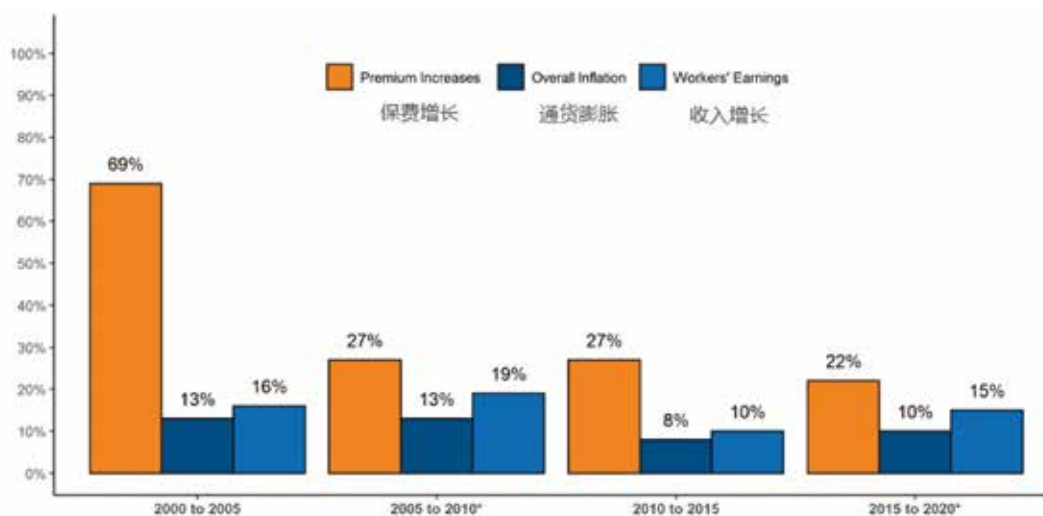
- 第二类为自筹资（Self-Funded Plan）模式，由雇主自行承担赔付风险，保险公司仅负责保险计划的运营、管理、理赔、和医疗服务提供商协商医疗成本，并收取一定管理费，类似我国“健康委托计划”。根据1974年雇员退休收入及担保法（ERISA），实施自筹资模式的私人企业可以免除承担大部分的保险法规，如强制保障、保费税收等，所以大型雇主通常会选择该种方式：2020年约有84%的大型企业（200为雇员及以上）采用该模式，而小型企业仅有23%。实施自筹资模式的雇主有时也会向保险公司购买超额保障（Stoploss Coverage）来覆盖潜在的巨额赔付。

- 近年来，保险公司开始向中小企业雇主提供一种新的涵盖“自筹资”选项的健康计划，称为均衡筹资（Level-Funded Plan）模式。此种模式介于“全保险”和“自筹资”之间，雇主向保险人支付均衡保费，用以覆盖医疗赔付、管理费和超额保险费，如果实际赔款小于预期，在保单年末将会将差额返还。因为被归为自筹资模式，所以可以免于承担政府对保险计划的要求，特别对于50位雇员以下的小企业，无需受平价医疗法案对于定价及福利标准的监管。2020年，约有13%的小型企业提供了均衡筹资模式，较2019年的7%翻了一番。

从雇主和雇员的保费分担来看，雇主通常支付了保险费中的大部分。对于单人保障计划来讲，雇员自行支付的部分约为17%（1243美元/年），而对于家庭保障计划，雇员需要为其亲属支付约26%的总保费（5588美元/年）。近20年来，该比例保持一定程度的稳定。

从保费金额的增长速度来看，虽然近年来已经有所降低（2000-05年增长69%，2015-20年增长22%），但仍旧远高于总体通货膨胀（约10%）及收入增长（约15%）。美国雇主和雇员的医疗保险保费的负担压力再近20年来不断增大。

2000-2020年：家庭保障计划的保费增长、通货膨胀、收入增长对比



注：数据来源于凯撒家庭基金（KFF）Employer Health Benefits 2020 Annual Survey

1.1.2 个人商业医疗保险

个人商业医疗险市场主要受奥巴马平价医疗法案（ACA, Affordable Care Act）监管。相对于 50 位全职雇员及以上的企业，平价医疗法案对小企业提供雇员医保计划无强制要求，对于不提供医疗保险的、不愿意或无法参保雇主保险的员工和家属，可去保险市场（ACA marketplace）或称保险交易所（Exchanges）购买个人商业医疗保险。

（1）保障及运作

在奥巴马医改实施之前，约有 9% 的美国个人直接购买医疗保险（2007 年），个人医疗险市场的平均自付费用和其他需分摊的费用较高，且个人在市场购买医疗保险的时候，需要接受医疗核保，使得带病体常被排除在医疗保险承保范畴之外。奥巴马医改生效后，要求在医疗保险市场销售的医疗保险不得拒保带病体，同时，奥巴马法案对于未参保者还将收取罚款（在 2019 年后，罚款被降低为 0 美元），以促进全民医保的改革目标。

从保障福利来看，根据平价医疗法案的规定，从 2014 年起保险公司出售的医疗保险产品必须提供 10 项最基本的医疗服务（EHB, Essential Health Benefits），包括：门诊、急救急诊、住院、实验室检查、处方药品费、母婴保健、儿科、康复治疗、预防及慢病管理，以及精神卫生服务。保险公司在 EHB 之外可以增加个性化的医疗责任，但在主体责任统一的前提下，产品竞争将更加聚焦于医疗服务网络资源和用户体验，对保险公司对医疗险的经营管理提出了更高的要求。

从风险监管角度来看，奥巴马医改通过保费稳定机制、产品责任标准化、定价和调费标准化来实现对于个人商业医疗保险的监管。保费稳定机制是一套险企间的风险分担机制，在不同保险公司之间、产品之间形成互相补贴和风险分担的机制以补偿承保过多高风险客户的产品，从而维系全民医保的运行。对于定价和调费的标准化，是通过赔付率监管和调费的标准，保证定价合理性，控制费率涨幅；奥巴马法案医疗险定价时的预期年度赔付率不得低于 80%（80/20 rule，即 Medical Loss Ratio, MLR），在需要调费时应根据年龄、地域、吸烟等客群特征计算费率调整因子，以计算最终可维持的费率水平。

（2）保费补贴

结合强制参保的规定，奥巴马医改通过实质上的转移支付，使用保费补贴的方式，纳入了大批未参保的用户，实现了减少脱退、扩大市场的目标。

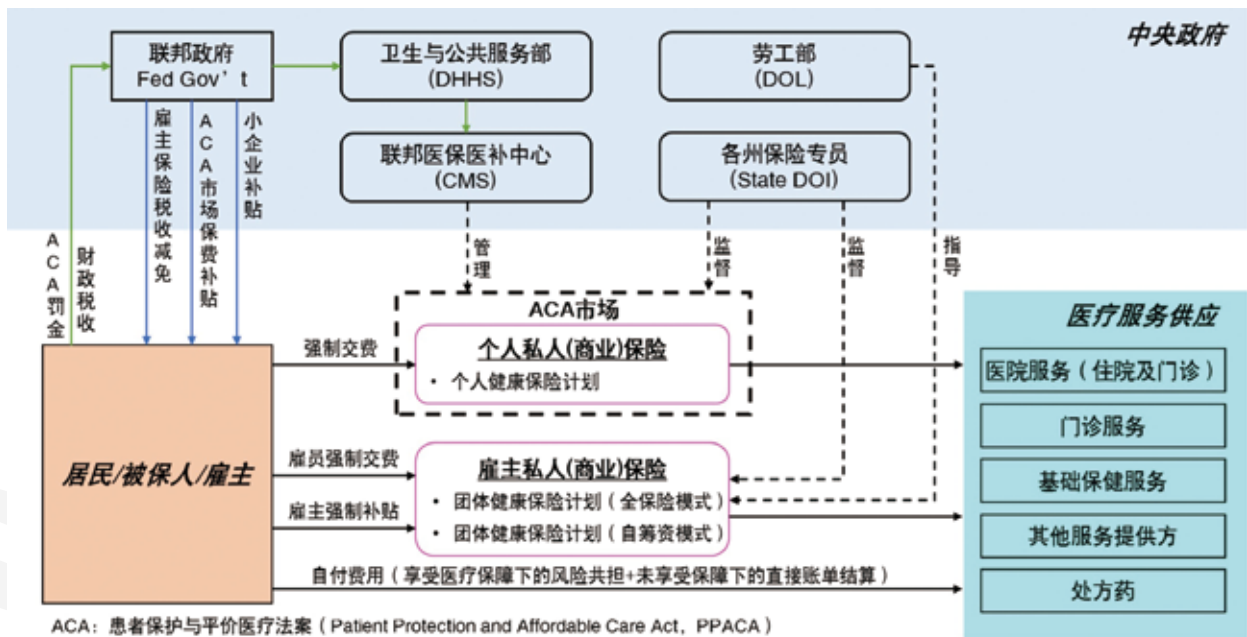
通过医疗保险市场购买保险的个人和小企业可根据收入得到税收优惠（Tax Credits）和补助（Subsidies），对年收入在 100%-400% 联邦贫困线（FPL）以内的个人/家庭投保者，其保费补贴达到了较为可观的程度，且由财政提供保费的直接减免。如 27 岁年入 3 万美元的单人家庭，可以获得高达总保费 2/3 的政府补贴。





可观的保费补贴迅速开拓了市场，2018 年获得补贴的客户数已经是未享受补贴客户量的 2 倍。同时，因为奥巴马医改实施初期，多家险企因定价不足出现严重亏损以致于退出市场，使得在 2016-2018 年一度出现死亡螺旋 (Death Spiral) 苗头，但政府对于保费补贴的投入，填补了享受补贴客户群的保费上涨，控制了客户的脱退，发挥了稳定继续率的作用。

1.1.3 美国商业医疗保险运作体系总结



注：数据来源于 SOA—2020 International Health Care Funding Report

1.2 美国社会医疗保险

美国社保起源于 1965 年建立的 Medicare 和 Medicaid。Medicare 主要为 65 岁以上公民提供医疗保障，Medicaid 主要为低收入和残障人士提供保障。其中 Medicaid 在州一级运作并由商业健康险公司运营，代表公司如 Molina, WellCare Health。为控制支出，1973 年的《健康维护组织法》（HMO Act of 1973）允许商业健康险公司参与 Medicare，代表公司如 Humana, UnitedHealth。

美国商业保险和社会保险的融合是通过以下方式实现的。1980 年，Medicare 引入 Medigap 提供补充医疗，Medigap 保障 Medicare 中的自付成本（比如免赔额、共付额和共同保险），由商业保险公司运营。1997 年，《预算平衡法案》

（Balanced Budget Act）规定商业健康险提供的 Medicare C 部分 (Medicare Advantage, MA) 成为正式选项，C 部分可以替代社保中的 A 和 B 部分，商业保险计划和社会保险计划同台竞争。2006 年，《医疗保险现代化法案》（Medicare Modernization Act）规定引入覆盖门诊处方药的 Medicare D 部分，全部由商保公司承保，联邦和州补贴。

| | 简介 | 性质 | 运营方 |
|------------------|---|---------------------------------|---|
| 联邦医保 Medicare | · 65岁以上合法公民或65岁以下有某些身体残疾或肾脏病患者 · A部分和B部分：由政府联邦医保医补服务中心(CMS)提供住院和门诊服务，平均保费约为1000美元/月 · 优势计划（C部分）：可替换A+B部分，目的是推动成本下降 · D部分：覆盖门诊处方药，政府财政、个人出资、商保公司与药企谈判折扣的多方支付模式，平均保费约120美元/月 · 补充医保（Medigap）：由政府统一制定产品种类标准，弥补商保公司和政府保险存在的自费部分 | 政府医保 | A和B部分由政府运营 C部分、D部分及补充医保由商保公司运营 |
| | 联邦医补 Medicaid | · 低收入、残障人士和儿童 · 平均保费约200美元/月 | 政府医保 |
| 军队 | 现役和退伍的军人及家属 | 政府保险 | 政府 |

1.2.1 联邦医保（Medicare）

Medicare 包括 ABCD 四个部分。A 和 B 部分为单纯的政府医保部分，由 CMS（Centers for Medicare & Medicaid Services）运营，A 部分保障范围为住院医疗，B 部分保障范围为门诊医疗。本文对 A 和 B 部分不做重点分析，站在商业保险和社会保险融合的角度，本文将重点分析 C 和 D 部分。

C 部分可以理解为 A+B 部分的替代计划，和 A+B 部分不同的是，C 部分是由商业保险公司运营。在 MA（Medicare C 部分）中，联邦政府通过一系列考核标准来鼓励商保公司提升参保人满意度，并通过风险调整机制制定合理的保费标准。商保公司往往通过限制就医范围（例如 HMO、PPO 模式）来控制费用，从而在维持传统 Medicare 保费的同时提供更高的待遇。而且商保经办的保险计划相比政府保险效率更高，用户体验更好，因此其参保人数和保费收入均呈现较快增长趋势，年化增长率近 9%。

在 Medicare D 部分中，个人可以自愿选择加入包含在 MA（Medicare C 部分）中的 MA-PD 计划（MA-PD 计划可以理解为由商业保险公司运营的 A+B+D 部分）或者单独购买的 PDP 计划，以弥补 Medicare A 和 B 部分中不包含门诊处方药保障的缺口。从筹资机制来看，个人、州财政和联邦医保补贴的筹资占比分别为 14%、11% 和 75%，由于政府财政补贴占比较高，因此保费的确定也采取商保公司竞标定价的方式保证保费支出的合理公平性。对商保公司来讲，可以通过与药企协商折扣和费用返还、以及与药房商定优惠定价协议来补贴竞标定价造成的保费损失。从产品设计来看，Medicare D 部分可通过免赔额、中层覆盖差额等机制以增加患者自付费用的方式来避免道德风险。

1.2.2 联邦医补（Medicaid）

Medicaid 主要为低收入家庭和残疾人群提供健康保障，对于主力人群之外的居民设计了诸如贫困家庭临时援助（TANF）、老年人盲人和残疾人项目（ABD）、长期护理（LTC）、长期支持服务（LTSS）、联邦医补拓展计划（Medicaid Expansion）等计划。相比于 Medicare 注重丰富保障内容和通过提高患者自费比例控费，Medicaid 的计划单一且保障内容和价格由州政府决定，以达到广覆盖、保基本的目标。在州政府规定自费上限的条件下，Medicaid 更多通过医学干预手段达到控费目的，比如在医院配置护士将患者从急诊室引流到费用较低的基础医疗机构。得益于 Medicaid 为各州财政显著降低成本，因此计划渗透率逐步增长。

1.3 美国医疗保障体系总结

综上，美国社保的覆盖面并不广泛，仅为部分群体提供基本医疗保障，与市场份额较高的商业医疗保险共同构成了医疗的多层次保障体系。在这个体系中，65岁前的在职人士由商业健康险覆盖，65岁后的退休人士由 Medicare 社会保险覆盖，低收入人群由 Medicaid 社会保险覆盖。

此外，更值得我们关注的是，面对日益增长的医疗费用，控费已成为美国社保的一大主题，由政府主导的美国社保期望借助商保公司对医疗资源的触达和管理来缓解这一问题，推出了 MA（Medicare C 部分）、商保公司经营 Medicaid、含有医药公司折扣的 D 计划等模式。这些计划不仅停留在让商业保险公司经办这种简单的政保融合，而是**允许商业保险公司推出和社会保险保障范围一致或者更优的保险计划，并且给予客户在社保计划和商保计划中选择的权利**，这让商业保险公司更加深度的参与到社会保障体系中。这种政保融合的方式对国内大病保险、城市普惠险等医疗保险的经营具有一定借鉴意义，比如政府对商保公司的激励措施和保费风险调整机制、药品折扣的多方支付模式、政府统一制定补充医疗险的产品标准、以及医疗费用管控的相关案例。

2、英国医疗保障体系

2.1 英国社会医疗保险——全民医保

英国在 1946 年立法通过《国家卫生服务法》（National Health Service Act 1946），并于 1948 年 7 月 5 日正式建立全民医保制度，意在向全体合法英国居民提供全面且免费的医疗保障服务，该制度又称国民医疗服务体系（National Health System, NHS）。这种由将医疗服务作为公共产品来进行管理的体系，最初由经济学家威廉·贝弗里奇在《社会保险和相关服务》（Social Insurance and Allied Services）中提出，故被称为贝弗里奇模式（Beveridge Model）。除了英国，贝弗里奇模式也在意大利、新西兰、西班牙、古巴等国，以及我国香港地区实施。

2.1.1 服务体系

英国 NHS 分为两大层次：社区卫生保健系统和医院服务系统。

（1）层次一：社区卫生保健系统

以社区为主的基层医疗服务，由全科医生（General Practitioner, GP）、牙医（Dentist）、药剂师（Pharmacist）等维持运营，主要包括全科医疗服务和社区护理两个主要方面，所提供的医疗服务包括常见病的诊疗、慢病管理、健康教育、社会预防和家庭护理等等。全科医生能够与患者建立持续的关系并能够提供持续的护理是工作中最重要和最令人愉快的方面之一。患者通常对自己的病情非常了解，全科医生

将与他们一起决定一个双方都能接受的计划。

受保障的民众要就诊时，需先预约前往全科医生的诊所接受治疗或医学建议，而如果想要进一步接受医院的专科服务，需经由全科医生判断患者是否有必要进行转诊。全科医生通常会尝试各类检查和治疗方案，视病情再决定是否给出转诊函（letter of referral），患者凭借转诊函可前往医院就诊。但在需要性健康服务（sexual health services）或各类损伤、急性病所引发的急诊就医（Accident and emergency, A&E）等特定需求时，可以不经全科医生的转诊，就可以到医院就诊。

社区卫生保健系统提供 90% 以上的初级医疗服务，只将不到 10% 的服务转诊至医院服务系统。

（2）层次二：医院服务系统

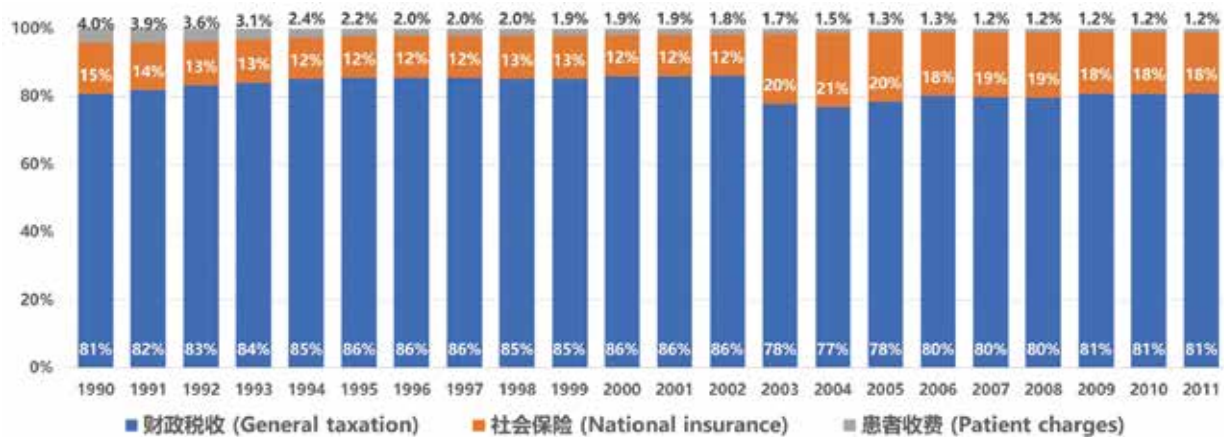
以医院为主，包括急诊、专科门诊及检查、手术治疗和住院护理等。通过转诊后，患者可以选择具体的医院或治疗团队进行进一步的专科治疗。对于不紧急、咨询导向（non-urgent, consultant-led）的治疗，患者需要从转诊开始，等待最长不超过 18 周的时间，如果是疑似癌症，则等待时长最高不超过 2 周。

英国卫生部门虽然采取措施引导患者使用更多的社区服务，但医院仍然是全民医疗服务经费的最大消费机构，每年约 70% 的经费用于医院服务。

2.1.2 筹资方式

从收入角度来看，英国 NHS 的医疗经费主要来源于中央财政税收（General Taxation）和国民缴纳的社会保险费（National Insurance Contributions），仅有极小的一部分来源于患者收费，患者收入包括了处方药费、牙医费用、为享受及时且较高档次的医疗服务而支付的自费费用等。其中，财政税收在 2003 年以前贡献了全部 NHS 融资来源的 85% 左右，保险费缴纳约占 12%，但自 2003 年 4 月开始，英国提升了国家保险供款的比例至 20% 已补充 NHS 基金，相应的财政税收的占比下降至 78% 左右，但仍占绝对份额。剩余来源于患者的费用占比仅为 1-2% 左右，在 2019/20 财年，这部分的收入为在 1.1%。

1990-2011 年：英国 NHS 的筹资来源



注：数据来源于 Hawe, E. and Cockcroft, L. (2013) OHE Guide to UK Health and Health Care Statistics. OHE Monograph.

从支出角度来看，60% 的 NHS 预算用于支付职工的薪资，20% 用于支付药品和其他供应商，剩下的 20% 用于支付设备、培训、维修、清洁和餐饮等其他维持费用。NHS 在整个英国大约雇佣了 160 万人，

其中有 140 万人为全职员工，其中超过一半为临床工作者（包括医生、护士、助产士等），可想而知其中的薪资支出压力巨大。

2.1.3 保障标准

英国 NHS 保证凡是合法居住在英国的人，无须取得保险资格即可在免费或低费用的情况下享受相当完善的医疗保健服务。全民医疗服务由三部分构成，其一是医院与社区保健服务，其二是家庭保健服务，其三是健康与杂务服务。第一项服务占主导地位，约占到全部医疗保健服务费用的 70%。

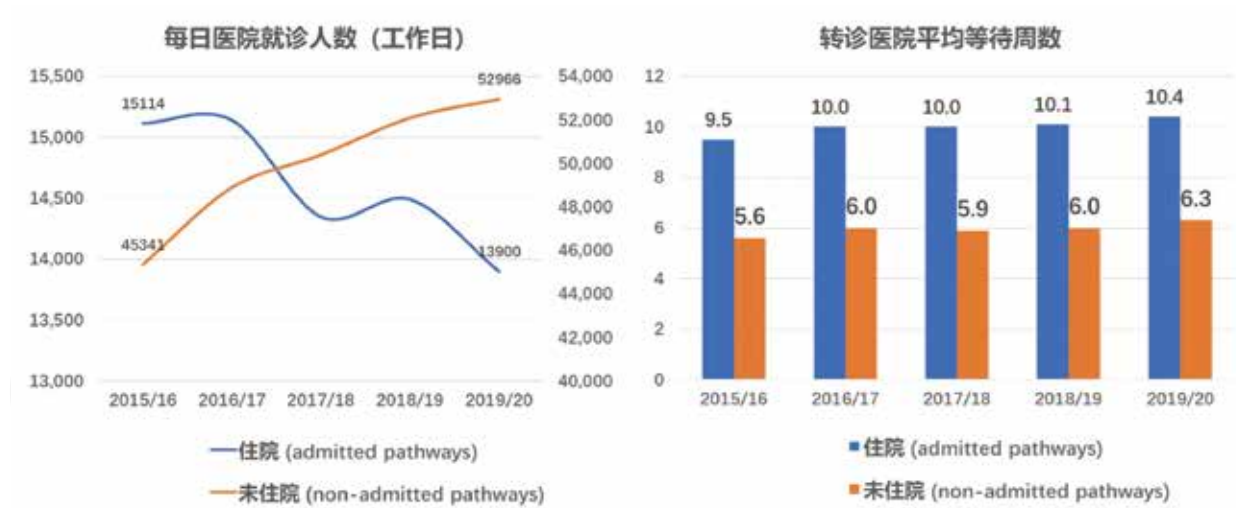
NHS 旗下包括英格兰国民医疗服务体系（NHS）、苏格兰（NHS Scotland）、北爱尔兰（Health and Social Care in Northern Ireland, HSCNI）以及威尔士（NHS Wales），这四大系统各自独立运营，并拥有各自的管理层、规定和法定权利，互不从属。但在英格兰（England）和三个自治政治实体（devolved nations）之间，全民医疗服务所承担的医疗服务也存在一些差异。由于英格兰施行医药分业，除特殊人群外，居民需要自担一部分药品费用，约有 10% 的处方涉及处方药费。而在 3 个自治政治实体中，处方药费用可由全民医疗服务承担，反而是私人医疗保险在全民医疗服务给付范围之外。

| 医疗服务 | 英格兰 (England) | 苏格兰 / 北爱尔兰 / 威尔士 (Devolved Nations) | 自付 | 商保 |
|---------------------------------------|------------------|--|----|----|
| 公共卫生 (public health) | √ | √ | | |
| 社区服务 (community service) | √ | √ | | |
| 心理健康 (mental health) | √ | √ | | |
| 医院服务 (hospital services) | √ | √ | | |
| 基础保健 (primary care) | √ | √ | | |
| 专家服务 (specialist services) | √ | √ | | |
| 私人保健 (private health care facilities) | √ | √ | √ | √ |
| 社区药房 (community pharmacies) | | √ | | √ |

注：数据来源于 SOA—2020 International Health Care Funding Report

2.2 英国商业医疗保险

英国商业保险市场历史悠久，从保费规模看，是全世界继美国、中国、日本之后的第四大保险市场。由于 NHS 第二层级的医院诊疗预约资源有限，可能会出险就诊流程冗长的问题，下图展示了转诊至医院（Referral to treatment, RTT）的现状，近 5 年来，从全科医生转诊至医院就诊的每日人数出现显著变化，住院人数从每日 15000 下降至 13900，这与医院床位数的下降有一定关联，门诊患者则不降反升。从等待时长来看，住院和门诊患者的等待周数持续增加，说明医疗资源的分配更加紧张，一位患者从首次申请转诊或医院收到转诊申请，到正式入院，平均需要等待 2-3 个月，因此，**部分民众为获得更加及时和优质的医疗服务，会自费接受私立医院提供的医疗服务，而这部分需求可通过商业医疗保险来负担相应开支。**

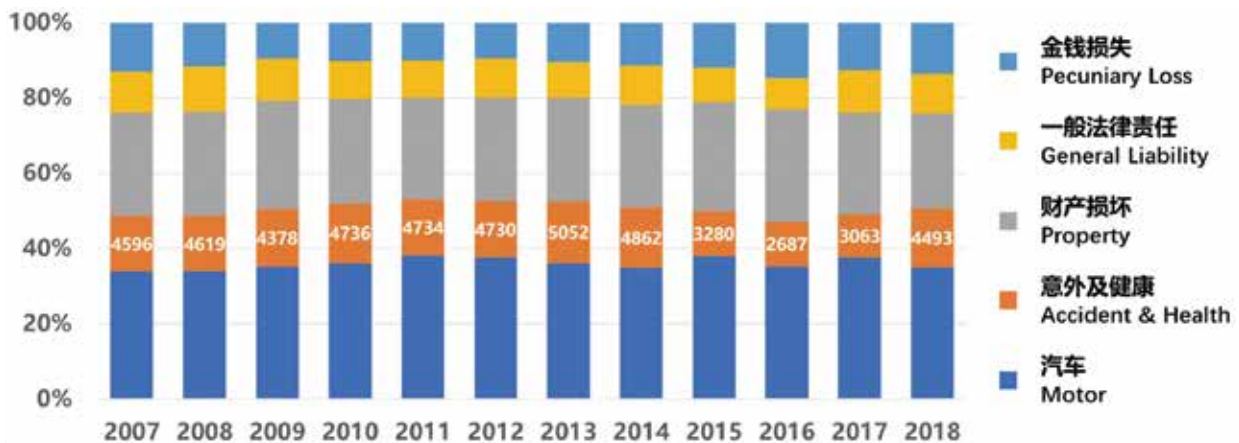


注：数据来源于英格兰 NHS 官网。

从社商融合的角度看，英国 NHS 的保障缺口较小，英国民众在公立医疗体系内就医无财务负担，因此没有给商业健康险留出空间；英国的商业医疗险主要解决 NHS 和公立医疗体制中效率低下的问题，将保障范围聚焦到缺乏社保支付的私立医疗体系，给予中高端客户更快捷和优质的医疗体验，更类似于高端医疗险产品。

从商业健康保险的业务量来看，英国将健康保险划分在非寿险业务（或称一般业务，general insurance）中进行统计，而寿险、年金、收入保障和其他业务被划分在长期保险业务（long-term insurance）中进行统计。意外及健康保险在整个保险行业中的占比大致在 2% 至 3% 的水平，在非寿险行业中的占比大致在 10% 至 14% 的水平，其保费规模维持在 30-40 亿英镑的规模，体量较小。

2007-2018 年：英国非寿险商业保险业务分布



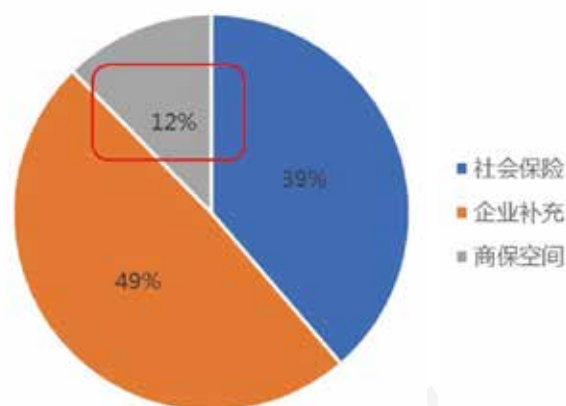
注：数据来源于英国保险协会（ABI, The Association of British Insurers）

3、日本医疗保障体系

3.1 日本社会医疗保险

日本是世界上为数不多的全民医保国家，在日本居住的居民（包括外国人）都享有加入国民健康保险的权利。凭借着“高品质的医疗服务”和“医疗负担相对平等”等优势，日本的医疗制度被世界卫生组织（WHO）评为世界第一。从右图可以看出，日本的社保和企业补充支出占比极高，商保支出占比相对较低，这和日本的医疗社保体系息息相关。

2017年日本国民医疗费用占比



来源：日本厚生劳动省

1958年颁布的《国民健康保险法》确立了日本的医疗社保体系，实现了全民医保的目标；1973年颁布的《健康保险法部分修正案》确立了高额疗养费制度，建立起从覆盖小部分群体到保障全体国民的大病保险制度，避免因病返贫；随着日本经济低迷和老龄化现象的加剧，日本在2008年建立了高龄者医疗制度，以降低社保开支并维持代际间收支平衡。

日本的医疗社保体系主要包含四部分：员工保险、国民健康保险、高龄者医疗制度和高额医疗分级补贴制度，其中员工保险包括雇员健康保险协会、日本健康保险协会和互助协会三种，这些制度在覆盖人群、缴费方式、报销比例等方面有所差异。

| 后期高龄者医疗制度 | | | | |
|-----------|---|--|--|---|
| >75 | · 75岁以上，或65岁以上的残疾老人 · 1400万人 · 13万亿日元预算 | | | |
| 66-75 | 前期高龄者医疗制度 | | | · 解决66-75岁人群医疗费用缺口 · 1400万人 · 6万亿日元预算 |
| <65 | 员工保险 | | | 国民健康保险 |
| | 雇员健康 保险协会 · 参加雇员健康保险协会的 公司员工（大公司） · 3500万人 · 4万亿日元预算 | 日本健康 保险协会 · 未参加雇员健康保险协会的 员工（中小公司） · 3000万人 · 与互助协会合计5万亿日元预算 | 互助协会 · 公职人员、老师 · 900万人 · 与日本健康保险协会 合计5万亿日元预算 | |

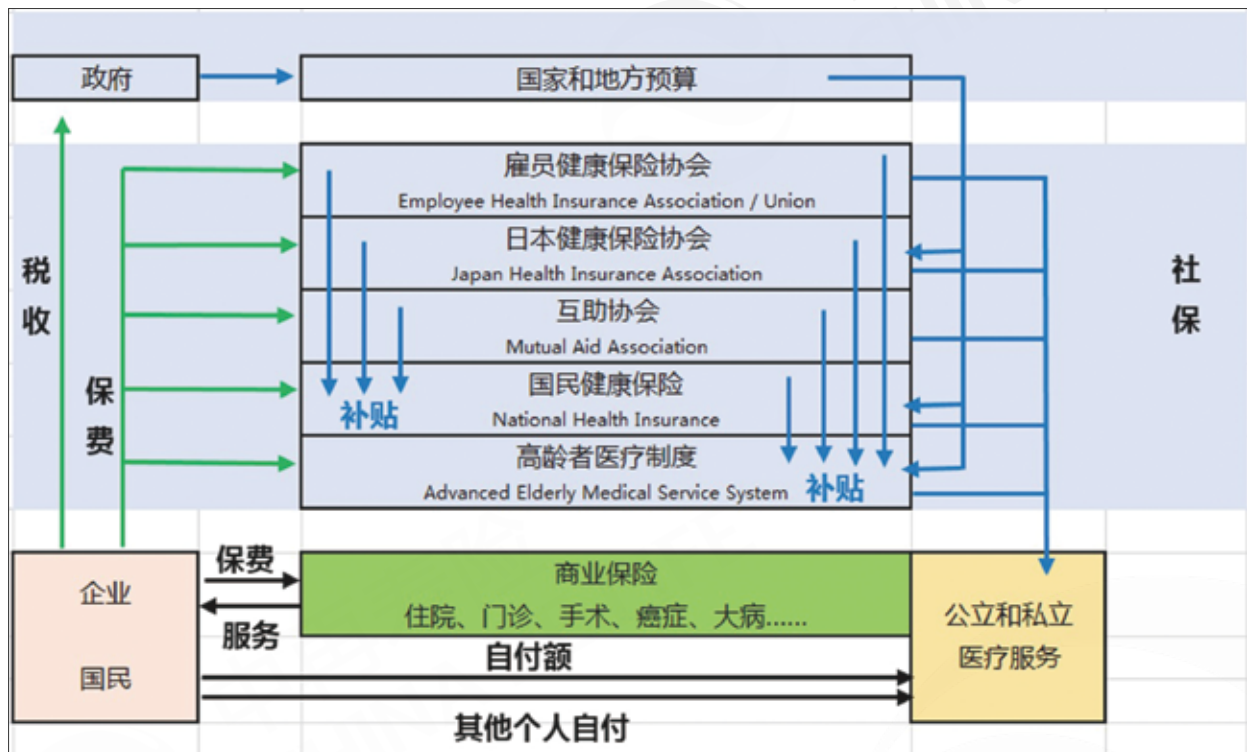
来源：Overview of Medical Service Regime in Japan

从覆盖人群看，日本的医疗社保主要区分老年、员工和其他国民三部分人群，对老年人群的医疗预算投入相对较高。其中员工保险由所属公司所在行业的协会管理运营，和厚生年金配套；国民健康保险由地方政府管理运营，强制缴费，和国民年金配套。

从缴费方式看，因为日本医疗社保以家庭为单位参保，所以缴纳保费与家庭收入挂钩，收入越高保费越高，缴纳保费主要包括医疗部分、支援金部分和看护部分等。对于高龄者医疗制度，将老年人划分为65-75岁和75岁以上两类来调整各系统之间的医疗费用不平衡。其中，65-75岁老人继续加入退休离职前所属的医疗保险制度；而75岁以上老人需要单独缴费，建立一个以所在地域为基础的独立保险制度，以这部分人的新增缴费来维持制度的合理运行。

从报销比例看，日本医疗社保的报销比例都是70%，自费30%。对于儿童，日本的“儿童医疗费助成”制度对于0-6岁儿童提供80%报销，儿童只需自费20%；而且根据日本不同地区的不同规定，所有儿童可以申请“儿童医疗证”补贴自费部分，实现儿童免费医疗。对于老人，“高龄者医疗制度”降低自费比例为10%，国家报销90%。

从高额医疗费用看，日本设计的高额医疗分级补贴制度根据被保险人的年收入，约定如果被保险人在同一个月内个人及家庭负担的高额诊疗费超过规定限额时，可以事后退还；如果连续3个月的医疗费用自费部分都申请高额医疗费用，则从第4个月开始，自费额度维持在固定值，额外部分都可以申请高额医疗费用补贴。这一制度大大降低了患者的医疗费用负担，将个人自费的额度锁定，减少了因病致贫的现象。



来源：2020 International Health Care Funding Report, SOA

从筹资途径看，医疗社保的筹资主要途径是国家税收和个人缴费。在医疗社保体系中，员工保险为国民健康保险提供补贴，二者共同为高龄者医疗制度提供补贴。据统计，员工保险、国民健康保险、后期高

龄者医疗制度的费用筹资结构占比大致为 30%/27%/43%。

3.2 日本商业医疗保险

在社保基础上，商保作为社保体系的第三支柱，可以从两方面为患者提供保障，即报销社保外的个人自付部分，以及为患者提供接触先进疗法和先进药物等不在社保范围内的治疗方式，具体产品实例如下。

3.2.1 商保补充社保个人自费

因为在日本社保大比例报销医疗费用和高额医疗分级补贴制度下，个人自费部分相对固定，因此可以通过开发津贴或定额给付方式的医疗险报销个人自付费用，补充保障缺口。同时可将产品开发为长期险，以现金返还或分红等方式丰富产品吸引力。

| このようなときにお支払いします | | 入院給付金日額 10,000円コース | 入院給付金日額 5,000円コース |
|-----------------|----------------------|-------------------------------|------------------------------|
| 病気で入院 | 疾病により入院をしたとき | 1日につき 10,000円 1日につき 5,000円 | 1日につき 5,000円 1日につき 2,500円 |
| | ケガで入院 | 1日につき 10,000円 1日につき 5,000円 | 1日につき 5,000円 1日につき 2,500円 |
| 手術 | ① 入院中に、所定の手術をうけたとき | 10万円 5万円 | 5万円 2.5万円 |
| | ② 入院中以外に、所定の手術をうけたとき | 5万円 2.5万円 | 2.5万円 1.25万円 |
| 放射線治療 | 所定の放射線治療をうけたとき | 10万円 5万円 | 5万円 2.5万円 |

3.2.2 商保补充先进疗法

随着医疗水平的不断进步，先进疗法往往对某些疑难杂症有较好的治疗效果，同时治疗费用也相对较高，纳入医保会造成极大财政负担。因此，日本的国民健康保险法将高额的治疗方式和药品进行除外。日本医保主要不保障评价医疗和选定医疗，其中评价医疗的第一项就是先进疗法，分为先进疗法 A/B 两类，由日本厚生劳动省定期不断更新。先进疗法 A 和 B 有两大区别：一是，先进疗法 A 需要医疗设备而 B 不需要；二是，先进疗法 B 更强调实验性，可能存在一定安全性考虑。

根据日本厚生劳动省最新披露数据，2020年7月，先进疗法 A/B 各有 12 和 57 项，上图为 2017 年 9 月，先进疗法 A/B 各有 36 项和 69 项，说明有些先进疗法逐渐被移除列表，或不适用于治疗，或被纳入医保。国内医疗险流行的质子重离子责任属于先进疗法 A，而对卵巢癌、肺癌等疾病疗效好的联合治疗方法则属于先进疗法 B。

日本国民健康保险对于先进疗法的除外给商业保险应该聚焦的保障范围划定了清晰的边界。因此，日本主流的健康险产品结构为：主险是上文提及的定额给付津贴产品，附加险是费用报销型的以先进医疗作为保障范围的产品。

○ 評価療養

- ・ **先進医療**(先進A:36技術、先進B:69技術 平成29年9月時点)
- ・ 医薬品、医療機器、再生医療等製品の**治験**に係る診療
- ・ 薬事法承認後で保険収載前の医薬品、医療機器、再生医療等製品の**使用**
- ・ 薬価基準収載医薬品の**適応外使用**
(用法・用量・効能・効果の一部変更の承認申請がなされたもの)
- ・ 保険適用医療機器、再生医療等製品の**適応外使用**
(使用目的・効能・効果等の一部変更の承認申請がなされたもの)

○ 選定療養

- ・ 特別の療養環境(差額ベッド)
- ・ 歯科の金合金等
- ・ 金属床総義歯
- ・ 予約診療
- ・ 時間外診療
- ・ 大病院の初診
- ・ 大病院の再診
- ・ 小児う蝕の指導管理
- ・ 180日以上入院
- ・ 制限回数を超える医療行為

○先進医療は先進医療Aと先進医療Bに分類されており、対象となる技術の概要は以下のとおりです。

①先進医療A

- ・ 未承認、適応外の医薬品、医療機器の使用を伴わない医療技術
- ・ 未承認、適応外の体外診断薬の使用を伴う医療技術等であって当該検査薬等の使用による人体への影響が極めて小さいもの

②先進医療B

- ・ 未承認、適応外の医薬品、医療機器の使用を伴う医療技術
- ・ 未承認、適応外の医薬品、医療機器の使用を伴わない医療技術であって、当該医療技術の安全性、有効性等に鑑み、その実施に係り、実施環境、技術の効果等について特に重点的な観察・評価を要するものと判断されるもの

項目2 高級医学[高級医学A] (23種) 最新7月17日

○截至吴岩第2年7月1日

| 数 | JRCT注册ID号 https://jrct.nih.go.jp | 先進医療技術名称 | 适应症 | 技術概述 |
|--------|--|-----------------|---|--|
| 1 个 | | 射線消融水子宮子宮癌腫組織療法 | 子宮癌腫 | 子宮癌腫以前已通過全子宮切除術進行過治療。由于子宮癌腫組織復發地侵入子宮肌層。因此難以僅靠子宮癌腫組織與正常子宮肌層分離。開腹手術後，使用新開發的球形高頻射線僅儀切除（去核）子宮癌腫組織。 |
| 2 | | 质子治疗 | 头颈部肿瘤（包括脑肿瘤）肺/纵隔肿瘤、胃肠道肿瘤、肝胆胰肿瘤、泌尿器官肿瘤、乳腺/妇科肿瘤或转移性肿瘤（所有这些都可以通过治疗。） | 通过用一种质子束（质子束）照射病灶来治疗恶性肿瘤。 |
| 3 | | 神经遗传性疾病的遗传诊断 | 家族性肌萎缩性侧索硬化症、家族性遗传性淀粉样变性、常染色体显性遗传性McLeod综合征 | 使用PCR法、DNA测序技术等，对负责基因的异常进行检测，进行准确的诊断。 |

項目3 高級医学[高級医学B] (57種) 最新7月17日

| 数 | JRCT注册ID号 https://jrct.nih.go.jp | 先進医療技術名称 | 适应症 | 技術概述 |
|--------|--|--|---|---|
| 1 个 | JRCTs031180141 | 静脉注射（每周一次）和腹膜内注射（每三周一次）的联合治疗 | 上皮性卵巢癌、输卵管癌或原发性腹膜癌 | 在麻醉或硬膜外麻醉下进行小型剖腹手术，并放置腹膜口。从该端口直接腹膜内施用卡铂。另外，紫杉醇的静脉内给药与全身化疗结合。该化疗法为每周21天，紫杉醇在第1、8和15天以标准剂量（80 mg / m ² ）静脉内给药。在第1天以卡铂静脉内给药（* AUC6 (mg / L) h）腹膜内给药共6个疗程。 * AUC：血液浓度时间曲线下的面积 |
| 2 | JRCTs021190016 | 从脑死亡供体或心脏骤停供体进行胰岛移植以治疗严重的低血糖发作的胰岛素依赖性糖尿病 | 严重低血糖发作的胰岛素依赖性糖尿病 | 胰岛移植是一种治疗方法。可以通过移植从另一个人提供的胰腺分离的胰岛细胞来恢复血糖稳定的胰岛素依赖性糖尿病。其特征在于通过局部麻醉将胰岛细胞注入门静脉的方法进行移植。具有低侵入性和高安全性。在这种治疗方法中，可以进行多次移植（原则上最多3次）直到获得血糖稳定性。并且免疫抑制方法采用了新证实其实效的方案。 |
| 3 | JRCTs041180023 | 静脉注射美罗素与顺铂联合治疗 | 肺癌（不包括鳞状细胞癌和小细胞肺癌。只有那些从病理学角度被认为已完全切除的肺癌）。 | 在PEM + CDDP联合治疗中，第一天以500 mg / m ² 的剂量施用PEM。以75 mg / m ² 的剂量施用CDDP，每3周施用4次。这是一种对晚期非鳞状非小细胞肺癌已确立疗效和安全性的治疗方法。也有望用作术后辅助化疗。 |

3.3 日本医疗保障体系总结

综上，日本的医疗社保通过建立多层次保障体系实现了全民覆盖、大病保障的特点。随着老龄化现象的加剧，日本的医疗社保也在及时调整人群，保证社保体系的平稳运转。因为日本医疗社保的报销比例在70%以上，且对于大额医疗锁定了最高自付金额，所以商业保险的发展空间相对有限，与社保共同构成了“高水平全覆盖的医保为主，放开先进医疗、护理等特定项目的商保为辅”的医疗保障体系。

4、总结

通过分析美英日三国的医疗保障体系，可以发现商业医疗保险的发展模式深受社会医疗保险完备性保障深度的影响。作为一个国家医疗保障的主要组成部分，社会医疗保险和商业医疗保险应该少一些此消彼长的竞争关系，多一些融合促进的共赢关系。

从美国看，其医疗保障体系以商业医疗保险为主、社会医疗保险为辅。面对医疗费用增长的难题，美国的保险公司通过PBM模式进行控费，成为其商业医疗险的一大经营特色，比如选择细分领域（如药品、器械）进行PBM实践；同时美国的保险公司积极承接政商合作类业务，打造“商保经办社保”的模式促进商保与社保的融合发展推出和社保计划责任相同或者保障更丰富的健康险产品，商保和社保同台竞技。

从英国和日本看，其医疗保障体系以社会医疗保险为主、商业医疗保险为辅。面对医保强主导的模式，商保根据各国自身特点，选择合适的切入点与医保融合促进，从而为居民提供完善的医疗保障体系。英国商保注重提高就医效率，保险公司通过提供私立医院的医疗服务，减少被保险人的就医等待时间，满足被保险人的就医服务体验；日本商保则注重拓展保障范围，保险公司通过提供先进治疗方式的医疗服务，让被保险人拥有选择先进治疗方式的机会，促进了被保险人、保险公司和医疗资源提供方的多方共赢。

综上，美英日三国提供了医疗险社保与商保融合的有效方法。他山之石可以攻玉，期待国内涌现出更多医疗险社商互补、社商融合的优秀案例，为中国的多层次医疗保障体系添砖加瓦。

作者介绍



王尔实 ASA 中再寿险产品开发部产品开发处

擅长的职业领域：海内外产品和精算实务研究，产品设计和定价

邮箱：wangershi@chinarelife.cn



郭炜钦 ASA 中再寿险产品开发部产品开发处

擅长的职业领域：保障型产品研发，国内外市场研究，直保/再保定价，重疾/医疗数据分析

邮箱：guoweiqin@chinarelife.cn

微信：act_gwq

参考文献

1. Employer Health Benefits 2020 Annual Survey, KFF
2. Howe, E. and Cockcroft, L. (2013) OHE Guide to UK Health and Health Care Statistics. OHE Monograph.
3. 广发证券：多层次健康保障体系的重要构成——商业健康保险的角色及展望 .2018-08-06



CHINA RE LIFE
中再寿险

鉴于近年来本公司系列报告多次遭受侵权引用，特此声明：未经中再寿险事先书面授权，任何机构或个人不得以任何方式修改、发送或者复制本报告的内容。除经中再寿险认可的媒体约稿等情况外，其他一切转载行为均属违法。如因侵权行为给中再寿险造成任何损失，中再寿险保留追究相关法律责任的权利。

本报告仅供参考用途，不构成任何承诺，若因不当使用相关信息而造成任何损失，中再寿险不承担任何形式的责任。



CHINA RE LIFE
中再寿险

中国人寿再保险有限责任公司

地址：北京市西城区金融大街11号中国再保险大厦

邮编：100033

电话：(8610) 6657 6365

传真：(8610) 6657 6363 6657 6262

网址：www.chinarelife.cn

China Life Reinsurance Company LTD.

Address: No.11 Jinrong Avenue, Xicheng
District, Beijing, China

Post Code:100033

Tel: (8610) 6657 6365

Fax: (8610) 6657 6363 6657 6262

Website: www.chinarelife.cn