

ReSearch



寿再探索

<健康险专刊>

- 从我国社会医疗保险管理经验探讨商业医疗保险区域化经营
 - 探索国内商业护理保险产品的发展
 - 从精准医学迈向精准保险
 - 医保个人账户资金余额购买商业健康保险产品方案设计
- 移动互联网时代构建医疗服务方、被服务方及支付方的新关系

目录 | CONTENTS

01 刊首语

03 从我国社会医疗保险管理经验探讨商业医疗保险区域化经营

- 我国社会医疗保险存在地区差异性，商业医疗保险应因地制宜
- 目前全国统一模式下商业医疗保险发展存在的问题
- 商业医疗保险开展区域化经营的必要性分析
- 现阶段商业医疗保险开展区域化经营的方案建议

13 探索国内商业护理保险产品的发展

- 国内商业护理保险产品现状
- 商业护理产品与业务的探索创新

22 从精准医学迈向精准保险

- 什么是精准医学 - 加紧布局基础医疗成为线下竞争的着力点
- 如何实现精准医学建优质医疗服务体系的基础
- 精准医学对保险业产生的影响
- 如何从精准医学迈向精准保险

27 医保个人账户资金余额购买商业健康保险产品方案设计

- 基本医疗制度下个人账户现状 - 如何实现精准医学
- 政策鼓励个人账户购买商业健康保险作为基本医疗补充及其实践
- 医保卡余额购买商业健康保险方案的设计思路

37 移动互联网时代构建医疗服务方、被服务方及支付方的新关系

- 无法改变利益分配链是目前互联网医疗困境产生的根源
- 加紧布局基础医疗成为线下竞争的着力点
- 构建医疗服务者、被服务者和支付方三者利益均衡对立统一的关系是构建优质医疗服务体系的基础

42 《寿再探索》第 1-9 期出刊文章总目录

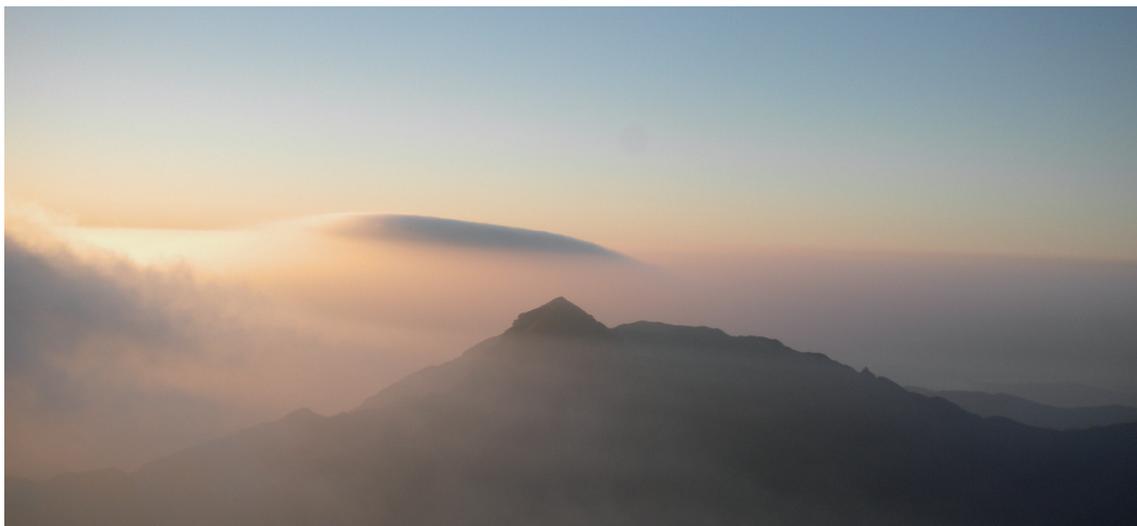
刊首语

2016年，“寿再探索”迎来了出刊5周年的重要日子！在这样一个特别的时候，我们策划出版了第十期“寿再探索”，作为纪念特刊。衷心希望“寿再探索”能进一步得到广大业界人士的关注，并给予中肯的批评与建议，能够不断成长，更好地发挥行业专业技术分享与交流平台的作用。

本期我们选取了我国健康险发展的有关议题进行探讨。开篇文章《从我国社会医疗保险管理经验探讨商业医疗保险区域化经营》主要就商业医疗保险是否应进行区域化经营加以探讨，从我国社会医疗保险的经营状况、商业医疗保险发展面临的主要问题立足分析，并参考发达地区的医疗保险管理经验，提出现阶段商业医疗保险开展区域化经营的方案建议。《探索国内商业护理保险产品的发展》从当前国内商业护理保险发展存在的问题出发，结合国内市场的经验积累和外部环境的发展，尝试从产品开发和业务创新的角度，为国内商业护理保险产品的探索提供新思路。《医保个人账户资金余额购买商业健康保险产品方案设计》一文针对部分地区开放个人账户资金购买商业健康保险以提高个人账户资金使用效率，缓解个人医疗费用负担过高的情况，对相关产品方案设计进行探讨。《从精准医学迈向精准保险》将视角瞄准精准医学与保险的发展，从“保险+基因检测”、“保险+健康管理”探讨保险和精准医学产业的深入合作以及精准医学的研究成果对保险业创新的影响。《移动互联网时代构建医疗服务方、被服务方及支付方的新关系》站在医改的角度，从医疗服务方、被服务方、支付方三者的相互关系深入揭示了当前我国移动互联网医疗模式发展瓶颈的原因，并结合我国基础医疗改革的发展现状，探讨如何构建医疗服务方、被服务方和支付方三者利益均衡、对立统一的新关系，实现互联网医疗发展的突破。

希望通过这些文章，使大家了解我们对于健康险创新发展方面的研究成果与心得，并期待能够由此引发业内的相关研究、创新与应用，融汇百家之言，争鸣独到见解，积极探索适合我国保险业的发展道路。

5年来，我们欣慰的看到《寿再探索》得到了业界朋友的认可与支持，衷心希望能借助这一平台与业界同仁不断加强技术交流与专业合作，共同推动寿险业的改革与创新！



从我国社会医疗保险管理经验探讨商业医疗保险 区域化经营

◎杜琦

摘要：作为社会医疗体系的重要组成部分，我国商业医疗保险经过二十几年的发展，具有一定市场规模及社会影响力，同时医疗保险涉及保险、医学、政策三大领域，较其他险种专业技术含量更广，商业医疗保险经营中的风险管理倍受关注。作为风险管控举措之一，本文主要就商业医疗保险是否应进行区域化经营探讨。考虑到社会医疗保险与商业医疗保险千丝万缕的联系，本文从我国社会医疗保险的经营状况、商业医疗保险发展中面临的主要问题立足分析，并参考了一些发达地区的医疗保险管理经验，认为商业医疗保险区域化经营具有一定的必要性，笔者提出现阶段商业医疗保险开展区域化经营的方案建议。

关键词：社会医疗保险 商业医疗保险 内生差异性 区域化经营

随着税收优惠等一系列利好商业医疗保险政策的推出，商业医疗保险迎来了发展良机，并被投以越来越高的关注，如何有效规避风险、推出适应客户需求且经验良好的产品一直是经营医疗险的难题。为解决此问题，有必要先对社会医疗保险体系进行分析。

一、 我国社会医疗保险存在显著地区差异性，商业医疗保险应因地制宜

（一） 社会医疗保险由国家统筹，地方管理，具有显著的内生差异性

社会医疗保险是为补偿劳动者、城乡居民因疾病风险造成的经济损失而建立的一项社会保险制度。从宏观经济学角度来说，医疗保险通过部分国民收入的再分配，促进卫生资源的公平分配

和有效利用，具有共济性及公平性的特点，另一方面社会医疗保险也存在显著的地域差异性。

1. 不同地区社会医疗保障程度不一

社会医疗保险体系兼顾属地差异，基金统筹层次以地级、市级统筹为主。地级统筹是各地级统筹区按照省市的指导意见，结合自身实际情况制定不同的实施办法，具体负责本统筹区居民医保政策的制定实施和医保基金的管理运行。

社会医疗保险实行地级统筹，是在总结医疗保险制度改革试点经验，既考虑社会医疗保险基金互助共济和抵御风险能力，又考虑地区间经济发展、医疗消费水平和现实管理水平的差异的基础上确定的，切合我国当前实际。如果统筹层次过高，直接搞省级统筹，地区间的差异过大，目前的管理水平跟不上、条件不成熟，达不到风险调剂的作用。但如果医疗保险统筹层次过低，仅在县（市）以下统筹，保险基金共济能力较差，抗风险能力也较弱，难以满足劳动力流动的要求。对全国大多数地区来说，确定原则上以地级以上行政区为统筹单位，管理水平上基本相符，比较适应各地实际。

受区域经济发展不平衡影响，同一社会医疗保险制度在不同地区的筹资水平也有较大差异。一般情况下，中西部地区的社会医疗保险的筹资水平低于东部地区，且这种筹资水平差异要比地区间的医药成本差异更大，所以东中西部地区之间的社会医疗保障待遇存在着不应有的差距。以2014年职工医保为例，北上广人均筹资水平在2449-4441元之间不等，即使同为一线城市差异也高达80%，而一些三、四线地区如吉林省人均筹资1786元、人均基金支出仅1560元，地区间差异明显。差异主要通过住院、门诊起付线、赔付比例以及最高限额的不同设定而实现，其次是慢性病门诊、特殊门诊、异地就医等一些细节的规定。

2. 不同地区社会医疗保险改革试点政策不一

医疗险种本身具有技术含量高、开发难度大、不确定因素多等特点，社会医疗保险基金在经营中也面临诸多难题，其中首要难题是道德风险、医疗费用增长风险。为应对这些风险，医保部门不断探索风险管控举措，尝试细化运营，并充分结合地区实际情况采用区域性试点的作法实践。目前相对热门的试点政策包括结算改革、分级诊疗、医药分离等。上海于2012年率先于部分区域试点分级诊疗、签约家庭医生，运行三年以来较好管控了医疗费用增长，摸索出一条较为行之有效的路径。响应国家号召，截止2015年三季度末，已有近20个省份出台分级诊疗政策措施，启动了试点工作，部分省市已形成一些初步的经验和模式。这些制度的创新不同程度上影响试点地区参保人的就医习惯、医疗支出，进而影响不同地区医疗保险经营情况。

再比如2015年上海率先尝试用医保个人账户结余资金购买商业医疗保险，并确认以“病种”划定补助金额；2016年1月起，作为政府购买服务的方式，安徽25个县市将正式启动商业保险公司经办城乡居民基本医保报销补偿、结算等服务。

这些改革试点举措会进一步加深社会医保制度的复杂性、区域间差异性。因此在分析或探讨社会医疗保险制度时，不可一概而论、粗放式理解。

（二）商业医疗保险是社会医疗保险的补充，加速发展应因地制宜

我国的社会基本医疗保险本着“低水平，广覆盖”的原则实施，医疗费用补偿比较有限，以及出于引导参保人合理就医，控制医疗服务滥用的原因，社会医疗保障制度中约定药品、诊疗项

目及医疗服务设施目录，目录外医疗费用不予支付，并有起付线、最高限额、共付比例等要素规定。因此，作为基本医疗保险的补充，商业医疗保险已经成为我国医疗保障体系的重要组成部分，大力发展商业医疗保险已经是保险公司的一项重要任务，也是保险作为社会稳定器的重要体现。

1. 我国商业医疗保险发展尚处于初级阶段，多数产品实行全国统一管理开发

我国商业医疗保险开始于上世纪 80 年代初国内保险业复业时期。2013 年全国已有 90 余家保险公司经营健康保险业务。医疗保险是健康险的主要分支，占据较大保费份额。但从保费量上来看，通过企业为员工团体投保是目前商业医疗险普及的主要方式，且因顾虑风险因素及运营压力，多数商业医疗险形态相对简单，60% 以上的产品保障范围限于社保目录内医疗费用，以减化理赔操作，管理运营模式多为粗放式：全国产品形态及规则无差异，运营管理、核保核赔与寿险、意外险大体上通用一套规则。

虽然我国商业医疗保险经过二十几年的发展，具有一定市场规模及社会影响力，但相比商业医疗险发达地区差距尚较大。

2. 商业医疗保险作为社会医疗保险的补充，加速发展应考虑地区差异

商业医疗保险主要对社会医疗保障政策范围内的个人自付费用或社会保障体系不覆盖或保障不全的医疗费用进行补偿，以提高医疗保障支付比例及医疗保障层次。加速发展商业医疗保险，地区差异应列入考虑范畴，首先，不同地区的经济发展水平、居民消费意愿、医疗管理体系、医疗资源分布存在显著差异；其次，商业医疗保险架构于地区间差异明显的社会医疗保险制度之上，这些差异会影响医疗保险需求、医疗保险购买力、道德风险等产品开发时考虑的要素。

以下是从中再寿险 2005-2010 年期间住院津贴产品的承保经验看，可以发现地区差异显著，从 10 岁开始直到 60 岁，每个年龄段的发生率顺序基本相同，都是：西北 > 东北 > 西南 > 中南 > 华北 > 华东。

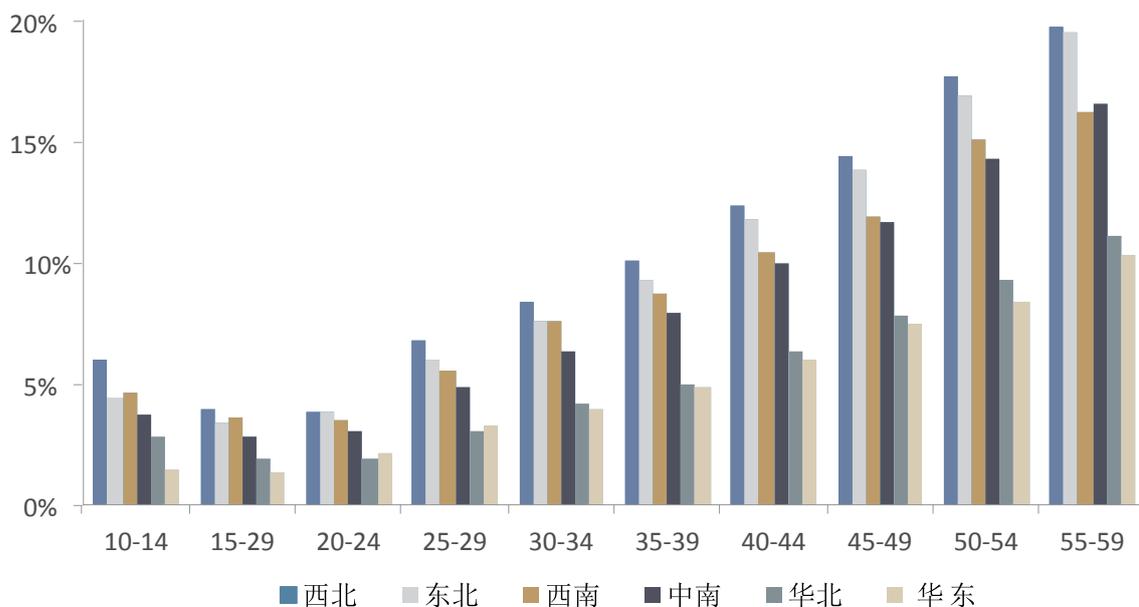


图 1 地区发生率差异

二、商业医疗保险发展面临的主要问题

（一）商业医疗保险形态单一，未充分贴合医疗险需求

常规的经营模式下，保险公司在各地网点内销售的商业医疗保险产品形态、配套规则通常无差别，便于统筹管理，但同时限制了产品多样化可能、增加了动态调整的难度。

1. 社会医保制度或经济发展、医疗资源变化时，无法即时对商业医疗保险的产品形态、医院网络等做出调整，适应当地的内生需求

以新农合及城镇职工医保制度为例，2006至2014近十年来医保制度不断调整变化，覆盖率稳步提升，人均筹资增速、人均基金支出增速（新农合35%、城镇职工15%）显著高于GDP增速（9%）。在此期间，药品由发改委审核并制定最高零售限价，价格水平增长受限，医疗服务的价格水平也相对稳定，人均筹资、基金支出的增长反映了社会医保保障范围的提高。

在理想的模式下，商业医疗保险应随着社会医疗保险的变化而做出即时调整，同一款商业医疗保险产品随着社会医保保障程度的提高，其保险费率、条款应做一定调整，但是实际业务中商业医疗保险产品形态或其它要素鲜少调整，一定程度上偏离了实际情况。

2. 各地医疗风险暴露不一，医疗险需求有一定差异

首先，我国幅员广阔，不同地区居民易患病种、健康状态有一定差异，医疗险风险暴露不一。

其次，医疗险需求与当地经济发展人民生活水平、医疗资源供给水平、社会保障程度等因素有莫大关联。经济发展、人民生活水平影响居民对医疗保险的购买力及购买意愿，不同地区居民对医疗险的价格承受度不一，如2014年北京城镇居民承受的医疗保健支出为1718元/人，而河北地区1117元/人、贵州地区仅634元/人。为贴合当地居民的购买力，医疗险并不宜简单通过等比例降低保额实现，甚至有必要重新进行产品设计。

医疗资源供给水平影响着居民的医疗保障需求，如医疗供给充足、技术精湛地区居民的医疗需求集中于本地就医；而医疗供给欠缺地区的居民对异地就医、异地诊疗抱有更大的意愿。

社会医疗保障程度也影响居民对医疗保障的需求，如医保赔付比例较低时，保障医保范围内的自付费用应对被保险人较具吸引力，医保赔付比例较高时，仅保障医保范围内的自付费用则吸引力不足。

（二）赔付率居高不下，缺乏灵活分析调整机制

商业医疗保险规模上涨、发展潜力看好的同时，赔付率却居高不下，以占比最大的补充医疗保险尤甚，商业医疗保险陷外热内冷的尴尬境地。据不完全统计，近年来经营补充医疗保险的公司中，80%以上的公司赔付率超过80%，约40%的公司赔付率超过100%，个别公司甚至高达200%。

一定程度上医疗保险成为保险公司做大保费规模的工具，忽视了利润，行业陷入恶性竞争。另一方面，在医疗保险的理赔分析环节，保险公司较少结合当地的医保政策及民情有效地分析，缺乏基于不同区域找出问题，灵活调整形态、基准费率等产品要素的内部机制。

（三）道德风险、医疗费用增长及逆选择风险高

道德风险、医疗费用增长是医保基金经营中面临的主要问题，一些研究表明，医疗保险在医

疗消费中所占比例越高，参保人的医疗需求越容易膨胀，相应的医疗资源的浪费也就越严重。供需双方在自身利益最大化的同时往往将成本外部化，即依赖于政府财政，并最终由社会中的每个纳税人承担了不应承担的经济负担。表 1 可以佐证该研究结论，无社保人群住院率基本属于最低档次，城镇职工保障程度最高，住院率也处于高位。商业医疗费用保险作为社会医疗保险的补充，进一步降低了被保险人的自负医疗费用，不可避免会增加被保险人的道德风险及医疗费用增长风险。

调查地区居民住院率	2003 年	2008 年	2013 年
城镇职工		9.2	11.2
城镇居民		5.1	7.1
新农合	3.4	6.9	9
其它社会医疗保险	2.7	5.1	8
无社保	3.4	4.3	5.1

表 1 医疗保障形式别住院率 (%)

数据来源：中国卫生和计划生育统计年鉴

此外，对于被保险人购买同一款商业医疗险产品，会因所属地不同享受不同的医疗待遇，故而对道德风险刺激不一。以北京为例，社会医疗保障程度高，当地居民生活水平高，补足自费及自付医疗费用不足对被保险人的医疗行为影响不大，而对于社会医疗保障程度低的城市居民则影响较大。

从中再寿险的住院津贴承保经验也可以看出，地区间人均 GDP 与住院发生率的影响是负向相关的，如图 2 所示。西部、南部等经济不发达地区住院发生率较高，经济发达地区住院率较低。

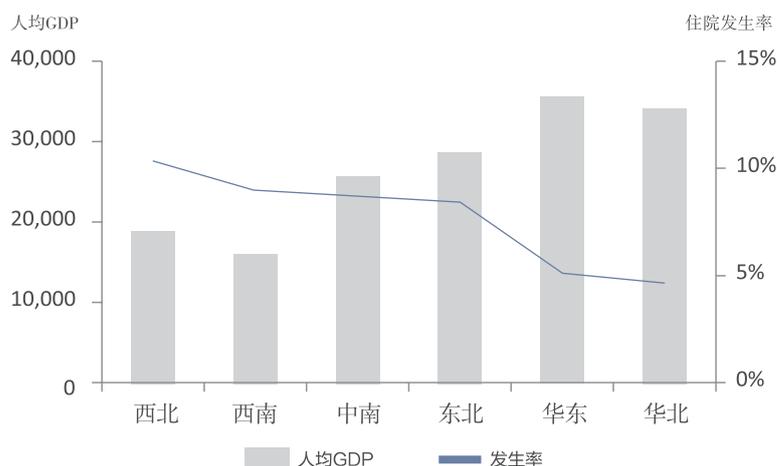


图 2 人均 GDP vs 住院发生率

对于逆选择风险也是同样的道理，内生原因即不同制度、不同地区医疗保障程度不一、医疗资源、经济发展水平不一，且商业医疗保险不具备强制投保属性，因此，社会医疗保障程度低的人群将更倾向于购买商业医疗保险。

（四）与医疗机构合作不足，未充分统筹医疗服务资源

商业医疗保险的发展与医疗服务的资源统筹密不可分，互相促进。一方面，医疗保险与医疗服务结合可有效提升保险产品吸引力，切实为客户打造就医、费用报销全链条的平台，优化客户体验。另一方面，保险公司与医疗机构合作，可增加保险公司的话语权及议价能力，进而推动医疗控费取得实效。因此，做大医疗保险规模，离不开与医疗机构的合作。

然而与医疗机构的合作洽谈、资源整合需要投入一定的人力、物力，加之我国幅员广阔，医疗资源分布情况复杂，统筹所有销售网点的医疗资源对大部分保险公司而言难以负担或支持，因此，现阶段保险公司与医疗机构合作不够充分，绝大多数医疗保险产品仅对医疗费用予以保障，停留在初级的费用报销阶段，未能纳入整个医疗产业链的整合。

三、商业医疗保险区域化经营的必要性分析

中国保监会 2002 年 12 月发布了《关于加快健康保险发展的指导意见》（下称《意见》），强调健康保险要专业化经营和管理。意见提出，健康保险在风险性质、保险事故特点、风险控制理念和方法、精算原理等方面均不同于其他保险业务。意见还指出，加快健康保险的发展，应树立专业化的经营管理概念，遵循健康保险的特点和发展规律，进行专业化经营。

所谓专业化经营，即医疗保险子公司或医疗保险事业部要充分享有产品开发权、风险控制权、业务拓展权和相当程度的人事任免权和利益分配权。商业医疗险加速发展背景下，专业化经营基本被认同。因此，作为专业化经营更进一步方向——区域化经营，它的必要性在当前背景下更值得进行探讨，本文所指区域化经营即保险公司子公司或健康保险事业部根据各地社会医疗保障情况、经济发展以及医疗资源等因素的不同量身定制，设计有差异的医疗保险产品并保持一定的独立性，即，将地区因素列入产品开发考虑范畴。

（一）区域化经营可有效应对诸多商业医疗保险经营中面临的问题

1. 商业医疗保险区域化经营更贴切当地市场需求

区域化经营模式下，一方面，保险公司子公司或健康保险事业部动态跟踪积极跟进各地基本医疗保障政策的变化，可灵活针对保险产品的设计或理赔政策做出调整和有益尝试，保持商业医疗保险与社会医疗保险的统一性及一致性，与社会医疗保险形成良性互补。

另一方面，区域化经营商业医疗保险产品较好地适应当地经济发展、居民消费习惯、健康状况及医疗资源分布，只有在充分考虑以上因素的基础上，切实从当地居民的角度出发，才能开发出具有足够吸引力的医疗保险产品。比如面对居民医疗消费意愿低但倾向于规避大额医疗风险的地区，推出重大疾病高额医疗保险产品；面向经济发展水平高、居民医疗消费水平高的地区，推出覆盖包含健康管理服务、特需医疗、中草药等相对高端医疗责任的保险产品。

通过区域化经营，可解决因不贴合实际医疗保险需求而影响商业医疗保险销售的问题，充分激活当地的商业医疗保险市场。

2. 商业医疗保险区域化经营更为有效管控风险

首先，区域化经营模式下，基于商业保险公司与当地医疗机构的紧密合作，议价能力的提高

以及切合当地民情的医疗保险产品设计，可以规避购买同一保险产品、保费一致，却因地域不同而实际享受不同保障利益的情形，以及一定程度上控制被保险人与医疗机构滥用医疗费用的情形，更好地管控逆选择及道德风险。

其次，保险公司更有针对性地分析各地医疗消费数据或信息，找出面临的主要问题及解决方法，灵活尝试、调整，进而保证医疗险产品盈利水平。

商业医疗保险的风险控制难度大、专业技术要求高，医疗保险的风险有其独有的特性，在精算、风险控制、核保核赔和医疗协调管理等方面均有不同于寿险和意外险。保险公司立足于各区域实际，统筹医疗服务网络、建立专业化队伍、灵活设计医疗保险产品、事后精细分析，将促进商业医疗保险健康持续发展。

3. 商业医疗保险区域化经营有助于医疗险产品创新及服务升级，做大规模，实现良性循环

医疗资源的全国统筹对大多数保险公司来说相对困难、耗费人力、资源巨大，如果仅统筹部分区域则简单易实现许多，可以较快地推进服务升级。

此外，通过区域化经营商业医疗保险激活市场后，保险公司将更有热情推进产品创新及服务升级，如推出慢性病医疗产品以及与产品结合的慢性病管理、预防保健等健康管理服务等，并吸引核保、精算、业务管理等各业务线的人才加入，实现商业医疗保险产品创新及服务升级的良性循环。

（二）发达地区医疗保险管理经验启示

1. 商业医疗保险的发展受当地社会医疗保障制度影响

根据商业医疗保险在国家医疗保障体系中的地位，商业健康保险主要分为四大类：基本型、重复型、费用补充型、项目补充型。

在基本型模式中，商业健康保险发挥与社会医疗相同的医疗保障作用，采用该模式的国家的公共保障体系通常仅覆盖弱势群体或特殊医疗项目，大部分国民依靠商业保险获得对一般诊疗服务及产品的保障；或公共保障保障程度较低，且购买商业医疗保险同时可免缴社会保险保费。

在重复型模式中，商业医疗保险与社会保障并行，这些国家的社会医疗体系虽已实现全民覆盖，但为缓解公共体系的供给压力，增加医疗服务的自由性和便捷性，国民购买商业医疗保险以获得内容重复但水平更高的保障，在私立医院获得更快捷的医疗服务。

在实施费用补充型商业健康保险的国家，社会医疗体系通常已全民覆盖，私立医院发展不够成熟，商业健康对社会医疗保障政策范围内的个人自付费用进行补偿，以提高医疗保障支付比例。

项目补充型商业健康保险的主要功能是提升医疗保障层次，对公共医疗或社会保障体系不覆盖或保障不全的医疗项目进行补偿，比如加拿大社会医保不覆盖门诊处方药、眼科及一些新型诊疗技术。

由于社会医疗保障及公共医疗供给的差异，世界各地商业医疗保险发展路径迥异。换言之，发展商业医疗保险，应先充分了解当地社会医疗保障情况。

2. 医疗保险涉猎要素繁复，激活市场应因地制宜，社会保障过度导致福利危机、看病等待时间过长，商业化模式过度推高医疗费用

医疗保险涉猎名目较广、设计复杂，与其它大国相比，我国是少有的人口密度高且贫富差距

大的国家。

美国是世界上商业医疗保险最发达的国家，商业医疗覆盖率为 64.2%，大部分美国就业人员通过商业保险获得医疗保障，公共医保仅覆盖老年人、低收入家庭和残障人群以及退伍军人，商业医疗保险保障内容不仅包括住院和急诊等常见的医疗项目，还提供精神健康治疗、妇产科、理疗和康复治疗、家庭治疗和护理保障等项目，内容非常全面。

在国家治理方面，美国是基于地方自治基础上的联邦制，各州自治权高。在医疗保障方面，公共医疗保障由美国联邦政府和各州政府共同资助，联邦政府出台医疗服务的质量标准、资助标准和参加者的资格要求，由各地参照执行，具体运作由各州负责管理，医疗保险与医疗补助服务中心对各州的执行情况进行监督；其商业医疗保障同样细分至州域管理，商业保险机构与医疗机构及医生紧密联系，被保险人购买保险保单后将同时指定当地签约家庭医生，另一方面保险形态会结合当地的医疗需求，增添一些新颖的保障，如加州等华人聚集较多的区域，商业医疗保险提供数次中医门诊保障。

在这种模式下，商业医疗保险市场高度发达、参与主体活跃、产品多样化，也减轻了美国政府的医疗支出压力，风险转移至市场。但另一方面，高度商业化模式被认为推高了医疗费用，商业医疗保险机构受利润所驱，为了增加收益而扩大医疗需求，导致国家医疗卫生费用增长过速，医疗保险费用随之日益攀升，为政府、雇主和个人带来沉重的经济负担；同时，商业支付方将近三分之一的成本用在了行政支出上，造成了大量的浪费。

加拿大实行覆盖全民的公共医疗保障体系，公费医疗和社会保险占卫生融资的 70%，商业保险和自费部分各占 15%，商业医疗保险起着项目补充型作用，对社保体系不予保障或保障不全的项目进行补偿，主要包括处方药物保险、牙科保健保险、住院补充保险等。因全民公共医疗保障程度高，商业医疗保险发展空间相对有限。

同时，加拿大全民医保制度导致无故就医的情况较多，资源浪费严重，增加了公共医保的负担，很多欧洲全民医保的国家在医疗福利上也出现严重危机。另外，存在病人等候时间过长、医疗体系运行效率低下的问题，这是加拿大医疗保健制度面临的最大的问题，是除英国以外病人就诊等候时间最长的国家，主要是从家庭医生转诊到专科医生或者手术等治疗的时间间隔长。

澳大利亚也实行全民医疗保险制度，2012 年公费医疗和社会保险占卫生融资的 67.8%，商业保险占 12.9%。病人可在公立医院免费看病，但无权选择医生和病房，也不享受优先住院和治疗权利，此外牙科、物理治疗和门诊处方药也不在全民医疗服务的范围内，为商业医疗保险在澳大利亚的发展提供了空间。购买商业保险后，一方面被保险人可接受私立医院和私人医生的服务，减少看病的等待时间，并获得更好的看护服务、病房环境等辅助性服务，另一方面商业医疗保险还为全民健康保险不覆盖的服务提供保障。该种模式下，商业医疗保险公司与私立医院及私人医生关联紧密，充分地统筹、合理利用各地相关医疗资源，具有一定的区域化经营属性。

在商业医疗保险发展相对发达的国家中，上述三个在国土面积较大的国家具有代表性，从分析可以看出激活商业医疗保险市场应因地制宜，经营过程会遇到诸多不可规避或难以预料的风险，在保费规模与风险管控之间寻找一个合适的平衡点应精细化运作、施行灵活调整的机制，对应到

我国，社会公共保障、经济发展、医疗资源分布区域间差异明显，为更好地激活商业医疗保险市场，区域化经营具有一定的必要性。

3. 商业医疗保险与医疗卫生提供机构的合作有利于控制医疗保险风险

我国尚未建立起保险公司与医疗卫生服务提供机构的谈判机制，且医疗资源分布严重不均，保险公司与病源充足的大医院谈判能力有限，很难建立能够影响医院医疗行为和医药费用的深层次合作机制。此外，我国按服务项目付费的支付方式容易诱导需求，而保险公司主要依靠被保险人的医疗单据进行理赔，没有实现对医院的直接供款，难以形成第三方支付方对医疗服务过程的监督和约束机制，难以控制医疗费用。

从美国、加拿大、德国大型健康保险公司的实践来看，覆盖大量的医药消费者，培育医药专业能力，建立与医疗卫生服务提供方药品供应商的谈判机制，可以获取医疗服务和药品价格折扣，有利于遏制不合理的诊疗行为，控制经营风险。

四、现阶段商业医疗保险开展区域化经营的方案建议

（一）区域化经营应得到监管层的政策支持

商业医疗保险的有序经营、良性发展离不开监管层面的积极引导、支持及鼓励。为实质性推动保险公司开展区域化经营尝试、切实解决商业医疗保险与需求端脱离、赔付经验差等经营困境，监管层应对区域化经营的尝试予以关注、调研及分析，并适时鼓励、引导保险公司开展试点，建立与区域化经营相适应的监管规则与政策。

在监管政策的支持下，区域化经营能得到更有效的推广、应用，进而促进商业医疗险行业创新、市场持续有效发展，向客户推出贴合需求及具有吸引力的商业医疗保险产品，不断提高商业医疗保险的覆盖率及群众主动购买意识。

（二）区域化经营模式下区域划分方案建议

完全开展区域化经营并不容易，意味着行政开支及人力投入的增加，商业保险公司应结合自身的情况考虑，循序渐进。

现阶段而言，保险公司首先可以从社会医疗保障程度、经济发展水平以及医疗资源充足度三个维度将全国划分为几大类区域，比如经济发展水平高、社会医疗保障程度高、医疗资源充足区域，包括北京、上海、广州等，将地区因素植入商业医疗保险产品的设计、销售、管理以及理赔分析的各流程环节中，并加强与各地医疗服务机构的合作。

在条件允许及医疗险经营相对成熟的情况下，商业医疗保险公司可施行更细化的区域化经营：商业医疗保险区域经营单元与社保基金统筹单元保持一致，产品开发设计、风险控制权、业务拓展权和相当程度的利益分配权均交由子公司负责，总公司适度监管。甚至可以针对处于不同保障体系的客户，如职保、居保、新农合，区分设计管理商业医疗保险产品。

（三）区域化经营模式下保险公司组织管理框架及经营考核方案建议

保险公司传统的“金字塔”型组织管理架构是从中央到省、市（地）、县，按行政区层层设立各级机构，自下而上的逐级汇报机制，管理层次多，信息传递慢，对市场变化的反应不敏感，

公司运转效率低下，难以快速、有序地发展理赔频次高、技术含量高、风险因素多的商业医疗保险。

扁平化是保险公司发展商业医疗保险过程中可以尝试的路径，扁平式组织框架通过减少管理层次，赋予一线岗位人员较大的自主权和更多的灵活性，让信息与决策权力相结合，即决策者拥有相关信息，且拥有信息的人拥有相应的决策权力，使公司更有效地运作。

在扁平式组织框架下，保险公司给予地、市级分公司一定的商业医疗险产品开发权、业务处理权和财务管理权，地、市级公司在充分调研当地社会医疗保险政策、经济发展水平、医疗资源分布以及居民医疗消费意愿的基础上，精准有效地推出切合目标客户需求的商业医疗险产品、统筹医疗服务资源，不仅可以使处于市场前沿的展业机构能够集中力量全力拓展业务，也为保险公司根据当地实际改进客户服务工作和提高经营管理水平创造条件。

另一方面，公司还要设定与扁平式组织框架配套的业绩评估系统和奖励系统。为吸引精算、核保人才在地、市级分公司任职，使掌握更大决策权的一线员工能够有效进行决策，最大限度地发挥个人的潜能和价值，必须采取更加有效的激励机制，对各分公司所辖商业医疗保险的业务业绩进行合理的评价，采取以绩效取向的激励性薪酬体系，更好地将员工的权、责、利统一起来，以防范公司决策权下放后带来的业务经营风险。具体的考核指标可以包括商业医疗险保费规模、人群覆盖率、赔付率等。

国家正在深化医药卫生体制改革，商业医疗保险承担起更多的社会稳定器和经济助推器的功能是必然的方向，保险公司应抓住政策市场机遇，投入资源做大、做细商业医疗保险，发挥更大的作用。

< 作者单位：中国人寿再保险有限责任公司业务创新部 >

参考文献

1. 中国保险行业协会. 商业健康保险国别研究报告 [M]. 北京：中国金融出版社，2015.
2. 王磊. 论中国商业健康保险的专业化经营 [D]. 成都：西南财经大学，2005.
3. 严晓玲，王洪国，陈红敬，杨柳，饶克勤. 新医改环境下我国商业健康保险发展的现状、问题与对策 [J]. 医疗保障，2013.
4. 郑荣鸣，华俊. 我国商业医疗保险与社会医疗保险发展协调度研究 [J]. 保险研究，2013.



探索国内商业护理保险产品的发展

◎肖书楷

摘要：尽管国内护理保险经历了近十年的发展，年保费规模约在百亿元左右，但是大多数人仍然认为国内缺乏真正的护理保险，在当前人口老龄化背景下，护理保险还没有能够成为民众应对老年护理需求的主要方式之一。本文从当前国内商业护理保险发展存在的问题出发，结合国内市场的经验积累和近年来外部环境的发展，试图从产品开发和业务创新的角度，为国内商业护理保险产品的探索提供一些发展思路。

关键词：健康保险 护理保险 产品 探索

护理保险，是指为那些因年老、疾病或伤残导致丧失日常生活能力，需要长期照顾的被保险人提供护理费用或护理服务的保险，是健康保险的重要产品类型之一。在欧美等发达国家护理保险已成为健康保险中较为特色的险种，是中产阶级应对未来老年护理风险的主要方式之一。

在国内，尽管护理保险经历了十余年的发展，但是受限于护理服务产业整体发展等多方面因



从精准医学迈向精准保险

◎孟庆姝 张猛

摘要：医学和生命科学正在进入精准医学时代。通过精准医学研究，人类将不断加深对自身疾病及健康的认识，并最终实现精准的疾病风险预测、精准的疾病分型分类和精准用药。精准医学研究带来的健康产业大发展，必将成为经济社会发展新的增长点。精准医学时代的开启正在悄然影响着保险业的发展。“保险+基因检测”、“保险+健康管理”，随着保险和精准医学产业的深入合作以及精准医学研究成果的累积，保险业将会发生革命性创新，从精准医学迈向精准保险时代。

关键词：精准医学 基因检测 健康管理 保险

自美国总统奥巴马在国情咨文演讲中从国家战略层面提出“精准医学计划”以来，精准医学迅速成为全球热议和关注的焦点。什么是精准医学？如何实现精准医学？精准医学对保险业有哪些影响？本文将对这些问题略涉一二。

一、什么是精准医学

事实上，精准医学这一概念的首次出现并非是在奥巴马的国情咨文中。早在 2011 年 11 月，



医保个人账户资金余额购买商业健康保险产品 方案设计

◎顾瑛

摘要：近年来，我国参加城镇基本医疗的人员不断增加，城镇职工基本医疗基金收入逐年增加，统筹基金累计结存金额和个人账户资金余额逐年增加，因此多个地区在确保基本医疗基金运行平稳的情况下开始探索放开个人账户资金用途，希望通过在个人健康方面使用个人账户资金以提高使用效率，缓解个人医疗费用负担过高的情况。其中部分地区开放了个人账户资金购买商业健康保险，本文对相关产品方案设计进行探讨。

关键词：医保个人账户 健康保险产品设计 医保卡余额产品

城镇职工基本医疗制度体系下基金收入逐年增加，个人账户资金余额逐年增加，国家和地方政策支持并在多个地区开始试点开发个人账户资金在基本医疗费用支出之外的用途，包括购买商业健康保险等。目前各地采用的强制参保、半强制参保或自愿参保模式在运行过程中各有优势，通过产品方案设计聚焦参保率，为个人提供对接基本医疗的商业健康保险产品，增加产品吸引力，并做好风险管控，将为保险公司实现业务新增长带来新的活力。



移动互联网时代构建医疗服务方、被服务方 及支付方的新关系

◎耿俊强

摘要：本文从我国医改分级诊疗体系缺失、互联网医疗发展困境等问题入手，从医疗服务方、被服务方、支付方三者的角度深入揭示了当前我国移动互联网医疗模式发展瓶颈的原因，并结合我国基础医疗改革的发展现状，指出医疗服务体系面临着服务能力薄弱和支付方改革的双重挑战，最后探讨如何构建医疗服务方、被服务方和支付方三者利益均衡、对立统一的关系，以实现互联网医疗发展的突破。

关键词：分级诊疗 互联网医疗 移动医疗 基础医疗

我国医改历经十余年历程，分级诊疗体系尚处于缺失状态。为解决看病难、看病贵的问题，构建分级诊疗体系是政府医疗改革推行的重要举措之一。2016年4月，国务院医改办、国家卫生计生委、国家发改委、民政部、财政部、人社部和国家中医药管理局制定的《关于推进家庭医生签约服务的指导意见》，已通过中央全面深化改革领导小组的审议，主要内容包括建设基层首诊、大医院分诊、双向转诊的分级诊疗体系，形成基层医疗——大医院的制度化分工，分级治疗成为政府医改与业界的共识。

近年来互联网医疗方兴未艾，未来将在我国分级诊疗体系的建设中发挥重要作用也已成为行业共识，但当前在解决医生与医院利益分配、改善医患关系、实现医患匹配等分级诊疗的核心问题方面的作用还十分有限。如今的互联网医疗领域，BAT、丁香园、春雨医生、微医等占据着挂号、问诊、医患随访和医药电商的主要市场，而其它垂直领域的增长潜力并不大，远程医疗、精确诊疗、电子病历、医疗大数据等有关技术应用与发展更多是成为资本进行的概念炒作。面对如此境况，

《寿再探索》第 1-9 期出刊文章总目录

题目	作者	期数
◎医疗改革背景下商业健康保险产品的出路在哪里	顾頊	2011/ 总第 1 期
◎从经验分析看住院津贴产品开发	陈旭	2011/ 总第 1 期
◎健康管理——商业健康保险发展的新契机	吴晶	2011/ 总第 1 期
◎住院费用理赔额的分布及其启示	李奇	2011/ 总第 1 期
◎意外事故发生率的均匀性分析	曲伟	2011/ 总第 1 期
◎核保手册的产生和发展趋势	董向兵、张箫箫	2012/ 总第 2 期
◎实证研究在核保评点中的应用探索	于鸿江	2012/ 总第 2 期
◎心血管疾病多风险预测模型及其在电子核保手册系统中的应用	段燕春	2012/ 总第 2 期
◎保险业职业分类的新探索——以工作职责为导向的职业分类研究	金国文	2012/ 总第 2 期
◎我国老年人商业保险的发展与探索	王珺	2012/ 总第 3 期
◎长期护理保险保障的定价探索	张迪	2012/ 总第 3 期
◎高年龄段重疾发生率推导方法和实践辨析	李奇	2012/ 总第 3 期
◎老年人保险核保的特殊性	于鸿江	2012/ 总第 3 期
◎运用经济资本对退保风险因子计量校准的实用内部模型分析	张晟	2013/ 总第 4 期
◎市场一致性内涵价值在我国市场适用性刍议	王磊	2013/ 总第 4 期
◎防癌保险市场的现状、潜力与发展趋势研究	张玮	2013/ 总第 5 期
◎试论癌症生存期改善对防癌津贴产品成本的影响	陈旭	2013/ 总第 5 期
◎防癌保险的发生率趋势风险分析	杨帆	2013/ 总第 5 期
◎基于人口数据的癌症发生率及相关定价风险分析	陈檀	2013/ 总第 5 期
◎跟踪癌症筛查技术发展、促进核保技术进步	孔进	2013/ 总第 5 期
◎原位癌诊疗技术及发生率介绍	陈安	2013/ 总第 5 期

作者分别为中再寿险精算、核保、市场等方面的专业人员

题目	作者	期数
◎保险业伤残评定标准的发展历程和未来展望	董向兵	2014/ 总第 6 期
◎台湾更换残疾新标准的经验及其借鉴意义	张琪华	2014/ 总第 6 期
◎浅谈意外险新残疾标准对发生率和职业因子的影响	陈旭	2014/ 总第 6 期
◎人身保险伤残评定标准修订项目所应用数据分析方法的思考	邹少龙、张箫箫	2014/ 总第 6 期
◎从养老市场现状浅谈个人养老保险税优政策	何琼、曲伟	2015/ 总第 7 期
◎试论住房反向抵押养老保险的主要风险及解决建议	张宏飞	2015/ 总第 7 期
◎通过增加不失效保证推动万能险产品创新	戴海瑞	2015/ 总第 7 期
◎浅析寿险保单证券化及我国发展的可行性	封帆、周向东	2015/ 总第 7 期
◎互联网保险发展趋势下的投资型产品分析	邵捷余	2015/ 总第 7 期
◎浅谈我国互联网保险产品的创新探索	吴晶、袁梅、景珮	2016/ 总第 8 期
◎我国互联网保险销售模式的发展与探索	刘琼	2016/ 总第 8 期
◎浅谈大数据应用对人身险互联网保险核保管控的影响	李峥	2016/ 总第 8 期
◎透过娱乐宝看互联网保险的监管创新	范琨	2016/ 总第 8 期
◎我国人口特征及老龄化趋势发展研究	杨翀	2016/ 总第 9 期
◎浅析基于死亡率研究结果的长寿风险及其风险控制方案	杨翀、戴海瑞	2016/ 总第 9 期
◎浅谈住房反向抵押养老保险之发展	张元	2016/ 总第 9 期

作者分别为中再寿险精算、核保、市场等方面的专业人员

《寿再探索》第 1-9 期外部专家特约稿

- | | | |
|---------------------------------------|---------------------------|--------------|
| ◎ AUTOMATING THE UNDERWRITING PROCESS | Susannah Jane Cour-Palais | 2012/ 总第 2 期 |
| ◎ 有限数据下 Lee-Carter 模型的应用 | 王晓军、陈檀 | 2012/ 总第 3 期 |
| ◎ 经济资本计量：概念，算法和应用 | 经济资本项目组 | 2013/ 总第 4 期 |
| ◎ 保险公司的市场风险及经济资本计量与应用 | 吴岚 | 2013/ 总第 4 期 |
| ◎ 欧盟偿付能力 II 最新进展及其对中国经济资本体系建设的借鉴 | 安永经济资本模型项目工作组 | 2013/ 总第 4 期 |
| ◎ 《人身保险伤残评定标准及代码》的理论架构、编码规则及其保险实务应用 | 邱卓英、李沁焱 | 2014/ 总第 6 期 |
| ◎ 从法医鉴定角度看伤残标准及保险理赔 | 宁锦 | 2014/ 总第 6 期 |
| ◎ 互联网保险的发展、影响及新问题 | 何宇佳、陈秉正 | 2016/ 总第 8 期 |
| ◎ 我国长寿风险状况研究与对策建议 | 郭金龙、周小燕 | 2016/ 总第 9 期 |
| ◎ LONGEVITY-DEVELOPMENTS IN THE UK | Peter Charles Maynard | 2016/ 总第 9 期 |

《寿再探索》第 9-10 期特约审稿人

陈秉正：清华大学经济管理学院金融系教授，博士生导师

王晓军：中国人民大学统计学院副院长、教授、博士生导师

谢远涛：对外经济贸易大学保险学院副院长、副教授

朱铭来：南开大学金融学院教授、博士生导师

孙洁：对外经济贸易大学保险学院副院长、教授

耿俊强：中华医学会全科医学分会委员、健康信息学组负责人、中国全科医学网负责人



编审委员会：田美攀 方力 成小平 田丰 杜奎峰 赵小京 林蕊 严勇 董向兵 秦炘

执行编辑：陆伟 袁梅

版权说明：

中国人寿再保险有限责任公司版权所有。

中国人寿再保险有限责任公司拥有本期《寿再探索》所有内容的版权，并保留所有权。

任何以商业用途或公开引用本期《寿再探索》整体或部分内容，必须事先得到中国人寿再保险有限责任公司许可，并注明引用自《寿再探索》第十期。

本刊内容仅做信息交流用途，文章作者文责自负，并不代表中国人寿再保险有限责任公司立场。

中国人寿再保险有限责任公司不对文章信息的全面性和准确性承担责任。

5th
周年



敬请关注 www.chinarelife.cn 寿再探索

地址：北京市金融大街11号中国再保险大厦
邮编：100033
电话：(008610) 66576366
传真：(008610) 66576363
网址：www.chinarelife.cn